ANTONIO CELÓRIA

Harmonização FUNCIONAL OROFACIAL

Arte, Ciência e Prática

NAPOLEÃO editora
QUINTESSENCE PUBLISHING BRASIL

01 Considerações Gerais Sobre Estética Facial

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaboradores: Dr. Rey e Natalia Alvarez Pinzon
Pág. 16

02 Toxina Botulínica Aplicada à Terapêutica Odontológica

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaborador: Juan Gabriel Torres
Pág. 34

03 Biomodelação Orofacial Funcional na Odontologia

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaborador: Marcelo Maqueda
Pág. 62

04 Lipoplastia Facial (Bichectomia)

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaborador: Dr. Rey
Pág. 88

05 Fios de Sustentação

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaboradores: Sergio Olate e Antonio Gabriel Lanata
Pág. 102

06 Lipo Enzimática de Papada

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaboradora: Roxana Chiesino
Pág. 128

07 Complicações e Efeitos Colaterais na Harmonização Orofacial

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaboradores: Celso Chávez Trigoso e Gloria Vitriol Gaysinsky
Pág. 154

SUMÁRIO

01

Antonio Celória - Eder Alberto Sigua-Rodriguez
Colaboradores: Dr. Rey e Natalia Alvarez Pinzon

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ESTÉTICA FACIAL

CONCEITOS DE BELEZA

Confirmar a existência de um padrão de beleza facial e defini-lo mediante um parâmetro de caráter científico é algo que muitos textos tentam fazer, mas isso nem sempre é possível e fácil de entender. A beleza na atualidade está diretamente relacionada à juventude, e essa é talvez a causa que melhor explica o fato de que a cirurgia estética e, em particular, a cirurgia facial, apresentaram um desenvolvimento sem precedentes nos últimos anos. A população recompensa a juventude e a vitalidade, as gerações fortalecem os laços com a oferta de viver mais e melhor, e a mídia invade com imagens explosivas que refletem uma "juventude e perfeição" acessíveis a todos[1].

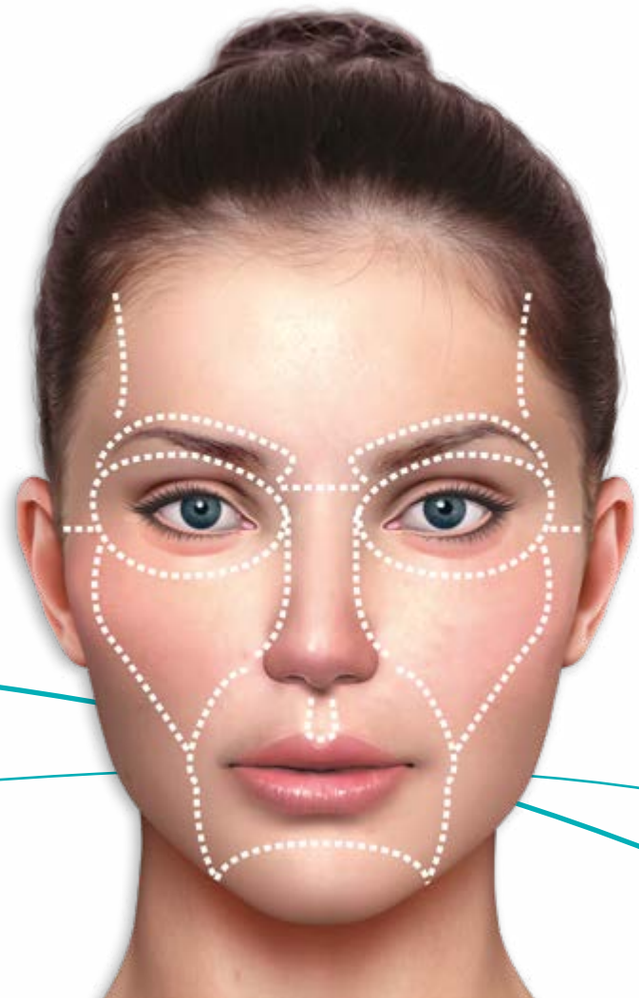
Não podemos pensar arbitrariamente nos problemas que a procura pelos padrões ideais da beleza pode criar em alguns seres humanos. Antes de começar a tratar nossos pacientes devemos deixar claro para eles a aceitação de si mesmos. Durante nossa vida profissional encontramos diferentes tipos de pacientes e não podemos prometer o inalcançável. Necessitamos saber que existem limitações nos nossos procedimentos e tratamentos. A busca pela satisfação em um conceito de beleza ideal gera, na maioria das vezes, angústia devido às pressões para a adaptação dos indivíduos aos padrões estéticos (Fig. 01).

Vigorexia, cosmetologia, suplementação alimentar, regime da moda, emagrecimento, fortalecimento muscular, anorexia, bulimia, chás milagrosos são algumas das palavras que fazem parte do léxico contextual das promessas em busca da perfeição do corpo na atualidade[2]. Como profissionais da saúde que atuam nesta área, temos de identificar precocemente os pacientes que podem apresentar algumas dessas condutas. Isso não é fácil, mas com o tempo a experiência facilita a sua identificação.

Quando realizamos a Harmonização Orofacial devemos estudar a face como um todo (Fig. 02), deixar de ver apenas os dentes, sair do óbvio que limita o nosso olhar perante os nossos pacientes. Devemos pensar em alguns fatores que estão em nossos textos de referência, mas que deixamos para trás no nosso dia a dia devido à correria de nossos consultórios ou da nossa vida diária. Pensar na Harmonização Orofacial é pensar em conceitos de beleza com paciência, conhecer a importância da simetria facial, julgar as proporções entre os terços superior, médio e inferior da face, ponderar a harmonia entre os elementos da face (nariz, mento, lábios, bochechas), e uma parte importante que nos diferencia das outras especialidades - procurar a harmonia facial com o sorriso, tamanho e cor dos nossos dentes, mas isso não é tarefa fácil e tampouco usual.

Nossa ideia de tratamento harmônico da face sempre esteve errada. Pensamos sempre em tratar nossos pacientes e nunca em reabilitá-los. A beleza facial já existe na pessoa, e os pacientes nos procuram para melhorar algumas áreas específicas de insatisfação. Eles nos procuram para uma reabilitação terapêutica. Nesse sentido, a Harmonização Orofacial oferece uma maneira de reabilitação facial com o intuito de promover a recuperação miofuncional e devolver a qualidade de vida ao paciente. A estética é uma das principais preocupações dos pacientes e é importante para a saúde plena e o bem-estar das pessoas, já que influencia diretamente em aspectos psicológicos do paciente, pois interfere na aparência com a melhora da autoestima.

01. Parte da pintura: O Nascimento de Vênus. Pintura de Sandro Botticelli.



02. Análise facial geral.

A reabilitação é definida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional[3] como um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não sendo caracterizada como uma área de exclusividade profissional, mas uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar biopsicossocial do indivíduo. As diversas áreas profissionais da saúde são requisitadas na reabilitação, de acordo com a necessidade do caso. Entre elas: o serviço social, a medicina, a odontologia, a farmácia, a enfermagem, a fisioterapia, a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a psicologia, entre outras. Trata-se, portanto, de um processo multiprofissional visando à reinserção biopsicossocial do paciente. Seu objetivo é restaurar movimentos e funções comprometidas após uma doença ou um acidente, até a reinclusão do indivíduo na sociedade, ou o mais próximo disso (torná-lo o mais funcional/autônomo possível) (Figs. 03A,B).

PADRÕES DE BELEZA E PROPORÇÕES FACIAIS

Gregos e romanos tinham um conceito tão amplo quanto preciso sobre a beleza. Na idade antiga, a simetria (a proporção correta) compunha os cânones da beleza, entendida como o traçado antropométrico ideal responsável pela harmonia do conjunto visual[4]. Em qualquer discussão sobre a beleza, mais cedo ou mais tarde, alguém afirma: "Mas beleza é algo relativo!" Com certeza, essa é uma afirmação que se ouve bastante. "É verdade", dirá outro, "Cada pessoa tem uma beleza singular", ou "A beleza está nos olhos do admirador", "Tem relação com as preferências de cada um...", "Uns preferem as loiras, outros as morenas, alguns gostam das magras e outros das mais 'cheinhas'[4]".

Os primeiros sinais da vaidade começaram na Pré-História, quando o homem passou a se reunir em grupos e se fixou na terra, surgindo a diferenciação hierárquica. Os chefes, geralmente os mais fortes do grupo, enfeitavam-se com as garras e dentes dos animais ferozes que caçavam. Surgiram também as primeiras "pinturas de guerra" que dariam mais força ao guerreiro, além de "assustar" o adversário[5].

Já no Egito, homens e mulheres pintavam o rosto porque acreditavam na relação entre espiritualidade e aparência. A maquiagem

03. A,B ◊ O Ecce Homo **(A,B)**. O Ecce Homo (Behold the Man) pintado por volta de 1930 pelo pintor espanhol Elías García Martínez **(A)**. Reabilitação do afresco Ecce Homo de Cecilia Giménez, uma idosa inexperiente, em 2012 **(B)**.

tornou-se parte da higiene diária, um verdadeiro ritual de beleza. Os olhos tinham o maior destaque: eram delineados e aumentados com *kohl* (carvão); as pálpebras recebiam toques de índigo e sobre elas se esfumava uma sombra em pó, colorida, feita de malaquita moída (pedra). Utilizavam também hena, açafrão, *curry* e outros pós coloridos[5].

Assim, desde os primórdios, o homem sempre foi atraído pela beleza e pela perfeição. Mas o que há por trás daquilo que chamamos de belo? Será que a ciência tem o poder de definir o que é perfeito?[6] (Fig. 04A).

A matemática do misterioso "número phi" nos dá essa resposta. O mesmo surgiu como uma incógnita que poucos foram capazes de decifrar e que até hoje causa discussão e admiração sobre as suas propriedades. Não se sabe ao certo a quantidade de aplicações existentes para o número áureo, mas o mesmo está presente nas flores, nas plantas, em triângulos e retângulos, nas construções, nas obras de arte, na anatomia humana, ou seja, pode-se afirmar que a razão divina está por toda parte e, às vezes, é utilizada por nós de maneira intuitiva; por isso muitos desconhecem suas relações, daí que surge a ideia de ser um presente de Deus, pois ainda não foram descobertos todos os seus mistérios[6].

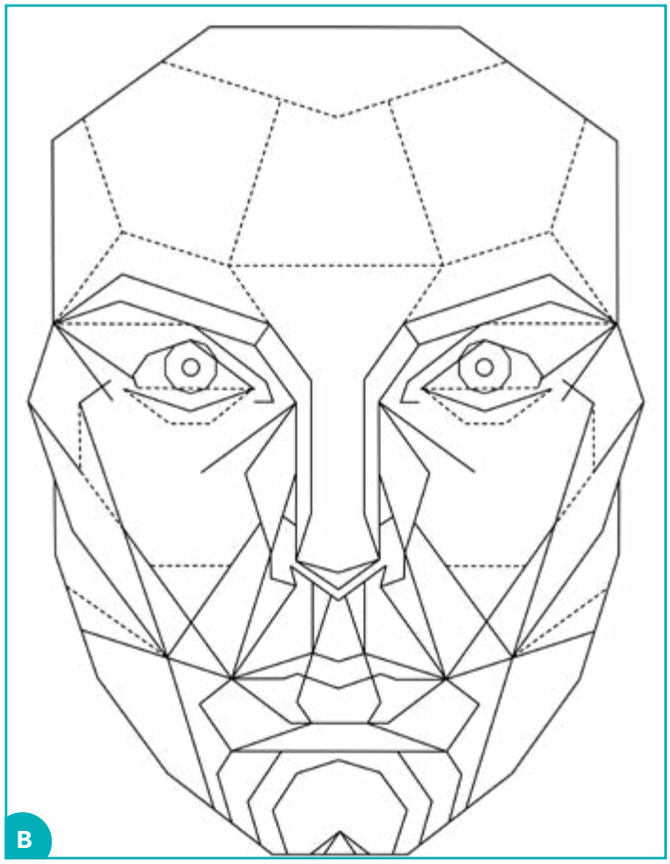
Stephen Marquardt[10] criou uma máscara usando a proporção áurea que ele afirma representar o arquétipo facial "ideal" (Fig. 04B). Muitos acharam sua máscara convincente, incluindo cirurgiões cosméticos. No entanto, a máscara de Marquardt está associada a vários problemas. O método usado para examinar a adequação das proporções na máscara tem defeitos. A máscara é inadequada para populações não europeias, especialmente africanas subsarianas e asiáticas orientais. A máscara também parece aproximar o formato da face das mulheres europeias masculinizadas[7].

Muitos artistas e cientistas tentaram entender ou quantificar a forma do rosto perfeito, ideal ou mais bonito, tanto na arte quanto *in vivo*. Com base em um relacionamento matemático, essa relação em particular é a proporção áurea. É uma relação matemática de 1:1.618, que parece surgir recorrentemente em coisas belas da natureza, bem como em outras coisas que são vistas como belas[8,9]. O Dr. Marquardt desenvolveu uma máscara de ouro que contém todos os elementos geométricos dourados unidimensionais e bidimensionais formados a partir da proporção áurea e afirmou que a beleza é universal, e que os rostos bonitos se conformam à máscara de ouro[10,11]. O julgamento da atratividade facial geralmente é considerado o produto do gosto individual, moldado em parte por tendências culturais e populares, e influenciado por diferenças raciais e sexuais na forma facial[12]. Marquardt alega que a máscara de ouro se encaixa nas belas faces, independentemente do sexo e da raça, apesar de ter sido feita sob medida para a população caucasiana[7].

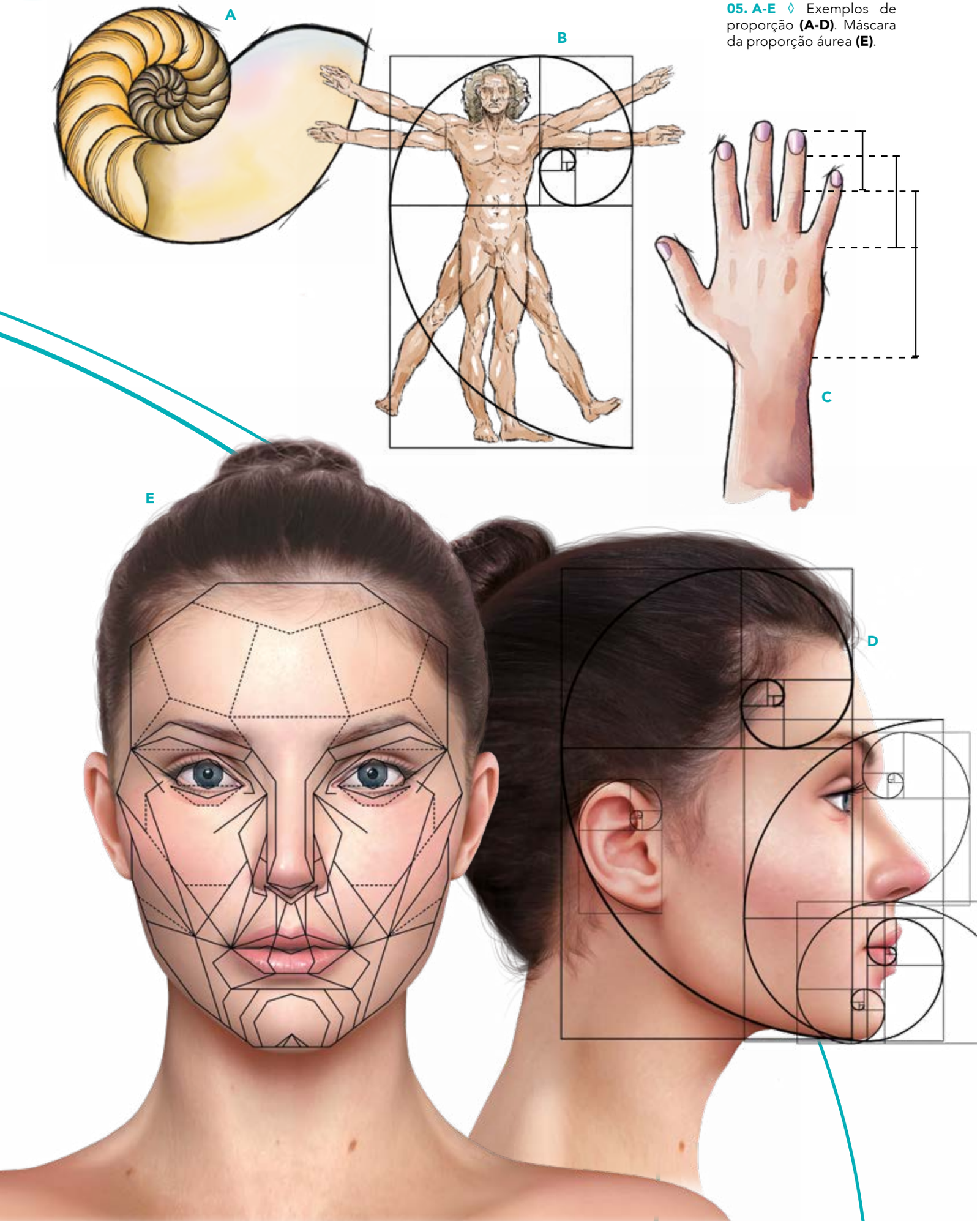
Embora Marquardt alegasse que a máscara de ouro é um padrão universal de beleza, independentemente da raça, da idade e do sexo, discrepâncias étnicas ou individuais não podem ser totalmente ignoradas, já que o estudo de Holland[7], em 2008, demonstrou que a máscara não se ajustava exatamente às características faciais do sul da Índia. Essa metodologia pode ser utilizada no Brasil apresentando os mesmos resultados, mas as razões de beleza se aproximariam das da máscara. Para superar essa dificuldade, é necessário desenvolver variantes da máscara dourada para diferentes grupos étnicos. Então, o que podemos fazer com essa máscara? A máscara de anatomia facial fornecida aqui pode servir como uma diretriz para ajudá-lo a visualizar as mudanças que você pre-

cisa fazer para obter um resultado agradável. Muitas pessoas simplesmente aperfeiçoam o rosto sem considerar as proporções. Isso pode levar facilmente a resultados irreais que não tornam o rosto mais agradável do que antes do procedimento. Com essa máscara, podemos começar a entender a anatomia do rosto e fazer mudanças focadas que realmente beneficiarão nossas imagens.

A razão áurea surge inesperadamente em diferentes contextos, transmitindo sempre a sensação de estética e beleza, por isso ela é surpreendente. Tudo isso nos leva a perceber a importância dessa razão e o motivo pelo qual foi chamada de razão áurea. Um registro fotográfico adequado deve ser realizado antes de começar qualquer tipo de tratamento de Harmonização Orofacial. Estas fotografias devem ser analisadas antes de qualquer aplicação de algum preenchedor, fio ou toxina botulínica. Existem programas computadorizados e aplicativos que atualmente nos ajudam em nosso planejamento e tratamento (Figs. 05A-E).



04. A,B ◊ Busto de Nefertiti, cujo nome significa "a mais bela chegou", encontrado nas escavações feitas na cidade de Tel el-Amarna (antiga Akhetaton) **(A)**. Máscara de Phi **(B)**. Autor: Stephen Marquardt. Fonte: The Science Forum.



05. A-E ◊ Exemplos de proporção **(A-D)**. Máscara da proporção áurea **(E)**.

ENVELHECIMENTO FACIAL

Generalidades do envelhecimento facial

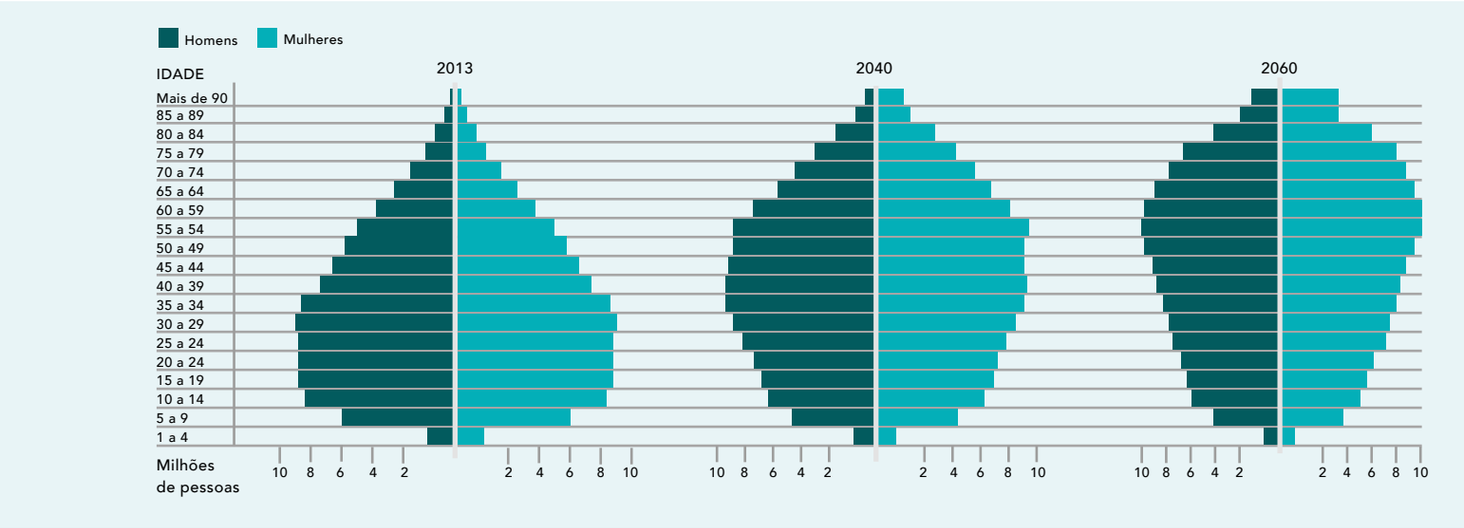
A expectativa de vida média do brasileiro mudou de 69,3 anos para 72,7 anos em uma década (1997 a 2007), graças à melhoria do índice de desenvolvimento humano nacional[13]. Os resultados preliminares do Censo de 2010 demonstraram que, no Brasil, a representatividade dos grupos etários até os 25 anos de idade apresenta uma redução em relação ao ano 2000 em todas as faixas. Simultaneamente, houve um alargamento no topo da pirâmide, pois a população ≥ 65 anos passou de 4,8% em 1991 para 5,9% em 2000, e 7,4% em 2010. Esse aumento é ainda maior nas regiões Sul e Sudeste, atingindo a marca de 8,1%[14] (Fig. 06).

Mais do que as outras áreas do corpo, a face mostra precocemente os sinais de envelhecimento, sendo o local em que se encontram muitos músculos, com diferentes funções, o que favorece o enrugamento precoce[15]. Esses músculos, principalmente os responsáveis pela expressão facial, não possuem bainhas fasciais, característica dos músculos esqueléticos, e situam-se logo abaixo da pele, formando uma camada quase única. Desta forma, a contração desses músculos movimenta a cútis, provocando depressões caracterizadas por linhas ou fossas perpendiculares à direção das fibras musculares que, com o tempo e a repetição dos movimentos, transformam-se em rugas[16].

O envelhecimento facial é um processo único e exclusivo para cada indivíduo e está ligado à sua carga genética. É acentuado por fatores ambientais, como a radiação solar (ultravioleta), a poluição do ar e hábitos ou comportamentos individuais, entre os quais o tabaco e o estresse são de valor importante. Clinicamente, é possível distinguir o envelhecimento cronológico (marcado pelo nosso relógio biológico) daquele produzido pelo dano fotográfico (radiação actínica). Na pele exposta do rosto, pescoço, colo e dorso das mãos o envelhecimento é produzido pela ação solar, tendo como principais alterações: ressecamento, perda de tônus, discromias, juntamente com o aparecimento de lesões, como lentigos e outras pré-malignas (ceratite actínica). Há uma diminuição gradual do colágeno e alteração das fibras elásticas, resultando em atrofia cutânea, pele flácida e enrugada (craquelamento cutâneo), também conhecido como "elastose cutânea"[1].

A crescente visibilidade de pessoas idosas mais ativas e saudáveis tem modificado a percepção do envelhecimento na atualidade. O interesse pelo estudo do envelhecimento deu-se em virtude da mudança do perfil da população idosa trazendo a necessidade de se pensar em políticas públicas que atendam às suas demandas e olhem além das imagens distorcidas da idade, passando a encarar a sua realidade verdadeira e multifacetada[17]. Estudar o envelhecimento de uma forma contextualizada possibilita atentar para as diversas nuances que atravessam o processo e não apenas reduzi-lo a uma fase de perdas físicas e biológicas[18].

A pele é o maior órgão do corpo, correspondendo a cerca de 20% da massa corporal. Ela cobre a superfície do corpo, sendo constituída pela epiderme e pela derme, e apresenta diversas funções no organismo. Pode-se destacar a função de barreira, órgão sensorial e regulação térmica, além da atuação no sistema imunológico[19].



06. Pirâmides etárias absolutas. Pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. O percentual desse grupo representa 7,4% do total de pessoas que vivem no país em 2013.

GRUPO	ERITEMA	BRONZEADO	SENSIB.
I Branca	Sempre	Nunca	Muito sensível
II Branca	Sempre	Às vezes	Sensível
III Morena clara	Moderado	Moderado	Normal
IV Morena moderada	Pouco	Sempre	Normal
V Morena escura	Raro	Sempre	Pouco sensível
VI Negra	Raro	Sempre	Pouco sensível

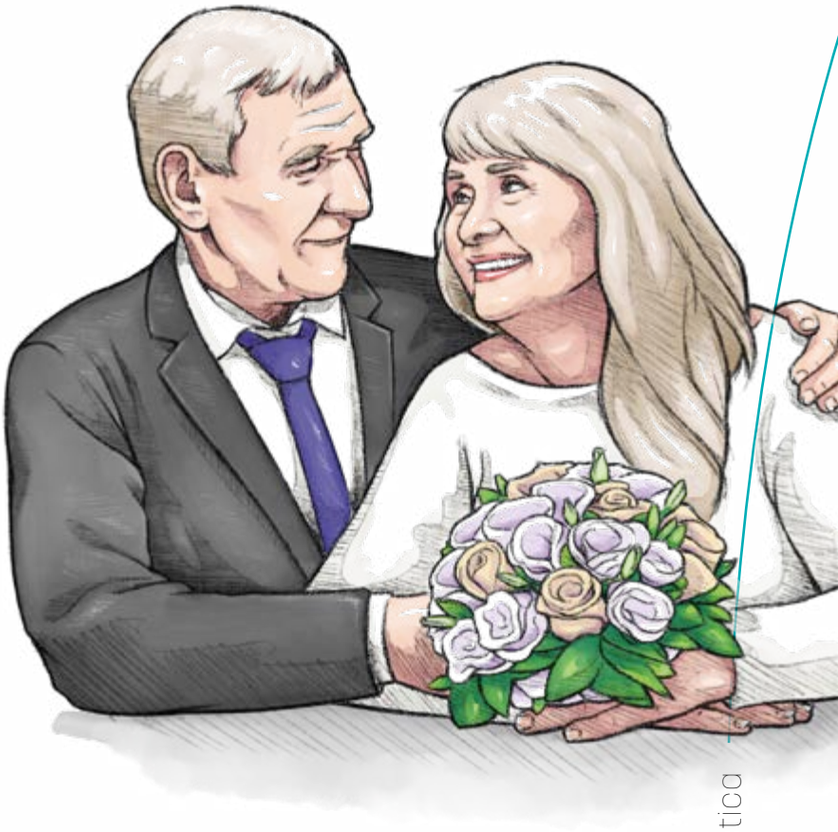
Quadro 01. Classificação dos fototipos de pele proposta por Fitzpatrick.

A pele é constituída por uma porção epitelial de origem ectodérmica, a epiderme, e uma porção conjuntiva de origem mesodérmica, a derme. Abaixo e após a derme está a hipoderme, que lhe proporciona suporte e união com os órgãos subjacentes. Situados no interior da epiderme, os melanócitos são as células responsáveis pela produção de melanina, que atua como importante filtro endógeno contra a radiação ultravioleta. Em 1976, Fitzpatrick classificou a pele humana em seis fototipos, variando do tipo I (pele mais branca) ao tipo VI (pele negra)[20,21], conforme o Quadro 01.

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo[22].

Em um tratamento de harmonização orofacial, o dano fotográfico e o tabagismo são fatores negativos na morbidade prognóstica e na qualidade dos resultados. Eles afetam a qualidade da cicatrização e há também o risco de focos de necrose. Existe uma relação direta entre o tipo de pele e a severidade do fotoenvelhecimento[23].

Os procedimentos realizados em um paciente devem ser ajustados à qualidade da pele, por isso é importante que, desde o início do estudo, o paciente diagnosticado seja tratado de maneira multidisciplinar. Nossa experiência mostrou que nossos melhores resultados na Harmonização Orofacial foram obtidos quando conseguimos um tratamento multidisciplinar em nossos pacientes, o que significa que, além de pensar em simetria e beleza física por meio da aplicação de produtos e/ou medicamentos, é importante pensar e orientar o paciente a melhorar certos hábitos que geram prejuízo em nossos resultados. A avaliação do envelhecimento físico é tão importante quanto a avaliação do envelhecimento psíquico. A atitude do paciente com um estado emocional adequado frente a um tratamento estético é positiva e satisfatória, enquanto em um paciente com problemas emocionais nem sempre a melhora física trará melhoras no seu estado emocional. O conceito atual de "ser velho" mudou. Atualmente, pessoas com idade avançada realizam qualquer tipo de atividade física, utilizam a Internet e até conseguem um novo amor (Fig. 07).



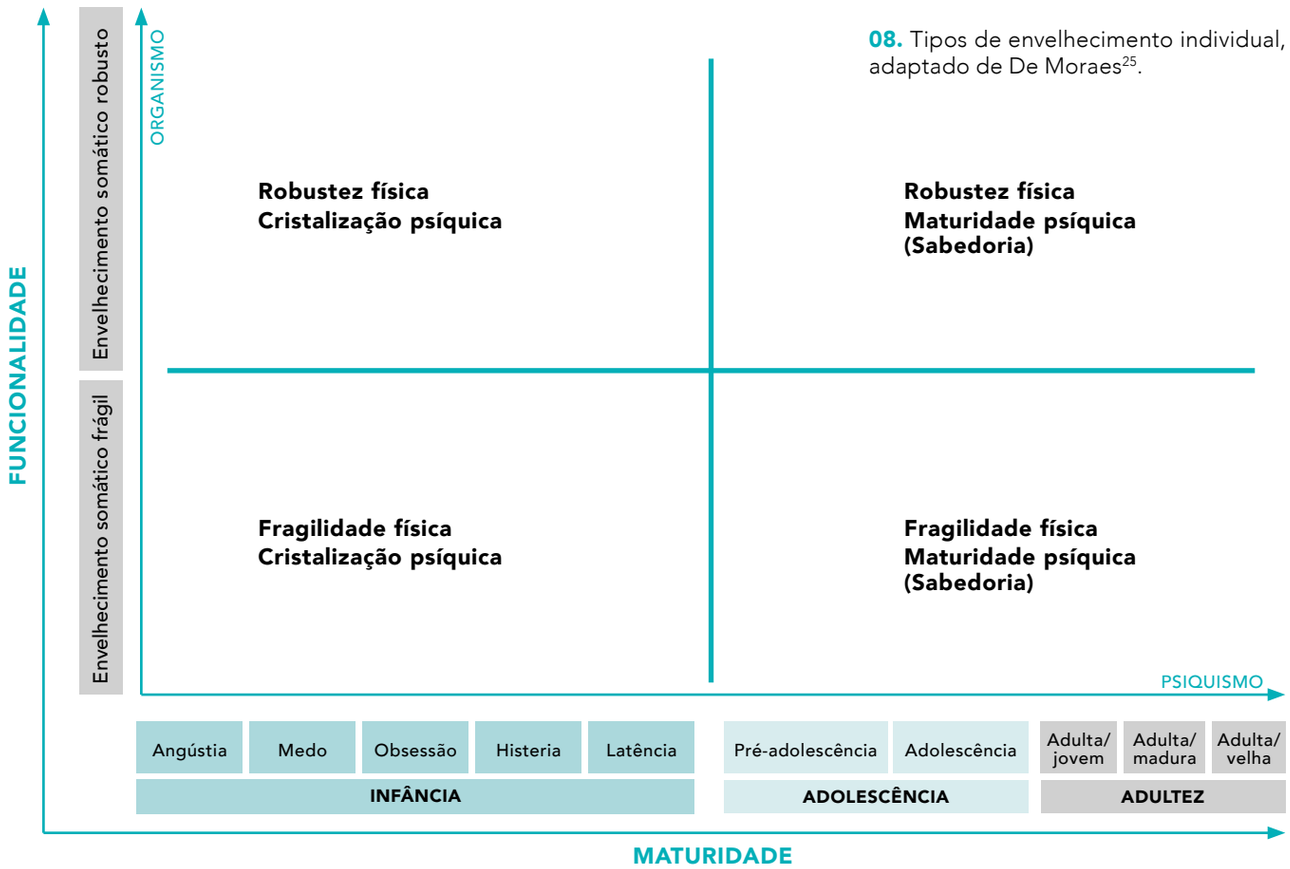
07. Hoje, o casamento não é mais a configuração padrão. As mulheres vão se casar mais tarde, muitas vezes se casando com a idade de 65 anos ou mais. Na verdade, esse pode ser o momento perfeito para escolher seu cônjuge para toda a vida (Texto de: www.aarp.org - Associação Americana de Aposentados (AARP), que procura combater os mitos sociais e culturais do que significa ser velho).

Portanto, para se alcançar os objetivos traçados, a fim de melhorar o aspecto físico de um paciente idoso e deixá-lo com uma face harmoniosa e jovial, como já mencionamos anteriormente, é necessário adotar uma abordagem tridimensional combinando o uso de diferentes alternativas de tratamento da Harmonização Orofacial, como a toxina botulínica tipo A, o ácido hialurônico e os fios de sustentação. Uma avaliação adequada das funções orofaciais do sistema estomatognático deverá ser realizada para conhecer a possível necessidade de adequar e/ou alterar a dimensão vertical nas próteses dentárias ou de se usar alguns outros tratamentos dentários que ajudem a diminuir a perda desse terço facial, que conhecemos muito bem por ser da nossa área. Lembrando que cada paciente terá uma percepção subjetiva sobre seu próprio envelhecimento.

Tipos de Envelhecimento

De modo geral, é possível distinguir três tipos de envelhecimento[24]:

- Envelhecimento primário ou normal: é universal, ocorre de maneira gradual ao longo da vida e resulta de um programa genético irreversível que cada indivíduo possui. Ocorre em todos os níveis do corpo, em todos os órgãos, sempre de maneira individual em cada pessoa.
- Envelhecimento secundário: diz respeito às mudanças causadas pela doença, por maus usos e abusos ou fatores de ordem sociocultural, mas que podem ser reversíveis ou alvo de uma intervenção preventiva (por exemplo, dietas alimentares inadequadas, exposição exagerada e desprotegida ao sol, postura corporal incorreta no local de trabalho, falta de exercício físico, alcoolismo. etc.). Essas mudanças estão associadas aos hábitos e estilos de vida, onde é possível intervir, gerir e modificar. A informação, a educação sobre a saúde e a prevenção com uma mudança adequada de dieta, modos de vida e exercício físico podem evitar parcialmente ou retardar esse processo de envelhecimento.
- Envelhecimento terciário: diz respeito às mudanças que ocorrem precipitadamente e



08. Tipos de envelhecimento individual, adaptado de De Moraes[25].

de maneira intensa na fase avançada da velhice, normalmente nos últimos anos de vida. Há um declínio brusco e rápido de energia e de reservas do próprio organismo em vários níveis: biológico, psicológico e falhas no sistema imunológico. O indivíduo entra em um estado de cansaço muito grande, de esgotamento das suas reservas energéticas e de grande desinteresse pelo ambiente que o rodeia, como se estivesse se preparando para a morte.

Por outro lado, Edgar Nunes de Moraes e Flávia Lanna de Moraes, em 2010, concluíram que o ser humano pode envelhecer como um sábio ancião ou permanecer nos estágios infantis do psiquismo; que a autonomia e a independência são, portanto, resultantes do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico e que a singularidade individual torna-se mais exuberante quando se avaliam ambas as dimensões, biológica e psíquica, associadas ao contexto familiar e social, ou seja, a integralidade do indivíduo. O processo de envelhecimento é, portanto, absolutamente individual e variável, cuja conquista se dá dia após dia, desde a infância. A velhice bem-sucedida é consequência de uma vida bem-sucedida[25] (Fig. 08).

O envelhecimento individual depende do grau de fragilidade do organismo e do psiquismo. Pode ser dividido em quatro tipos:

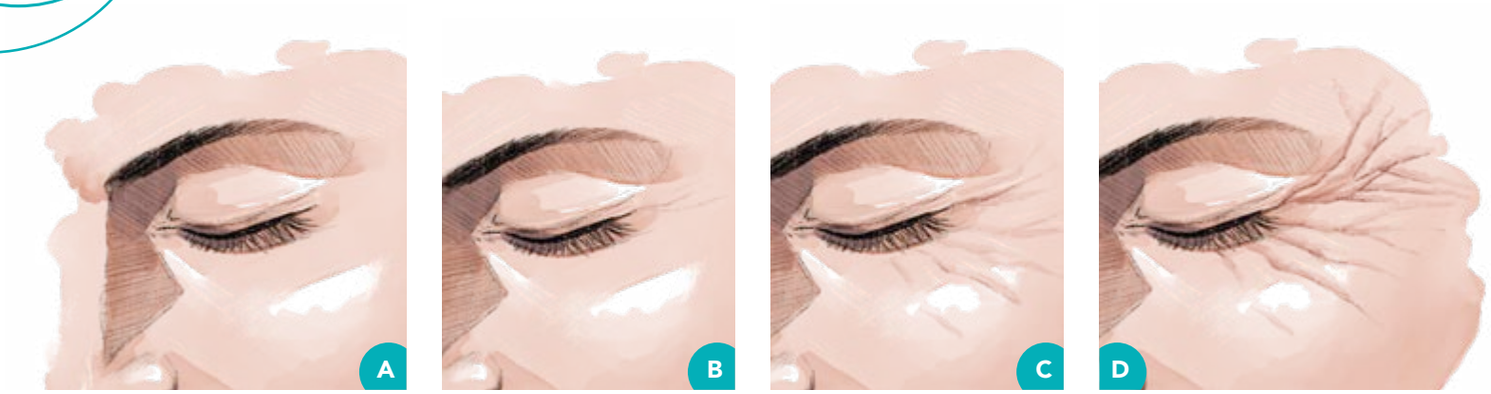
- Robustez física e cristalização psíquica.
- Robustez física e maturidade psíquica.
- Fragilidade física e cristalização psíquica.
- Fragilidade física e maturidade psíquica.

Alterações Estruturais no Envelhecimento

Na pele, a evidência mais prematura dos efeitos do envelhecimento é a acentuação dos sulcos e das linhas características do mimetismo facial, sistematizados por George Singer em 1963[26]. Os traços deixados no rosto são característicos da herança, caráter e experiências pessoais. A particularidade dessas marcas cutâneas é, portanto, o reflexo da "história pessoal" de cada indivíduo e depende da ação dos 52 músculos faciais da mímica e da expressão, culpados pela acentuação das linhas e sulcos. O esternoclidomastoídeo e o platisma estão incluídos no processo[1]. Para nossa avaliação clínica, tomamos como referência a classificação de Glogau de fotoenvelhecimento induzido pelo sol, pois demonstra muito bem o que acontece na pele ao longo dos anos e permite, dependendo do tipo de pele e da idade do paciente, desenvolver tratamentos combinados com diferentes técnicas de acordo com cada paciente. A classificação apresenta 4 tipos e cada um apresenta características e opções de tratamento diferentes .

No TIPO I, "sem rugas", a pele é jovem e saudável, sem linhas de expressão, com pequenas alterações de pigmentação, como manchas e discromias. Esse tipo de pele requer apenas a proteção contra os raios ultravioleta do sol e limpeza regular, microdermoabrasão e *peelings* superficiais para remover as camadas superficiais da pele.

No TIPO II, "rugas em movimento", aparecem entre 30 e 40 anos de idade, as primeiras mudanças já são apresentadas com linhas de expressão que são vistas com movimento, nos pés de galinha ao lado dos olhos e em linhas de fantoche sob os cantos da boca. Você pode encontrar a primeira queratose ou lesões de pele causadas pelo sol. Nesse momento, a toxina botulínica e os preenchimentos de ácido hialurônico são indicados para hidratar a pele e reduzir a formação de linhas, que não são pequenas rugas, e também para camuflar as depressões nas ranhuras incipientes. É necessário iniciar sessões periódicas de tratamento com *peelings*, *laser*, radiofrequência e microdermoabrasão para restaurar a qualidade da pele[27] (Figs. 09A-D).



09. A-D ◊ Glogau Score para a pele fotoenvelhecida: poucas rugas, não ceratoses **(A)**. Enrugamento precoce **(B)**. Rugas persistentes e descoloração da pele **(C)**. Enrugamento severo, fotodano e flacidez **(D)**.

No TIPO III, "rugas em repouso", as mudanças na derme profunda, com perda de colágeno e danos superficiais, descoloração, telangiectasias (pequenas veias) e queratose (pequenas placas espessas de superfície áspera) são mais evidentes. Essas mudanças ocorrem principalmente após os 50 anos. O tratamento ideal é o cirúrgico, por meio do "lifting" ou "lifting facial", restaurando a flacidez dos tecidos da face por meio de pequenas incisões na frente das duas orelhas. Tanto a face quanto o pescoço podem ser melhorados dessa forma, conseguindo reposicionar os tecidos no seu local original. Tratamentos complementares, com *laser* de CO_2 e ultrassom bipolar fracionado, contribuem para melhorar ainda mais os resultados, melhorando significativamente a qualidade da pele[27]. Nesta etapa, são de grande ajuda fios de sustentação acompanhados de toxina botulínica e preenchimentos de ácido hialurônico.

No TIPO IV, "rugas nas rugas", a pele está completamente enrugada, envolvida em diversas alterações de cor, queratose e sulcos muito profundos. Assim como no TIPO III, o tratamento é cirúrgico, reposicionando os tecidos desalojados, eliminando o excesso de pele e devolvendo o volume perdido por meio da aplicação de enxerto de gordura ou ácido hialurônico. Além disso, a melhoria da qualidade da pele é fundamental para melhorar a aparência geral. O *laser* de CO_2 fracionado pode melhorar a pele atrófica e promover o rejuvenescimento em vários anos (Quadro 02).

O bombardeio da mídia e o culto à beleza levam os pacientes aos consultórios no intuito de rejuvenescer com procedimentos minimamente invasivos. O profissional que se aventura nessa área deve ter conhecimento profundo da anatomia de todos os elementos faciais (estrutura osteomuscular, inervação, vascularização, pele e anexos). A fisiologia muscular, os sistemas de classificação de resposta crômica da pele, o teor de hidratação, os tipos de rugas prevalecentes e a profundidade de sulcos de expressão também devem ser conhecidos[28].

Um correto diagnóstico da qualidade da pele deverá ser realizado. Não podemos tratar os pacientes com a aplicação de medicamentos intercutâneos sem a devida avaliação clínica e com um diagnóstico de pele saudável e apta para os tratamentos de reabilitação com a Harmonização Orofacial. Sabemos que à medida que o corpo envelhece, a aparência e as características da pele mudam. A pele cronologicamente envelhecida é fina, relativamente achatada, seca e imaculada, com alguma perda de elasticidade e perda de regularidade arquitetural relacionada à idade. Mostra uma atrofia geral da matriz extracelular, que é refletida por uma diminuição no número de fibroblastos. Além disso, há níveis reduzidos de colágeno e elastina e sua organização é prejudicada. Isso ocorre devido à diminuição da

síntese proteica, afetando o colágeno tipo I e III na derme, com um aumento na quebra das proteínas da matriz extracelular[29,30].

Para não confundir o anatomicamente normal com o anormal, os sinais comuns do envelhecimento intrínseco são:

- Rugas finas e pele fina, transparente e seca com prurido.
- Perda de gordura subjacente levando a bochechas ocas e perda perceptível de firmeza nas mãos e no pescoço.
- Os ossos encolhem, afastando-se da pele como resultado da perda óssea, o que causa a flacidez da pele.
- Incapacidade de suar o suficiente para esfriar a pele.
- Cabelos grisalhos que se tornam brancos, perda de cabelo e pelos indesejados.
- Placa ungueal fina, desenvolvimento de sulcos.

GRAU 1
Presença de ritides peri-oculares
Ausência de discromias
Sulcos ausentes ou insinuados
GRAU 2
Presença de rugas dinâmicas
Possibilidade de discromias leves
Sulcos insinuados ou de pequena intensidade
GRAU 3
Presença de rugas estáticas
Presença de discromias
Sulcos marcados
GRAU 4
Presença de rugas estáticas e gravitacionais
Presença de discromias
Sulcos muito marcados, com flacidez de pele associada

Quadro 02. Classificação de glogau modificada.

VISAGISMO

O conceito de visagismo foi criado por Fernand Audry, em 1937, que dizia que "o visagismo é uma arte e o visagista é um escultor do rosto humano"[31]. Seu objetivo principal é harmonizar e valorizar a imagem pessoal a partir de uma "análise investigativa", aplicada a estruturas físicas, estilo de vida e beleza do indivíduo. Para o visagismo, o importante não é apenas estar bonito, mas estar bem com suas características[32].

O visagismo ficou conhecido, na cultura, como o termo criado para designar o conceito e a atividade de personalização e harmonização da imagem pessoal com foco na construção de imagem e beleza cujos parâmetros ancoram-se em princípios que regem os estudos em imagem, *design*, linguagem visual, estética do corpo humano, estudos da proporção e simetria, cores, características de personalidade e estrutura das formas geométricas matemáticas[31]. Consideramos esse conceito como um auxiliar na harmonização orofacial, pois, na qualidade de cirurgiões-dentistas, podemos integrar diversas técnicas com o intuito de reabilitar nosso paciente como um todo. Portanto, para criar beleza não é suficiente pensar apenas na parte estética, ou seja, equilibrar as formas, ou corrigir traços físicos. É preciso expressar uma qualidade que a pessoa possui. Dessa forma, o visagista é reconhecido por harmonizar a imagem pessoal a fim de construir imagem e beleza em conjunto, valorizando e potencializando as imagens pessoais[33].

A técnica do visagismo consiste em usar efeitos como os de luz, sombra, aumentar ou diminuir volumes, trabalhar com diferentes cores, maquiagens, corte e cor de cabelo, harmonia corporal usando roupas, bem como ressaltar o comportamento da pessoa por meio do temperamento predominante da mesma, potencializando-os ou amenizando-os; esses são os conhecimentos de algumas técnicas que um profissional visagista utiliza para customizar a imagem pessoal[34].

TEMPERAMENTOS	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS
Sanguíneo	Extrovertida Comunicativa Energizada Espontânea Inovadora	Pouco concentrada Desorganizada Gênio forte Desagradável	Comunicativa Rosto hexagonal Cabelos castanhos ou loiros dourados Sorriso atraente
Colérico	Objetiva Concentrada Luxuosa Ágil Sem rancor	Impaciente Intolerante Autoritária	Boa postura Maneiras de se expressar firmes Rosto quadrado ou hexagonal Cabelos ruivos castanhos ou marrons avermelhados
Melancólico	Criadora Organizadora Detalhista Vulnerável	Exigente Tímida Nervosa	Tendência a ser magra Rosto e características alongadas e/ou finas
Fleumático	Transmite paz Agradável Passiva Adaptável	Indecisa Acomodada Pouca criatividade	Não se importa com a aparência Movimentos e maneira de se vestir simples e lentos

Quadro 03. Os quatro temperamentos – original de Bettega e Emiliano[32].

Tipos de Rostos

Rosto quadrado

As laterais devem ser escurecidas e afinadas levemente, iluminando a região frontal e o mento. O corte de cabelo deve ser bem redistribuído, para tirar a atenção da angulação natural, evitando cortes simétricos.

Rosto oval

Concentrar o *blush* na região do zigomático, em direção às orelhas, e seguir com o produto em direção ao mento. Em relação ao cabelo, vários tipos de cortes caem bem, devendo seguir o papel de diminuir a simetria do rosto com franjas.

Rosto redondo

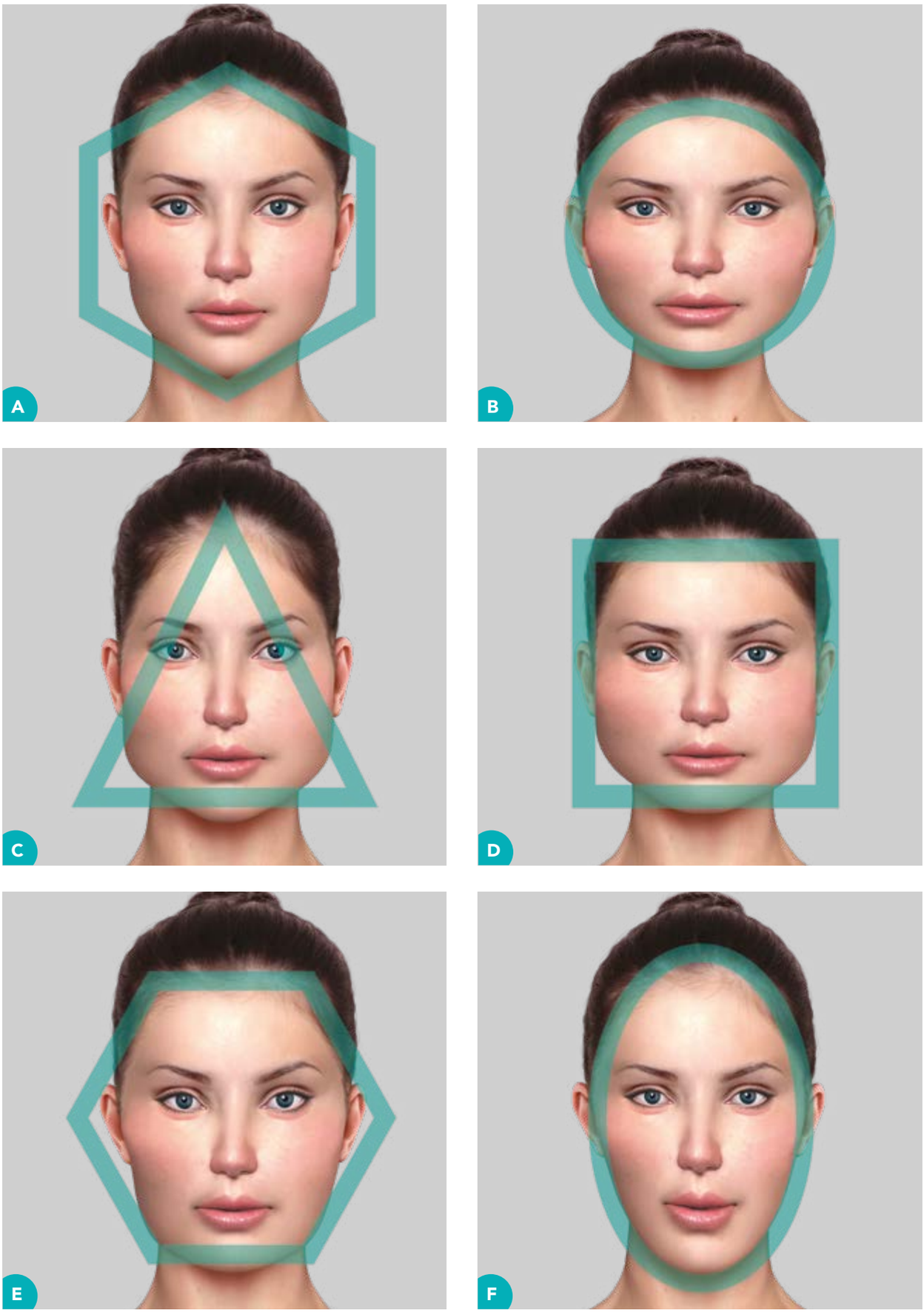
O objetivo da maquiagem é alongar o rosto, utilizar *blush* nas laterais do rosto, marcar com *blush* o zigomático e intensificar com iluminador, passar iluminador também na região frontal. O corte de cabelo não deve ser arredondado; desfiados na parte de trás alongam o pescoço e franjas laterais diminuem a simetria do formato.

Rosto hexagonal

Iluminar as laterais da região frontal e maxilar inferior, e escurecer o maxilar superior. São muitos os cortes que combinam com esse formato de rosto, em especial, franjas, repicados e curtos.

Rosto triangular

Escurecer as laterais do maxilar inferior e região frontal; se o formato for um triângulo invertido, escurecer a região do mento. Cabelos com franja levemente repicados no comprimento são ótimos.



10. A-F ◊ Tipos de Rosto.

REFERÊNCIAS

1. Jacubovsky D. Rejuvenecimiento Facial. Rev. Med. Clin. Las Condes 2010. Vol. 21, No1, p. 99–106.

2. Filho HA, Souza MS. Olhares e reflexões sobre o corpo na cultura contemporânea. Dialektiké v.3 2015.

3. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Resolução NO. 80, de 9 de maio de 1987. (Diário Oficial da União NO. 093 - de 21/05/87, Seção I, Págs. 7609). Acesso em 24 de abril de 2008.

4. Mendonça CA, Camargos CN, Duarte SM. "'Beleza é algo relativo, depende de quem a contempla' - seria o conceito de beleza unicamente uma questão de opiniões?". Da imagem visual do rosto humano: simetria, textura e padrão. Saúde Soc 2009 [online], Vol. 18, N0. 3, p. 395–410.

5. Scalzo M. Trinta anos de moda no Brasil: uma breve história. São Paulo: Editora Livre 2009.

6. de Souza DV, de Sousa FB, do Monte GS. A máscara de PHI: a beleza que só a Matemática explica. JEM Marabá 2015.

7. Holland E. Marquardt's PHI mask: pitfalls of relying on fashion models and the golden ratio to describe a beautiful face. A Esthetic Plast. Surg., Vol. 32, N0. 2, p. 200–8, Mar. 2008.

8. Ricketts RM. The biologic significance of the divine proportion and fibonacci series. A,. J. Orthod., Vol. 81, N0. 5, p. 351–70, May 1982.

9. Peck S, Peck L. Selected aspects of the art and science of facial esthetics. Semin. Orthod., Vol. 1, N0. 2, p. 105–26, Jun. 1995.

10. Marquardt SR. Dr. Stephen R. Marquardt on the golden decagon and human facial beauty. interview by Dr. Gottlieb. J. Cin. Orthod., Vol. 36, N0. 6, PP. 339–47, Jun. 2002.

11. Jefferson Y. Facial beauty--establishing a universal standard. Int. J. Orthod. Milwaukee 2004,., Vol. 15, N0 1, p. 9–22.

12. Naini FB, Moss JP, Gill DS. The enigma of facial beauty: esthetics, proportions, deformity, and controversy. Am. J. orthod. Dentofacial orthop., Vol. 130, N0. 3, p. 277–82, Sep. 2006.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: 1/12/2009.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: www. ibge.gov.br/censo2010. Acesso em: 20/8/2010.

15. Pierotti S. Atuação fonoaudiológica na estética facial. In: Comitê de Motricidade Orofacial da Soc. Bras. Fonoaudiol. Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas. Sãp Paulo: Pulso 2004, N0. Cap. 35, P. 281–287.

16. Madeira MC. Anatomia da face: bases anátomofuncionais para a prática odontológica. 4a ed. São Paulo: Sarvier 2003, 236 p.

17. Papalia DE. Desenvolvimento humano. 12a ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

18. Araújo LF, Lucerna e Carvalho VAM. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. Revista de Humanidades 2005, Vol 6, N0 13.

19. Valente NYS. Estrutura e funções da pele. In: Sittart JA de S, Pires MC.. Dermatologia para o clínico. São Paulo: Editora Lemos 1998,p. 1–5.

20. Guirro R, Guirro E. Fisioterapia dermatofuncional. 3a ed.. Sãp Paulo: Manole 2004.

21. Fitzpatrick DB, Mosher TB. Metabolismo, pigmentação cutânea e distúrbios do da melanina. In: Isselbacher KJ et al. Med. Interna 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1983, p. 276-284.

22. Schneider RH, Irigaray TQ. The process of aging in today's world: chronological, biological, psychological and social aspects. Estud. Psicol. Campinas 2008, Vol. 25, N0. 4 I 5, p. 85–593.

23. Suehara LY, Maia M,, Simone K. Evaluation of facial aging related to cigarette smoking. An Bras Dermatol 2006, Vol. 81, N 01, p. 34–9.

24. Perlmutter E, Hall M. Adult development and aging, New York John Wiley Sons, 2a ed 1992.

25. De Moraes EN, De Moraes FL, Lima SPP Aging biological and psychological characteristics, Rev Med Minas Gerais 2010, Vol. 20, N0 1, p. 67–73.

26. George S. Nomenclature for lines and grooves of the face.Plast. Reconstr. Surg 1993,Vol 91, N°3, p. 540.

27. Tcallaghan TM, Wilhelm KP A review of ageing and an examination of clinical methods in the assessment of ageing skin. Part 2: clinical perspectives and clinical methods in the evaluation of ageing skin., Int. J. Cosmet. Sci 2008, Vol. 30, N0 5, p. 323–32.

28. Ruiz RDO, Londono ERO, Barbosa MAA, Orgaes FS, Gonella HA. . Teaching methodology for the training of non surgical procedures of perioral area and nasolabial folds track plastic surgery residents, Rev. Soc. Bras. Cir. Plást 2007, Vol. 22, N0. 2, p. 67–75.

29. Brenneisen P, Sies H, Scharffetter-Kochanek K. Ultraviolet-B irradiation and matrix metalloproteinases: from induction via signaling to initial events. Ann. N. Y. Acad. Sci 2002,; 973: 31–43.

30. Fisher GJ, Wang ZQ, Datta SC, Varani J, Kang S, Voorhees JJ. Pathophysiology of premature skin aging induced by ultraviolet light. N. Engl. J. Med 1997, Vol. 337, N0. 20, p. 1419–28.

31. Hallawell P. Visagismo: harmonia e estética, São Paulo:Editora Senac 2010, 292p,.

32. Bettega RDC, Emiliano S. O uso do conceito do visagismo na distorção da imagem facial e corporal. p.1–18.

33. Nunes LA. Visagismo: imagem humana como meio de comunicação, Intercom ., N0 IX, p. 1–15, 2010.

34. Kao CMS, Rodrigues DD, Araújo CSA, Salomão FM. Visagismo na Odontologia : a personalização do sorriso. Rev. Odontológica Araçatuba 2014,, Vol 35, N0. 2, p. 67–70.

Harmonização FUNCIONAL OROFACIAL

Arte, Ciência e Prática

ANTONIO CELÓRIA