



CURSO DE ODONTOLOGIA

JÉSSICA OLIVEIRA SOUZA

**ASPECTOS DO TERÇO INFERIOR DA FACE A SEREM
CONSIDERADOS NO PLANEJAMENTO ESTÉTICO DO
SORRISO: uma revisão de literatura**

**ASPECTS OF THE LOWER THIRD OF THE FACE TO BE
CONSIDERED IN THE PLANNING OF AESTHETIC
SMILE: a review of literature**

SALVADOR
2018.1

JÉSSICA OLIVEIRA SOUZA

**ASPECTOS DO TERÇO INFERIOR DA FACE A SEREM
CONSIDERADOS NO PLANEJAMENTO ESTÉTICO DO
SORRISO: uma revisão de literatura**

ASPECTS OF THE LOWER THIRD OF THE FACE TO BE
CONSIDERED IN THE PLANNING OF AESTHETIC
SMILE: a review of literature

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Thaianne Aguiar

SALVADOR

2018.1

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 TERÇO INFERIOR DA FACE	8
2.2 DESENHO DO SORRISO	9
2.2.1 Estética rosa	11
2.3 ESTÉTICA BRANCA	13
2.3.1 Dentes anterossuperiores	13
2.3.2 Proporção e simetria	14
2.3.3 Espaços anterossuperiores	15
2.3.4 Linha média e angulação	16
2.3.5 Linha incisal	17
2.4 CORREDOR BUCAL	17
3. DISCUSSÃO	19
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21

REFERÊNCIAS

ANEXO 1

RESUMO

A procura por procedimentos estéticos odontológicos tem aumentado significativamente nos últimos tempos, visto que a atratividade do sorriso tem ganhado enfoque através dos meios de comunicação. Com avanços na tecnologia ficou possível a realização de tratamentos mais precisos e individualizados visando a estética dental e a harmonia facial. Uma análise minuciosa dos fatores que contribuem para um sorriso harmônico é fundamental desde o diagnóstico até o tratamento. Por tanto, é necessário que profissionais conheçam os aspectos que influenciam a estética do sorriso, como proporção do terço inferior da face, a altura do sorriso, linha média, corredor bucal, proporções e alinhamento dentário, linha incisal, entre outros. Assim, é fundamental conhecer as características dentro da normalidade e o que se pode buscar com tratamentos estéticos. Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura a cerca da estética do terço inferior da face abordando os elementos que o compõem para um planejamento estético, mostrando a importância do conhecimento do mesmo. Tem como objetivo auxiliar estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas em parâmetros estéticos para avaliação do sorriso e sua aplicabilidade na rotina de atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Sorriso; Beleza; Estética dentária.

ABSTRACT

The demand for dental aesthetic procedures has increased significantly in recent times, since the attractiveness of the smile has gained focus through the means of communication. With advancements in technology became possible to perform more accurate and individualized treatments aiming at the aesthetic dental and facial harmony. A thorough analysis of the factors that contribute to a harmonious smile is crucial since the diagnosis to treatment. Therefore, it is necessary that professionals know the aspects that influence the aesthetics of smile, as a proportion of the lower third of the face, the height of the smile, the middle line, buccal corridor, proportions and dental alignment, the incisal line, among others. Thus, it is crucial to know the characteristics within the normality and what you can seek with aesthetic treatments. This study is a literature review about the aesthetics of the lower third of the face covering the elements that make for an aesthetic planning, showing the importance of the knowledge of same. Aims to assist students of dentistry and dental surgeons in aesthetic parameters for evaluation of the smile and its applicability in routine care.

Keywords: Smile; Beauty; Dental aesthetic.

1. INTRODUÇÃO

A procura por um sorriso harmônico tem levado uma gama de pacientes aos consultórios odontológicos desejando dentes brancos, grandes e alinhados. Desejo, muitas vezes, já pré-estabelecido pelo próprio paciente com alto grau de exigência e expectativa, tendo o cirurgião-dentista que ponderar e ter senso crítico sobre a intervenção do procedimento. O sorriso diz muito sobre o indivíduo e o que ele quer transmitir, revelando seus sentimentos e sua personalidade. Um sorriso esteticamente agradável aumenta a autoestima, melhora o convívio social e bem-estar.

A estética do sorriso é determinada por um conjunto de fatores, entre eles, a harmonia facial, as proporções entre os terços, o tipo de face, dimensão vertical, simetria, entre outros (1). A face é dividida em três terços, superior, médio e inferior (2). Considerando o terço inferior da face, existem vários parâmetros para a avaliação estética do sorriso, como a simetria, linha média, linha do sorriso, limite de contorno gengival, corredor bucal, proporções dentárias, inclinação da coroa dos incisivos, bordas incisais, nível do contato interdentário entre outros (3,4,5).

A partir do uso de ferramentas e técnicas que estão sendo explorados ultimamente, como fotografias extra e intra orais, mock up, enceramento diagnóstico e DSD, é possível a realização da análise facial e do sorriso, facilitando e dando mais visibilidade para o cirurgião-dentista traçar metas, realizar um minucioso planejamento e execução, visto que o paciente pode ter previsibilidade do trabalho e acompanhar os resultados (6).

Para determinar planos de tratamentos e obter uma estética favorável, cirurgiões-dentistas precisam interpretar as nuances do sorriso, conhecer fatores que os influenciam, ter senso crítico, considerar a opinião do paciente, e buscar um equilíbrio entre a necessidade da intervenção, a invasividade do tratamento, a harmonia e principalmente a saúde.

O presente estudo tem como objetivo auxiliar estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas na avaliação do sorriso através de uma revisão de literatura acerca da estética do terço inferior da face, abordando os elementos que o compõe, para um adequado planejamento estético.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TERÇO INFERIOR DA FACE

Dentre os terços faciais, o terço inferior da face é o mais importante no que se refere a análise do sorriso. Este fica compreendido entre a linha subnasal e o mento (2). Normalmente o terço inferior da face apresenta altura de 55 a 65mm, essa medida se aproxima do terço médio e superior quando existe uma boa harmonia (2,4). Além disso, o terço inferior da face pode ser subdividido medindo a distância do subnasal ao estômio do lábio superior, e deste ao mento, onde a proporção deve ser em torno de 1:2 (4) (Fig.1). O mento é avaliado quanto à sua simetria, relações verticais, e forma, sendo esta, comparada ao restante da face (4). A falta ou excesso de mento é refletido sobre tecidos moles e devem ser analisados em conjunto (7). No terço inferior da face encontra-se, além da boca, os sulcos nasolabial, labiomarginal, sulco labial, mentolabial e crista nasolabial (3,8). Os sulcos e cristas surgem, na maioria das vezes, pela contração muscular que, com o passar do tempo, tendem ser mais notadas por conta do envelhecimento (8).

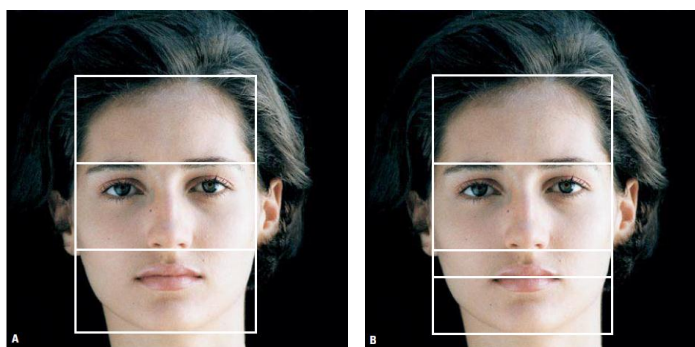


Figura 1. A. Proporções entre os terços faciais. B. Subdivisão do terço inferior da face, proporção de 1:2. Fonte: Estética em ortodontia: Diagrama de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF).

2.2 DESENHO DO SORRISO

Os lábios são a moldura do sorriso, e interferem de maneira marcante na beleza (9). Eles são avaliados quanto ao tamanho, forma e cor, estando em repouso ou sorrindo (2,3). Essas observações podem ser feitas através de fotografias frontal e ou perfil (2).

Diversos aspectos envolvem a estética do sorriso, sendo os parâmetros gengivais e dentários um dos pontos mais importantes para a harmonia facial (10). Normalmente, tem-se como parâmetro para classificação da altura do sorriso os incisivos superiores e sua margem gengival, podendo classificá-las em alta, média e baixa (7). Na linha do sorriso baixa, as coroas dos dentes anterossuperiores não aparecem totalmente, expondo menos de 75% e nenhuma exposição gengival. Na linha do sorriso média, é exposto cerca de 75% a 100% das coroas clínicas dos dentes anterossuperiores aparecendo, durante o sorriso, somente as papilas interdentais. Na linha do sorriso alta ou sorriso gengival, há exposição total das coroas clínicas dos dentes anterossuperiores e um excesso de gengiva significativa (5,7,8) (Fig. 2). A gengiva é fator importante na estética do sorriso, e sua exposição reduzida ou excessiva é considerada antiestética (8).

Para Francci et al, em 2014 (7) a exposição das coroas dos dentes anterossuperiores ao sorrir depende do comprimento labial, comprimento vertical, tamanho da coroa e elevação do lábio. Em repouso, os incisivos centrais superiores devem aparecer entre 1 a 5mm no sexo feminino, e 1 a 3mm no sexo masculino. A exposição das coroas dos dentes anteriores

inferiores é pouco frequente, exceto no envelhecimento, e quando ocorre significa que não há suporte labial, tornando o sorriso antiestético (7).

O posicionamento labial é determinado quanto ao grau de contração muscular e a morfologia dentoalveolar (7). Não há uma classificação quanto aos lábios, entretanto, o padrão atual de beleza considera lábios volumosos mais atraentes (11). Se enquadra no sorriso mais estético, aquele em que a borda do lábio superior se localiza na margem cervical dos dentes anterossuperiores, mostrando completamente a coroa com exposição de 1mm de gengiva. O lábio inferior deve apresentar uma concavidade superior e acompanhar as bordas incisais dos dentes anterossuperiores (8).



Figura 2. Classificação de acordo com tipo de sorriso em: Baixo (A), médio (B), alto (C).
Fonte: Odontologia estética

2.2.1 Estética rosa

A avaliação gengival é fundamental para análise da estética do sorriso (12). Pode-se dividi-la em: gengiva inserida, papila e margem gengival. A gengiva inserida aparece desde a cor rosa pálido, e vai até tons mais escuros como marrom em indivíduos negros. O contorno da gengiva inserida expõe o

volume da eminência canina e incisiva, e a depressão da fossa incisiva e canina (8).

A papila ocupa os espaços interdentais de vestibular à lingual, estendendo-se ao ponto de contato (8). As papilas devem medir um terço de altura da coroa clínica (7).

O contorno da margem gengival acompanha os dentes, sendo simétrica, na maioria das vezes, em dentes homólogos (8). As margens gengivais dos caninos superiores e incisivos centrais encontram-se na mesma direção, enquanto as margens dos incisivos laterais posicionam ligeiramente mais abaixo (11) (Fig. 3).

É observado ainda o zênite, ponto mais apical do contorno gengival, caracteriza um colo dentário com aspecto triangular (15). O zênite deve estar levemente deslocado para a distal no incisivo central superior e canino superior e alinhado ao longo do eixo do dente no incisivo lateral superior (7,8,11,15). As margens gengivais dos caninos devem estar simétricas ou ter o mínimo de assimetria possível para o sorriso ser considerado atraente (16).

A identificação do biótipo gengival também é essencial para planejamento e tratamento. Para Zawawi e Zahrani, em 2014 (17) o biótipo gengival fino corresponde 43% para a maxila e 52,1% para a mandíbula, o sexo feminino tem probabilidade 4 vezes maior, que o sexo masculino de ter gengiva com padrão fino.

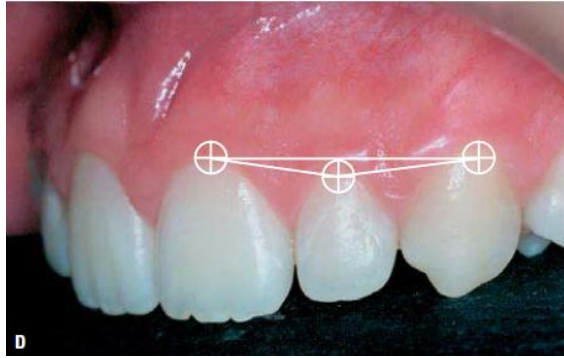


Figura 3. Contorno da margem gengival. Margem gengival do ICS na mesma direção do canino, e ligeiramente mais abaixo no incisivo lateral. Zênite levemente deslocado para a distal dos ICS e caninos, e alinhado ao longo eixo dos ILS. Fonte: Estética em ortodontia: Diagrama de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF).

2.3 ESTÉTICA BRANCA

2.3.1 Dentes Anterossuperiores

Os incisivos centrais superiores são os dentes mais notórios ao sorrir, fundamentais para harmonia estética (10). Os incisivos centrais superiores são maiores que os demais dentes, os incisivos laterais são frequentemente mais curtos do que os incisivos centrais e ambos tem formato trapezoidal (10,13,15). Os caninos são dentes robustos, mais longos e mais estáveis, responsáveis pela curvatura do sorriso, dando início à paralaxe do corredor bucal. A coroa de um incisivo central mede, em média, 10 a 11mm de altura, e o incisivo lateral normalmente é 1 a 1,5mm mais curto que o central (15). Estudo feito por Chander et al, em 2016 (18) mediu a distância do zênite à linha incisal dos dentes anterossuperiores tendo o incisivo central superior uma média de 9,9 de

altura, o incisivo lateral superior 8,4, e o canino 8,7 de altura (18). Além de tamanho e forma, outro ponto muito importante é a cor do dente, que muitas vezes é o ponto de maior exigência por parte dos pacientes.

Discrepância unilateral no comprimento da coroa em incisivos centrais se tornam não atraentes com 1,5 mm para leigos, entretanto, para dentistas é a partir de 0,5mm. Quando essa alteração se torna bilateral, é mais aceitável esteticamente (19). Portanto, incisivos com desgastes nas incisais são consideradas antiestético. Sorrisos simétricos são considerados mais atraentes (20). Diferenças na largura de incisivos superiores, são consideradas pouco atraentes quando a diferença é maior ou igual a 2,0mm (13).

2.3.2 Proporção e simetria

Existem algumas maneiras matemáticas de encontrar proporções ideais para os incisivos centrais, laterais e caninos. Há aquelas que incluem altura do indivíduo, rosto e a dentição, para obter uma proporção adequada, essa chamada de Proporção RED, descrita por Ward DH, em 2015 (21). Outra, que usa apenas altura e largura dos dentes, chamada de Proporção áurea que é encontrada a partir da dimensão mesiodistal dos incisivos centrais, laterais e caninos, sendo a distância incisocervical correspondendo a 100% (7,22). A proporção áurea trabalha em uma relação visual restringindo se a média na largura visual dos dentes anterossuperiores em 62%, que corresponde a proporção de 1,618 para incisivo central, 1 para incisivo lateral e 0,618 para canino (10,15).

Os incisivos centrais devem ser dominantes, estes em proporções com valores entre 75% e 85%, são considerados mais estéticos (23). A utilização destes tipos de proporções como guias em tratamentos que buscam estética e harmonia são necessários, pois servirá para direcionar o plano de tratamento (22).

Dentes homólogos devem ser simétricos, ou seja, na mesma proporção (10). Proporção de 75% no incisivo central, quer dizer que os centrais são mais longos sendo mais característico do sexo feminino e, em proporções com 85%, os centrais serão mais largos, sendo mais característico do sexo masculino (11,23). O incisivo central superior mais longo, é preferível pelas mulheres, pois está associado à jovialidade, beleza e sensualidade (11). Para Wolfart et al, em 2005 (23) índices de largura e altura dos incisivos centrais superiores com proporções entre 75 e 85% para leigos, e de 75 e 80% para dentistas, alcançou o nível máximo estético atrativo. (Fig. 4)

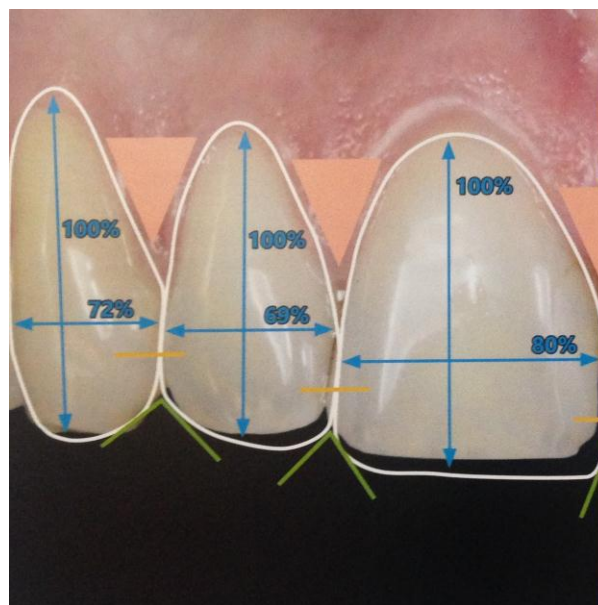


Figura 4. Proporção dentária; Dimensões méso-distais em relação às inciso-cervicais. Altura correspondendo a 100%, largura é a proporção encontrada. Fonte: Odontologia estética

2.3.3 Espaços anterossuperiores

Em uma vista frontal pode ser observado o alinhamento dos dentes anterossuperiores (4). Estes devem formar o ponto de contato, não havendo espaços significativos. O contato interdentário deve ser mais cervicalmente entre caninos e incisivos laterais, na região média, entre incisivos laterais e incisivos centrais, e da mesma forma, os pontos de contato entre os incisivos centrais (10,19). Estudo realizado por Kokich et al, em 2006 (13) mostra que diastemas comprometem bastante a estética do sorriso, e que espaços entre 1,0 e 1,5 mm tornam-se pouco atraentes.

Estudo realizado por Ma et al, em 2014 (24) mostra que dentes desalinhados ou apinhados são visíveis, sendo não atraente. As irregularidades de um incisivo central superior é mais visível que no incisivo lateral, e se torna maior quando essa diferença é unilateral.

2.3.4 Linha média e angulação

A linha média dentária nem sempre irá coincidir com a linha média facial, da mesma forma que as linhas médias dentárias superior e inferior não necessariamente coincidem. Entretanto, para se tornar harmônico é necessário que essas linhas se coincidam, o que requer também posicionamento dentário (25). O desvio da linha média dentária é considerado antiestético para ortodontistas a partir de 2mm (25), e para leigos é perceptível a partir de 3mm (13) ou 4mm (25) de desvio.

Para Yang et al, em 2015 (26) é necessária a avaliação da angulação mesiodistal ao longo eixo dos dentes anterossuperiores para análise da estética e harmonia facial, onde um pequeno grau de angulação não prejudica a estética. Angulação axial dos incisivos centrais superiores é considerada antiestética com 5 graus para ortodontistas, e para leigos a partir de 10 graus (25). Sugere-se que desvio de linha média a partir de 2mm e alguma mudança na angulação dos dentes devem ser tratadas a fim de melhorar a estética (11,15).

2.3.5 Linha incisal

A linha incisal é o seguimento das bordas dos dentes anterossuperiores que dá forma ao sorriso. Arcos paralelos ao lábio inferior resulta em um sorriso harmônico (7). Pode ser classificada em convexa, reta ou côncava (4,7). O ideal, é que as bordas incisais dos incisivos centrais se localizem mais abaixo dos incisivos laterais e dos caninos. Desta forma, o desenho se torna um arco convexo, este tipo de sorriso dá um aspecto de jovialidade. Entretanto, alterações na posição das bordas incisais podem modificar o desenho do sorriso. O posicionamento das bordas incisais dos incisivos centrais na mesma direção das bordas dos incisivos laterais e caninos, o desenho do sorriso se torna reto. No sorriso invertido as bordas incisais ficam acima do plano incisal dos demais dentes, formando uma linha côncava. Neste último, o sorriso se torna antiestético, com aparência de envelhecimento. É normal que em paciente mais idosos ocorra a menor exposição dos incisivos superiores e maior exposição dos incisivos inferiores (4). (Fig.5)



Figura 5. A. Arco reto; B. Arco côncavo ou invertido; C. Arco convexo.
Fonte: Odontologia estética

2.4 Corredor bucal

Corredor bucal, também chamado de espaço negativo, constitui o espaço bilateral existente que aparece durante o sorriso, entre as superfícies vestibulares dos dentes posteriores e a mucosa interna dos tecidos moles que formam a comissura labial (11,22,15). Existem três tipos de corredores bucais: Intermediários ou normais, acompanhados por arcos com dimensões transversais intermediárias. O corredor bucal amplo, normalmente acompanhado por arco dental estreito, e corredores bucais ausentes ou inexistentes, quando associados a arcos dentais bastante amplos transversalmente (12). (Fig.6).

Pesquisa feita por Nascimento DC et al, em 2012 (12) mostra que corredores intermediários são mais estéticos quando comparados aos amplos e estreitos. Os corredores bucais amplos são os mais antiestéticos.

Estudo feito por Barco et al, em 2015 (27) analisou imagens intencionalmente manipuladas para avaliar o nível de percepção do corredor bucal e de exposição gengival por parte de dentista e pessoas em geral. Obtiveram como resultado exposição de 0mm e corredor bucal intermediário como mais atraente para dentistas, enquanto exposição de 0mm e corredor bucal estreito foi preferível pelas pessoas em geral. Tendo o sorriso com

exposição de 4mm e corredor bucal amplo como o mais desagradável esteticamente.



Figura 6. Corredor bucal: B. Amplo; C. Normal; D. Ausente ou inexistente.
Fonte: 10 Commandments of smile esthetics.

3.DISSCUSSÃO

A identificação da beleza está relacionada a uma sensação agradável, de prazer diante de algo. O julgamento do belo é próprio de cada indivíduo, sendo estabelecidos a partir de experiências pessoais, sociedade que esse indivíduo se insere, e por meio de mídias sociais (28). Ultimamente a odontologia estética vem sendo amplamente discutida sobre o que é ou não considerado estético, no entanto, não existe uma regra exata para se chegar a essa questão, o que existe são parâmetros que podem ser utilizados para a avaliação da condição bucal de cada paciente (28).

Em diversas pesquisas que foram observadas a avaliação do sorriso a cerca da estética e harmonia, concluiu-se que dentistas e leigos tem visões criteriosas próximas, se tratando da análise do sorriso. Mostrando que as pessoas, em geral, têm senso crítico, e mesmo não tendo conhecimentos específicos na área, tem grande percepção sobre o assunto (25).

O sorriso considerado mais estético é aquele que expõe por completo a coroa dos dentes aparecendo somente 1mm de tecido gengival (8), entretanto, essa exposição gengival pode ser aceitável com até 3.0 mm. Exposições maiores que estes valores são considerados antiestéticos (5,11). Proporções dentárias podem ser usadas como medidas de referência para diagnósticos individualizados (29). O incisivo deve ter proporções entre 75% a 85%, para ser considerado estético (23), contudo, há autores que sugerem que aumentando a largura do incisivo central superior em 1mm, melhora a atratividade do sorriso (30). Porém, nem todos os dentes vão seguir essa proporção exata, e ainda assim não vão deixar de ser considerados estéticos (22). Não é o bastante avaliar a proporção dentária isoladamente, seguir parâmetros numéricos que

definem um sorriso ideal. Este para se tornar estético deve harmonizar-se com o restante do rosto e sua composição (7,31).

Em estudo feito por Menezes et al, em 2017, as margens dos incisivos centrais coincidindo com as margens gengivais do canino ou 0,5 a 1mm abaixo, o sorriso é considerado muito atraente. No entanto, se as margens gengivais dos incisivos centrais forem, mesmo ligeiramente acima dos caninos, 0,5 a 1mm, o sorriso é considerado desinteressante (14).

Em estudo feito por Kokich et al, em 2006, afirmou que discrepâncias unilaterais em papilas são pouco percebidas, concluindo que as papilas com alterações na estética não tenham tanta desvantagem quando observado pelo público em geral. As alturas bilaterais das papilas provavelmente não são um ponto crítico na percepção estética (13). Existem diversos estudos publicados sobre a papila interdental e o zênite gengival envolvendo a estética. No entanto, apesar da importância da papila interdental e do zênite gengival na análise do sorriso, pequeno impacto é visto nesses estudos (5,10).

O corredor bucal é um ponto controverso na literatura, já que vários trabalhos mostram que não há relevância estética, entretanto, outros trabalhos afirmam que a estética é afetada a depender do tipo de corredor bucal. Este, deve ser analisado como qualquer outro aspecto no sorriso, e no ponto de vista estético, tem relevância, pois existem vários estudos que evidenciam esse efeito (27).

Existem vários fatores determinantes para a estética do sorriso, entre eles o sexo, país, raça e a cultura podem influenciar no julgamento estético (30). Por isso é interessante que o dentista conheça o paciente, apresente planejamento, podendo ser enceramento diagnóstico, mock up, DSD, e saiba

de sua opinião antes de intervir. Além disso, é necessário que o cirurgião-dentista identifique as características da face e do sorriso que podem ser alteradas ou não com tratamento, conservando estruturas e aperfeiçoando aquelas que dão agradabilidade (20).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os achados do presente estudo, o sorriso que mais se aproxima do ideal é aquele que apresenta:

- O terço inferior da face com altura proporcional ao terço superior e médio;

- Sorriso expondo de 1 a 3mm de tecido gengival;

- Linha do sorriso média;

- Margens gengivais dos caninos na mesma direção das margens dos incisivos centrais, enquanto nos incisivos laterais devem estar ligeiramente mais abaixo. Zênite deve estar deslocado levemente para a distal do incisivo central e canino, e ao longo eixo no incisivo lateral;

- Dentes homólogos do mesmo tamanho, ter a mesma forma, mesma cor, sem diastemas e incisivos com proporções entre 75% a 85%;

- Bordas incisais formando um arco convexo, sendo as bordas incisais dos incisivos centrais superiores maiores que as bordas do incisivos laterais e canino;

- Corredores bucais intermediários.

REFERÊNCIAS

1. Mondelli, J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. Ed. Quintessence; São Paulo, 2003; 546p.
2. Costa LAL, Fernandes GO, Kanazawa LS, Miranda JG, Pretti H. Análise facial: Uma revisão de literatura. J Bras ortodon ortop facial. 2004; 9(50): 171-6.
3. Câmara CA. Estética em Ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso. Dental press J. Orthod. 2010; 15(1):118-31.
4. Câmara CA. Estética em ortodontia: Diagrama de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF). Dental Press J. Orthod. 2006; 130-56.
5. Suzuki L, Machado AW, Bittencourt MAV. An evolution of the influence of gingival display level in the smile esthetics. Dental Press J Orthod. 2011;16(5): 1-10.
6. Kao CMS, Rodrigues DD, Araújo CSA, Salomão FM. Visagismo na odontologia: A personalização do sorriso. Rev Odonto de Araçatuba. 2014; 35 (2):67-70.
7. Miyashita E, Oliveira GG. Harmonização do sorriso. In: Francci CE, Saavedra GSFA, Nishida AC, Luz JN. Odontologia estética. São Paulo: Napoleão; 2014.p. 25-61.
8. Scarso Filho J, Barreto MA, Tunes UR. Fundamentos e base. In: Scarso Filho J, Barreto MA, Tunes UR. Planejamento estético cirúrgico e protético em implantodontia. (1). São Paulo: Artes médicas; 2001.p. 3-31.
9. Pithon MM, Santos AM, Andrade ACDV, Santos EM, Couto FS, Coqueiro RS. Perception of the esthetics impact of gingival smile on laypersons, dental professionals, and dental students. Oral surg oral med oral pathol oral radiol. 2013 April; 115(4):448-54.
10. Marson FC, Favaretto F, Oliveira e Silva C, Michida SMA, Lolli LF, Corrêa G. Análise da inter-relação entre estética periodontal e dentária. Rev Dental Press Estét. 2012 abr-jun;9(2):58-68.

11. Machado AW. 10 Commandments of smile esthetics. *Dental Press J Orthod.* 2014 July-Aug; 19(4):136-57.
12. Nascimento DC, Santos ER, Machado AWL, Bittencourt MAV. Influence of buccal corridor dimension on smile esthetics. *Dental Press J Orthod.* 2012 Sept-Oct;17(5):145-50.
13. Kokich VO, Kokich VG, Kiyak HA. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: asymmetric and symmetric situations. *Am J Orthod Dento-facial Orthop,* 2006 Jan; 130(2):141-51.
14. Menezes EBC, Bittencourt MAV, Machado AW. Do different vertical positions of maxillary central incisors influence smile esthetics perception? *Dental Press J Orthod.* 2017 Mar-Apr; 22(2):95-105.
15. Gomes ACR. Pérolas: O colar artístico da morfologia. Berlin: Quintessence publishing; 2017.p.188-339.
16. Correa BD, Bittencourt MAV, Machado AW. Influence of maxillary canine gingival margin asymmetries on the perception of smile esthetics among orthodontists and laypersons. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014;145: 55-63
17. Zawawi KH, Zahrani MSA. Gingival biotype in relation to incisors' inclination and position. *Saudi Med J* 2014; 35 (11): 1378-83.
18. Chander GN, Damodaran A, Balasubramaniam M. Evaluation of proportion between incisal edge to gingival zenith distance and interdental papilla in maxillary anterior dentition of indian population. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2016 Mar; 10(3): 40-2.
19. Sharma AA, Park JH. Esthetic Considerations in Interdental Papilla: Remediation and Regeneration. *Journal Compilation.* 2010;1(22): 18-28.
20. Machado AW, Moon W, Gordini LG. Influence of maxillary incisor edge asymmetries on the perception of smile esthetics among orthodontists and laypersons. *Am J Orthod Dentofacial orthop,* 2013; 143:658-64.
21. Ward DH. Proportional smile design using the recurring esthetic dental proportion to correlate the widths and lengths of the maxillary anterior teeth with the size of the face. *Dent Clin N Am,* 2015; 59:623-38.

22. Siqueira PM, Nahsan FPS, Naufel FS, Formighieri LA, Schimitt VL. Incidência da proporção áurea regressiva após tratamento ortodôntico. Rev Odontol Bras Central, 2012; 21(56):515-18.
23. Wolfart S, Thormann H, Freitag S, Kern M. Assessment of dental appearance following changes in incisor proportions. Eur J Oral Sci 2005; 113: 159–65.
24. Ma W, Preston B, Asai Y, Guan H, Guane G. Perceptions of dental professionals and laypeople to altered maxillary incisor crowding. American J. of Orthod. and Dentofacial Orthopedics. 2014 November; 5(146):579-86.
25. Normando ADC, Azevedo LA, Paixão PN. Quanto de desvio da linha média dentária superior ortodontistas e leigos conseguem perceber? R Dental Press Ort. Maringá, 2009 mar./abr;14(2):73-80.
26. Yang S, Guo Y, Yang X, Zhang F, Wang J, Qiu J, Li J. Effect of mesiodistal angulation of the maxillary central incisors on esthetic perceptions of the smile in the frontal view. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2015;148: 396-404.
27. Barco KRE, Villasis KR, Durán CL. Influencia del corredor bucal y la exposición gingival en la percepción estética de la sonrisa. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun;25(2): 133-44.
28. Reis SAB, Abrão J, Capelozza Filho I, Claro CAA. Análise facial subjetiva. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2006; 5(11): 159-72.
29. Gallão S, Ortolani CLF, Santos-Pinto A, Santos-Pinto L, Faltin Júnior K. Photographic analysis of symmetry and aesthetic proportion of the anterior teeth. Rev Inst Ciênc Saúde 2009;27(4):400-4.
30. Sadrhaghghi AH, Zarghami A, Sadrhaghghi S , Mohammadi A, Eskandarinezhad M. Esthetic preferences of laypersons of different cultures and races with regard to smile attractiveness. Indian J Dent Res 2017; 28:156-61.
31. Saha MK, Khatri M, Saha SG, Dubey S, Saxena D, Vijaywargiya N, et al. Perception of acceptable range of smiles by specialists, general dentists and lay persons and evaluation of different aesthetic paradigms. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017 Feb;11(2): 25-8

32. Ghaleb N, Bouserhal J, Nassif NB. Aesthetic evaluation of profile incisor inclination. *European J of Orthod.* 2010; 33:228-35.

33. Reis SAB, Abrão J, Claro CCA, Capelozza Filho L. Avaliação dos fatores determinantes da estética do perfil facial. *Dental Press J Orthod.* 2011 Jan-Feb; 16(1):57-67.

34. Costa APC, Leite DFBM, Farias IAP, Silva FDSCM, Freitas CTS, Carvalho LGA. Análise da dimensão do incisivo central, forma facial e o tipo do sorriso. *Saluvita*, 2017;36(1):35-45.

35. Perovic T. The influence of class II division 2 malocclusions on the harmony of the human face profile. *Med Sci Monit*, 2017; 23: 5589-98.

36. Rodrigues CDT, Magnani R, Machado MSC, Oliveira OBJ. The perception of smile attractiveness. *Orthodontist.* 2009; 79 (4): 634-8.

.

ANEXO 1- Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.
- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo
Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93. Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell->

synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91. Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>. Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORAL