

Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS
SOBRE A ABORDAGEM *FULL FACE* EM ODONTOLOGIA**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert
Einstein para a obtenção do título de Mestre em
Ensino em Saúde.

São Paulo

2023

Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS
SOBRE A ABORDAGEM *FULL FACE* EM ODONTOLOGIA**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert
Einstein para a obtenção do título de Mestre em
Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane de Amorim
Almeida

São Paulo

2023

Balboa, Ana Paula Tanko de Vasconcellos

Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a abordagem full face em odontologia / Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa -- São Paulo, 2023.
xi, 96 f, il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Knowledge of dental surgeons about the full face approach in dentistry.*

1. Deformidades Dentofaciais. 2. Estética Dentária. 3. Face. 4. Inquéritos e Questionários. 5. Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenadora do curso de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Ensino e Saúde:
Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida

Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS
SOBRE A ABORDAGEM *FULL FACE* EM ODONTOLOGIA**

Presidente da Banca: Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares

Dr. Melchiades Alves de Oliveira Júnior

Dra. Fernanda de Paula Eduardo

Membros suplentes

Dr. Rogério Adib Kairalla

Dra. Julia Kawagoe

Data de aprovação: 27/11/2023.

Dedicatória

A DEUS por ter me proporcionado o privilégio da vida e por estar sempre me amando e me protegendo.

Aos meus pais, José Armando (*in memoriam*) e Neuza, por terem me aceitado em suas vidas e por terem me dado condições e estrutura para que eu pudesse escolher a Odontologia como carreira profissional.

Aos meus irmãos, Ricardo e Renata, pelo constante estímulo.

Ao meu esposo Pedro e ao meu filho Ramón, pelas horas que deixei de dedicá-los para que este trabalho fosse possível.

Aos meus animais de estimação, Luke, Puppy (*in memoriam*) e Bravo, pelas horas que me dedicaram para que este trabalho fosse possível.

Aos meus ancestrais, aos amigos, aos professores e a todos que, de certa forma contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Agradecimentos

Agradeço à orientadora, Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida, pela paciência, pela amizade e pelo carinho – e por acreditar em mim, apesar das intempéries, dos desafios e das dificuldades que ocorreram ao longo do mestrado.

Minha eterna gratidão à Profa. Dra. Elivane da Silva Victor pela análise estatística desta pesquisa e por ser a pessoa que me ajudou imensamente, sem nunca pedir nada em troca.

Agradeço à Profa. Dra. Rachel de Carvalho, pelas discussões científicas, e por compartilhar seu conhecimento comigo.

Agradecimento aos funcionários da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, em especial ao Samuel dos Santos e à Layane Ribeiro de Alencar, pela disponibilidade em ajudar.

Gratidão à Profa. Dra. Danielle Palacio, por fornecer sugestões valiosas para meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Melchiades Alves de Oliveira Júnior e ao Dr. Marcelo Schulman, por serem meus maiores referenciais profissionais, estando sempre disponíveis para me assessorar e amparar nos momentos mais difíceis de minha carreira profissional.

Ao Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo, em especial ao Prof. Dr. Rogério Adib Kairalla, pelas orientações e por tornar possível a realização do trabalho de campo desta pesquisa.

Agradeço aos colegas Dr. Pérsio Bianchini Mariani, Prof. Dr. Antônio Augusto Campanha, Dr. Marcos Cesar Pitta, Profa. Dra. Claudia Toyama Hino, Prof. Dr. Marco Antonio Rocco, Prof. Dr. Marcelo Jassogne Viola, Dr. Alberto Lima Jammal, Prof. Dr. Luciano Artioli Moreira, Dra. Silmara Papa Pellizoni e Dra. Valeria Borges Valerio Isber, por colaborarem com meu crescimento profissional.

E, por fim, gostaria de agradecer a todos os cirurgiões-dentistas que se dispuseram a participar desta pesquisa, pois colaboraram com entendimentos e reflexões para a evolução dessa profissão maravilhosa e nobre – que é a odontologia.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de abreviaturas	viii
Resumo	ix
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO	5
2.1 Beleza e estética	5
2.2 Características da face humana	6
2.3 Desordens dentofaciais	9
2.4 Modalidades de tratamento das desordens dentofaciais.....	21
2.5 Odontologia e a face	32
3 MÉTODOS	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Local do estudo	35
3.3 População e amostra.....	36
3.4 Operacionalização da coleta de dados.....	37
3.5 Processamento e análise dos dados.....	40
3.6 Procedimentos ético-legais.....	41
4 RESULTADOS	43
4.1 Artigo submetido 1	43
4.2 Artigo submetido 2.....	67
5 DISCUSSÃO	85
6 CONCLUSÕES	88
7 ANEXOS.....	89
8 REFERÊNCIAS	91
Abstract	
Apêndices	

Lista de abreviaturas

AFAI	Altura facial anterior inferior
AH	Ácido hialurônico
AIDS	Acquire immunodeficiency syndrome
ATM	Articulação temporomandibular
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
CAB	Corpo adiposo bucal
CCAIE	Centro de Ciências Aplicadas e Educação
CD	Cirurgião-dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CROSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
CTBMF	Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial
CVR	Razão de validade de conteúdo
DDF	Desordens dentofaciais
DNA	Ácido desoxirribonucleico
ERMAC	Expansão rápida da maxila assistida cirurgicamente
FDA	Food and Drug Administration
FICSAE	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HOF	Harmonização orofacial
IVC	Índice de validade de conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System online</i>
OFM	Ortopedia funcional dos maxilares
PDO	Polidioxanona
PMMA	Polimetilmetacrilato
SAHOS	Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SGPP	Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resumo

Introdução: Numa busca ditatorial e incessante ao padrão ideal de beleza imposto pela mídia e redes sociais, iniciou-se uma disputa de mercado entre várias classes profissionais que atuam sobre a estética facial. Com o reconhecimento da harmonização orofacial como especialidade da odontologia, vários questionamentos vêm sendo feitos sobre a atuação do cirurgião-dentista sobre o diagnóstico e o tratamento estético-funcional da face – a abordagem *full face*. **Objetivos:** Verificar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o tratamento morfofuncional da face; elaborar e validar um questionário para avaliar esse conhecimento; propor um modelo de curso de atualização para os cirurgiões-dentistas sobre esse tipo de tratamento. **Métodos:** Pesquisa de campo constituída de duas etapas: estudo metodológico e estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa. A amostra constituiu-se de um comitê de juízes e cirurgiões-dentistas ativos e registrados no Conselho Federal de Odontologia em 2023. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário de avaliação de conhecimento – disponibilizado pela plataforma *Google Forms* a 696 cirurgiões-dentistas, após ser validado por 11 juízes e submetido a teste piloto com outros 24 cirurgiões-dentistas – como representantes da população-alvo. A pesquisa respeita os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram analisados por meio de análises estatísticas descritivas e inferenciais. **Resultados:** O questionário final, contendo 20 questões, mostrou excelente concordância entre juízes após a 3ª. rodada (coeficiente de concordância AC2 de *Gwet* de 0,974, com IC95% entre 0,957 e 0,992 e valor- $p < 0,001$), com índice de validade de conteúdo, acima de 0,90 (90%) e razão de validade de conteúdo acima de 0,80 (80%). O teste piloto revelou que o questionário era compreensível em relação a todos os seus itens. Dos 696 cirurgiões-dentistas que responderam ao questionário, a maioria era do sexo feminino (68%), com idade entre 22 e 93 anos, graduados entre 1938 e 2024, sendo a especialização a titulação mais frequente (55,3%). Quanto ao conhecimento dos respondentes sobre a abordagem morfofuncional da face, a média de assertividade foi de 72,3%, evidenciando lacunas de conhecimento quanto à cirurgia de bichectomia e ao preparo ortodôntico descompensatório preparatório para a cirurgia ortognática. Os cirurgiões-dentistas sem pós-graduação foram os que manifestaram maior interesse em atualizar os conhecimentos sobre harmonização orofacial (69,6%), com escores de

assertividade inferiores para todas as questões, em relação aos demais profissionais pós-graduados. Uma proposta de curso de atualização sobre o tema é apresentada, contendo 10 módulos e carga total de 60 horas. **Conclusões:** Os resultados revelaram que os cirurgiões-dentistas possuem conhecimento satisfatório em relação ao aspecto morfofuncional da face, ao contrário do que se divulga na mídia. Verifica-se, ainda, o interesse desses profissionais em buscar atualização sobre o assunto após a graduação.

Descritores: Deformidades Dentofaciais; Estética Dentária; Face; Inquéritos e Questionários; Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

Disposição legal

Trabalho apresentado sob a forma de artigo científico, com a obrigatoriedade de publicação em revista indexada e classificada pela CAPES no extrato mínimo B1 ou superior.

Sua disponibilidade integral, em repositório institucional, ocorrerá, mediante a sua publicação.

1 INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo atual é caracterizado pela influência da mídia e das redes sociais sobre o comportamento humano. A Era Digital, com o protagonismo da internet, ganhou amplo espaço na sociedade, gerando impactos psíquicos negativos sobre a autoestima e também autodepreciação, com a supervalorização da estética e da cultura do narcisismo – advindos desse contexto.⁽¹⁾

A pressão de uma opinião coletiva uniforme vai moldando as opiniões dos indivíduos, que vão aderindo aos poucos à opinião de massa. Os anúncios publicitários, as revistas, as propagandas e os outros meios de comunicação também vão interferindo sobre a moda, contribuindo significativamente para que ocorra uma busca incessante e ditatorial pelos padrões estéticos utópicos de beleza apresentados no mundo virtual – evidenciando a fragilidade e a superficialidade das relações da sociedade atual.⁽²⁾

Esses processos interativos fantasiosos são técnicas propositais, da indústria de cosméticos, para dar vida e realidade à ficção que move a sociedade pelo culto à beleza, supervalorizando estereótipos pelo exagero de certas características corporais e faciais,^(2,3) levando ao aquecimento do mercado global da medicina estética – avaliado, segundo o relatório da *Aesthetic Medicine Market Size & Growth*, em US\$ 99.1 bilhões, em 2021, no qual os procedimentos minimamente invasivos tiveram participação superior a 50%, de acordo com a estimativa da empresa norte-americana *Grand View Research*, com expectativa de crescimento em cerca de 12 a 14% ao ano.⁽⁴⁾

Nesse contexto, a odontologia também foi impactada, havendo aumento da procura por procedimentos que viabilizam soluções imediatistas e exageradas para a estética dentária, como o desgaste de dentes naturais e hígidos para serem substituídos por lentes de cerâmica, de alto custo, modificando sua forma e sua coloração, abdicando muitas vezes da própria saúde e naturalidade do sorriso original.

Assim como na estética dentária, o mesmo fenômeno vem ocorrendo também quanto à estética facial, uma vez que os modismos e os exageros de apelo midiático,⁽²⁾ levam à procura de procedimentos de harmonização orofacial (HOF) capazes de modificar a aparência da face – estando frequentemente correlacionados a pacientes com transtornos dismórficos. Como consequência desse transtorno

psiquiátrico, poderão ocorrer resultados cosméticos exagerados ou, ainda, mais gravemente, gerar deformidades, muitas vezes irreversíveis sobre a face.⁽⁵⁾

A HOF foi reconhecida, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), como especialidade em 29 de janeiro de 2019, pela Resolução nº. 198, definindo-a como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista (CD), em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face de forma integral – ou seja, dos dentes, do sorriso e da face, de acordo com a ética e a legalidade.⁽⁶⁾

A HOF tem por objetivo primário conduzir o posicionamento de todos os demais tecidos moles que compõem a face, adequando-os às estruturas dentárias e esqueléticas, com a finalidade de promover longevidade e saúde ao periodonto e às estruturas dentárias, além do refinamento e da finalização estética – dos dentes e gengivas – aos lábios e ao sorriso,^(7,8) levando o paciente à sua normalidade fisiológica, com resultados estéticos mais naturais, estáveis e individualizados.^(6,9)

Em decorrência do aumento desse mercado consumidor, vários CD têm realizado procedimentos estéticos minimamente invasivos em sua prática clínica, sendo que muitos deles possuem carência de conhecimento técnico e de formação profissional. Por tratar-se de uma especialidade nova, a HOF ainda não se encontra na grade curricular da graduação em odontologia e muitos cursos de aperfeiçoamento são voltados ao transoperatório, ou seja, à habilidade e à aplicabilidade técnica do procedimento, com uma lacuna de conhecimento quanto ao pré e ao pós-procedimento (anatomia, diagnóstico e tratamento das intercorrências).

Este fator limitador, em referência à HOF, está relacionado ao desenvolvimento deste estudo para subsidiar a capacidade técnica e a habilidade manual do CD para a realização dos procedimentos de HOF, além de verificar sua habilidade em diagnosticar as desordens dentofaciais (DDF), cuja interferência na fisiologia do sistema estomatognático torna necessária uma abordagem multidisciplinar, por meio da interação de diversas especialidades da odontologia, exigindo que o CD tenha capacidade de análise objetiva e realista – tanto do sorriso quanto da face do paciente.⁽⁷⁻¹¹⁾

A Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, permite que o CD prescreva e aplique na prática, especialidades farmacêuticas indicadas em odontologia, de uso

interno e externo, além de praticar conhecimentos adquiridos em cursos regulares e de pós-graduação, sem sujeição ao Ato Médico.

Com base nesse raciocínio, a HOF praticada por CD não especialistas parece ter legalidade, uma vez que qualquer ato derivados de conhecimentos adquiridos em graduação ou pós-graduação é permitida pela lei supracitada, apesar da HOF ainda não estar incluída no currículo dos cursos universitários de odontologia.

Exatamente do mesmo modo que aconteceu com a ortodontia, na década de 1990, essa permissão se torna um problema quando a mídia alerta sobre pessoas vítimas de tratamentos de HOF realizados por profissionais sem especialização, sem o preparo científico necessário, dando margem à classe médica a fazer insistentes questionamentos quanto à competência do CD, alegando ter a odontologia expandido sua área de atuação profissional para além dos limites legais em sua abordagem facial.⁽¹²⁾

Desse modo, a ocorrência de iatrogenias causadas pela má condução dos tratamentos minimamente invasivos – constituindo danos à integridade psíquica e física das vítimas – além do conflito existente no ordenamento jurídico brasileiro, no que diz respeito à prática do CD não especialista, motivaram a realização desta pesquisa, para verificar se realmente há carência de conhecimento por parte do CD em relação ao tratamento funcional e estético, abrangendo a face de forma completa – a abordagem *full face* em odontologia.^(11,12)

O fato é que esse tipo de abordagem é mais complexo e abrangente, exigindo que o profissional tenha conhecimento sobre crescimento, desenvolvimento, anatomia e fisiologia do sistema estomatognático e de todo o complexo craniofacial, além das consequências que as alterações de normalidade possam provocar sobre a fisiologia normal.

Conhecer a influência do aspecto fisiológico sobre a estética facial, é fundamental ao CD, pois muitas vezes os procedimentos de HOF são indicados erroneamente, em pacientes com DDF, que necessitam de uma abordagem funcional prévia, por meio de um tratamento ortodôntico descompensatório combinado com uma cirurgia ortognática – situações nas quais os procedimentos de HOF podem serem empreendidos como uma complementação de resultados estéticos para sua finalização.⁽¹³⁾

Após uma busca em artigos na literatura, surgiu a ideia de se elaborar um instrumento de pesquisa original e inédito – com questões de múltipla escolha, a serem respondidas de forma simples e rápida – que fosse capaz de investigar o conhecimento dos dentistas, nas fases de pré, trans e pós-operatório, em atuar sobre a estética e a funcionalidade do sistema estomatognático.

Os resultados desta pesquisa podem beneficiar as práticas odontológicas, promovendo maior segurança no contexto legal da prática clínica dos CD na utilização de procedimentos e técnicas da HOF, como rotina de finalização nos tratamentos de reabilitação dentária, além da possibilidade em identificar lacunas de conhecimento que ajudem a elaborar projetos de um curso de atualização que possam suprir essa possível necessidade, revertendo em mais segurança para se fazer uma boa intervenção.

1.1 Objetivos

1. Verificar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o tratamento funcional e estético da face de forma completa;
2. Elaborar e validar um instrumento para avaliar o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o tratamento funcional e estético da face de forma completa;
3. Propor um modelo de curso de atualização para cirurgiões-dentistas, sobre o tratamento funcional e estético da face de forma integral, a partir da identificação de lacunas de conhecimento identificadas junto a esses profissionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Beleza e estética

Existe um enigma acerca da beleza facial, para se perceber uma face como bonita enquanto outra possa ser vista como feia. A estética é o estudo da beleza; a etimologia da palavra “estética” vem do grego “*aisthesis*”, que significa “percepção”, “sensação”, “sensibilidade”. Ao longo da história, a filosofia tem estudado como o ser humano é influenciado pela estética, seja em ela por meio da natureza ou por obras de arte, ou pela vida em si.⁽¹⁴⁾

Na Idade Antiga, para *Platão* (427 a.C.-347 a.C.) e *Aristóteles* (384a.C.-322a.C.), por exemplo, a estética era vista como uma teoria para se referir ao belo, à beleza ou à arte. Na Idade Moderna, era pensada como a teoria do conhecimento sensível e da sensibilidade, por pensadores como *David Hume* (1711-1776) e *Immanuel Kant* (1724-1804), e como uma filosofia da arte, por *Friedrich Schiller* (1759-1805) e *Friedrich Hegel* (1770-1831).

Na Idade Contemporânea – e até os dias atuais –, os filósofos retomam o diálogo com outras áreas das ciências (antropologia, sociologia, psicologia, história, economia etc.) e com disciplinas filosóficas (linguagem, ética, política e hermenêutica). Nesse sentido, *Alexander Gottlieb Baumgarten* (1714-1762) define o termo “estética” como “uma combinação de qualidades prazerosas aos sentidos ou à mente”,⁽¹⁵⁾ enquanto em *Thomas Henry Huxley* (1825-1895), percebe-se a correlação com a força intuitiva, para diferenciar o belo do feio, desatrelando a beleza em relação à bondade humana.⁽¹⁶⁾ *Sigmund Freud* (1856-1939) descreveu duas definições de estética, representando uma dualidade do psicanalista a respeito do fenômeno estético relacionado à arte: um como agente causal de prazer e outro como causador de inquietação.⁽¹⁷⁾

Desse modo, constata-se que a estética está intrínseca na história da civilização humana, sendo que sempre foi uma das grandes angústias e preocupações psicológicas do ser humano, cujo desenvolvimento da consciência estética começa na infância e afeta drasticamente seus padrões de comportamento na vida.⁽¹⁸⁾

Devido aos conceitos estéticos impostos pela sociedade, a beleza facial representa uma das mais importantes dimensões da atração física, propiciando inúmeras vantagens interpessoais, profissionais e afetivas. Indivíduos facialmente atraentes tendem a ser menos solitários e depressivos, levam vantagem na seleção de vagas de emprego, sendo menos exigidos e responsabilizados e, preferencialmente, são utilizados como modelo para vender produtos e procedimentos médicos e odontológicos relacionados à beleza – mostrando que existe uma correlação entre o bem-estar psicossocial e a percepção da imagem corporal dos indivíduos.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Ao contrário, pessoas acometidas de DDF acabam sendo tratadas com menor benevolência no emprego,⁽²⁰⁾ enquanto sua autoimagem facial negativa pode comprometer mais seu desenvolvimento do que um defeito físico.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Indivíduos incapazes de se acomodar aos padrões da sociedade em que vivem acabam por buscar uma nova identidade para se sentirem aceitos, adotando padrões de comportamento antissocial exagerado, na vestimenta e na aparência corporal e facial, por meio de adornos, alargadores nas orelhas, *piercings*, joias, tatuagens etc.^(18,19)

2.2 Características da face humana

A face representa a mais importante dimensão da aparência física, de modo que certas características faciais humanas podem ser responsáveis por explicar seu grau de beleza ou de feiura, sendo que os fatores genéticos e as influências culturais são fundamentais nesse processo. A psicologia evolucionista percebe quatro fatores principais na escolha pelo parceiro potencial: proporção, simetria, jovialidade e atratividade, e dimorfismo sexual.⁽²¹⁻²³⁾

PROPORCIONALIDADE

A divisão imaginária da face em três terços faciais, na dimensão horizontal, e em quintos faciais, na dimensão vertical, é uma técnica de análise facial, sendo que, segundo a proporção áurea, devem ter medidas iguais.

O terço superior vai da raiz do cabelo até a glabella; o médio vai da linha da glabella até a linha subnasal (e engloba olhos, nariz, bochecha e orelhas); e o terço inferior vai da linha subnasal até o mento. Os dois quintos faciais laterais vão da hélice lateral de cada orelha até o canto distal de cada olho, os dois quintos

intermediários são medidos pela largura dos olhos, enquanto o quinto central é medido pela largura do nariz.⁽²¹⁾

A relação de proporção que existe entre as estruturas que compõem a face também deve ser analisada, observando-se uma frequência maior de proporções constantes nas faces consideradas mais belas. Nas DDF e durante o processo de envelhecimento facial, as estruturas vão sofrendo alterações em seu posicionamento e sua forma, que vão interferindo sobre a proporcionalidade da face.^(20,21)

SIMETRIA

É considerada como um aspecto importante na beleza e na atratividade e um bom sinal de qualidade fenotípica e capacidade do genoma do indivíduo em resistir a doenças e a influências ambientais sobre o desenvolvimento normal da face. Assimetrias suaves são consideradas essencialmente normais, causadas por pequenas perturbações aleatórias ocorridas durante o crescimento e o desenvolvimento. Assimetrias intensas indicam correlação genética negativa e podem prever a existência de algum distúrbio no desenvolvimento da face ou de alguma má oclusão,⁽¹⁷⁾ sendo amplamente estudadas no rosto e no corpo de humanos e animais.^(22,23)

JOVIALIDADE/ATRATIVIDADE

A atratividade da face tem relação com uma predileção por traços comuns à média em algumas características faciais – por denotar heterozigosidade, maximizando as preferências do parceiro sexual à aptidão de sobrevivência e à procriação da espécie – e depende dos níveis hormonais, sob a influência da percepção individual. Nas mulheres, a atratividade é um indicador de fertilidade e capacidade reprodutiva, sendo que o rosto é percebido mais atraente, pelos homens, durante o período da ovulação.⁽²¹⁾

Estrutura malar proeminente, testa alta, sobrancelhas arqueadas, olhos grandes, nariz pequeno, mandíbula delicada, e lábios cheios, definidos e na proporção áurea de 1 para 1,618 são traços morfológicos femininos que indicam atratividade, fertilidade e capacidade reprodutiva. Meios artificiais, como maquiagem e procedimentos minimamente invasivos, são utilizados pelas mulheres para acentuar essas características, aumentando seu potencial de sedução sexual para os homens.^(22,24,25)

Estrutura malar mediana, sobrancelhas baixas e planas, com protrusão do rebordo supraorbitário, olhos menores, nariz maior, mandíbula bem definida e proeminente, com queixo quadrado, e lábios ligeiramente mais finos e longos (principalmente o lábio superior) são características de aparência forte e masculina.

Atualmente, se tornou rotineiro o atendimento a pacientes transexuais, em casos de ressignificação de gênero, de modo a tornar homens mais femininos, e mulheres mais masculinizadas. Procedimentos para elevar a cauda das sobrancelhas, corrigir rugas periorbitais e da testa, volumizar a maçã do rosto e preencher o sulco nasolabial devem ser realizados somente em faces a serem feminilizadas.

A atratividade facial é um dos aspectos mais importantes da aparência física. No entanto, os desejos de beleza dos pacientes, que estão ligados a valores emocionais e culturais, nem sempre são alcançados clinicamente. O especialista em HOF deve priorizar a importância da melhoria da saúde, estabelecendo expectativas reais quanto aos benefícios dos procedimentos estéticos a serem realizados e seu impacto na harmonia facial.⁽²⁴⁻²⁶⁾

DIMORFISMO SEXUAL

Após o início da puberdade, os níveis hormonais circulantes se tornam muito mais pronunciados e dependentes da proporção de testosterona em relação ao estrogênio no corpo humano é de tal ordem, que regula a morfologia facial e corporal, diferenciando as características sexuais masculinas e femininas, primárias e secundárias, como a forma da região zigomática e mandibular, o formato do nariz e dos olhos, a voz etc.²⁴⁾

A testosterona biodisponível estimula o crescimento do esqueleto facial (mandíbula, malar, zigomático, rebordo supraorbitário etc.), sendo seu nível cerca de 20 a 30 vezes superior nos homens que nas mulheres. Esse hormônio sexual, estimula o aumento dos pelos faciais e de toda a musculatura, definindo um rosto maciço que transmite maior força física para competir e atrair parceiras sexuais, estando fortemente associado aos índices de qualidade do esperma.^(23,26)

Nas mulheres, o crescimento dessas regiões é inibido pelo estrógeno, que provoca a retenção de características faciais neotênicas – como os lábios grossos, a face redonda, o nariz pequeno e os olhos redondos – e leva ao aumento da espessura

dos lábios e à alteração da relação da proporção cintura-quadril, sugerindo fertilidade e capacidade de procriação.^(17,26)

Mais estudos deveriam ser realizados nesse sentido, pois pouco se sabe se de fato essas características faciais podem identificar benefícios genéticos hereditários indiretos e heterozigosidade, como resistência hereditária a doenças, longevidade e maior fertilidade. Porém, existe uma relação direta evidente entre a normalidade do desempenho funcional do sistema estomatognático e a atratividade e proporcionalidade da face.^(17,24,26)

A percepção do indivíduo quanto à sua aparência facial, ou qualquer DDF associada, afeta sua autoestima e sua qualidade de vida, justificando a procura por tratamentos corretivos cirúrgicos e por procedimentos minimamente invasivos. Existe uma variação individual na habilidade de se adaptar à desordem dentofacial, seja qual for o grau de sua severidade, de modo que pessoas com alterações faciais são frequentemente estereotipadas com base em sua aparência facial, podendo sofrer *bullying* ou serem vistas como menos inteligentes ou com déficit cognitivo.^(13,17,24,25)

2.3 Desordens dentofaciais

São os desequilíbrios das dimensões da aparência física de proporcionalidade e simetria da face já citados anteriormente nesta pesquisa, que irão interferir diretamente sobre sua oclusão dentária e sua aparência facial, afetando negativamente a atratividade da face do indivíduo.⁽¹⁶⁾

Esses desvios da normalidade podem ocorrer ao nascimento ou durante o crescimento e o desenvolvimento do esqueleto facial, podendo gerar problemas graves de má oclusão dentária e esquelética, que podem ocorrer de maneira isolada na maxila ou na mandíbula – ou conjuntamente em ambos.^(13,16)

As DDF são causadas por diferentes tipos de deformidades nos planos vertical, horizontal e transversal, como, por exemplo, a projeção ou a deficiência de mento, o prognatismo ou o retrognatismo mandibular, o excesso ou a diminuição vertical da maxila ou do mento, as microsomias hemifaciais e/ou as assimetrias faciais. Elas requerem tratamentos de ortodontia, ou tratamentos combinados de ortodontia e cirurgia ortognática, a fim de alcançar a harmonia facial, dentária, funcional e estética.⁽¹³⁾

A busca por um tratamento vai depender da percepção do indivíduo acerca de sua aparência facial, de sua habilidade de adaptação à deformidade facial, do grau de severidade e da influência sobre sua qualidade de vida – embora a angústia psicológica não seja proporcional à sua severidade. A maioria dos pacientes que busca o tratamento ortodôntico-cirúrgico possui DDF leves ou moderadas, com maiores transtornos psicológicos do que os acometidos de DDF severas, causadas por síndromes de malformação craniofacial ou trauma/doença facial severa.⁽¹³⁾

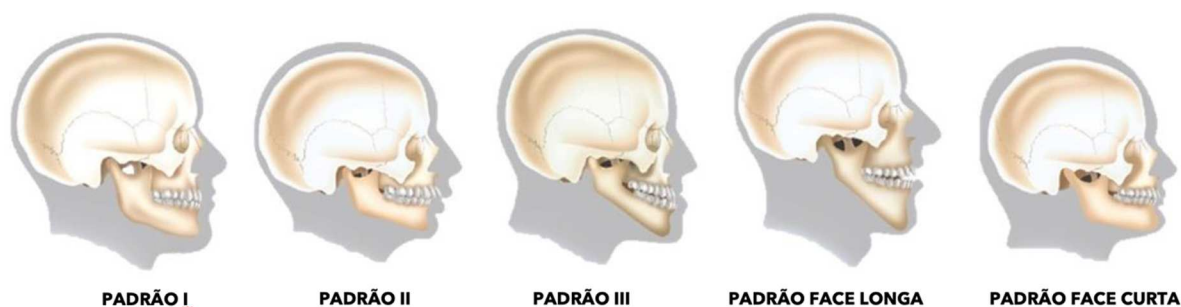
A aparência facial não deve ser subestimada, uma vez que é imprescindível para o funcionamento psicossocial normal e para a felicidade do indivíduo. Portadores de DDF constantemente sofrem de dismorfofobia não delirante e/ou *bullying*, sendo as mídias de imprensa, a televisão e as redes sociais as principais motivadoras da angústia psicológica dos indivíduos pela chamada “aparência perfeita ideal”, podendo se tornar reféns do estigma de imperfeição de sua aparência facial – o que pode levar à depressão, à fobia social, às drogas, aos distúrbios alimentares e ao transtorno obsessivo compulsivo.^(3,16)

Quanto ao impacto sobre a harmonia facial e a qualidade de vida, cabe ao profissional estabelecer expectativas realísticas, por meio dos procedimentos estéticos faciais, motivando o paciente quanto à prioridade da promoção de sua saúde. Procedimentos estéticos na odontologia têm o objetivo de devolver forma e função às estruturas bucais, harmonizando os dentes ao sorriso e à face como um todo, promovendo qualidade de vida e autoestima ao indivíduo.

Durante muitos anos, os portadores de DDF passaram a ser classificados e tratados ortodonticamente de acordo com suas más oclusões, referindo-se à parte dentária, não estando associada à causa da doença, que são as discrepâncias esqueléticas sagitais e/ou verticais.^(13,16,26)

Com essa preocupação, *Leopoldino Capellozza Filho* desenvolveu um sistema de classificação das desordens dentofaciais, em padrões faciais (Figura 1), baseado nos aspectos morfológicos da face, em vistas frontal e lateral, utilizando-se de medidas faciais para expressar a forma e a normalidade como principal recurso diagnóstico, considerando as limitações das medidas faciais para expressar a forma e a normalidade, permitindo considerar a etiologia da má oclusão e a gravidade da discrepância esquelética, propondo-se estabelecer protocolos de tratamento específicos para cada padrão facial de acordo com a faixa etária do seu portador.^(27,28)

Desse modo, a classificação dos indivíduos em padrão I, II ou III, face longa e face curta, pelos quais os distúrbios de crescimento e desenvolvimento da face passam a ser considerados como a doença real primária e não mais a má oclusão, existindo uma interação entre a gravidade das alterações dentárias e as características do indivíduo portador do problema, como sexo, idade e estado físico, para se estabelecer um diagnóstico, um prognóstico de evolução e um protocolo de tratamento.⁽²⁸⁾



Fonte: Capelozza Filho L. Diagnóstico em ortodontia. Maringá: Dental Press; 2004.⁽²⁸⁾

Figura 1. Classificação dos padrões faciais.

O padrão I, ao contrário dos demais padrões, tem a má oclusão como doença primária e normalidade facial, com ausência de discrepância esquelética. Os padrões II e III possuem discrepância maxilo-mandibular no sentido sagital, e os padrões face longa e face curta, no sentido vertical.^(27,28)

PADRÃO I

É um indivíduo de face normal com má oclusão, sem envolvimento esquelético. Apresenta, geralmente, má oclusão molar de classe I. A essência de sua doença é o erro da oclusão dentária, pois suas características faciais sempre estão em equilíbrio. Apresenta proporcionalidade e simetria facial, geralmente sendo mesofaciais, mas podem ser braquifaciais ou dolicofaciais.^(28,29)

Como o padrão I apresenta normalidade na expressão genética do crescimento facial, seu tratamento durante a fase de crescimento será a interceptação de hábitos nocivos e o tratamento da má oclusão por meio da ortopedia funcional dos maxilares (OFM) e da ortodontia. O paciente adulto deverá ser tratado ortodonticamente para a correção e a estabilização da oclusão dentária; durante o processo de envelhecimento, poderá ser submetido a procedimentos de HOF, como a toxina

botulínica, a implantação de fios faciais, as injeções de preenchimento facial e de bioestimuladores de colágeno etc.

PADRÃO II

É um indivíduo cuja maxila se encontra à frente da mandíbula, cuja má oclusão pode ser provocada por uma protrusão de maxila ou, mais frequentemente, por uma retrusão mandibular ou, ainda, uma combinação de ambas as situações.

Representa a maior incidência de má oclusão dentre todas as etnias, geralmente apresentando má oclusão molar de classe II, sobressalência positiva acentuada, mandíbula retroposicionada, com eversão do lábio inferior, e perfil tegumentar convexo pela deficiência do mento.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Durante a fase de crescimento, o diagnóstico facial preciso é imprescindível para se estabelecer um plano de tratamento adequado, pois é totalmente diferente nos casos de protrusão do complexo nasomaxilar e mandíbula normal, quando comparados aos casos de maxila normal e deficiência de mandíbula.⁽²⁸⁾

No primeiro caso, a ortopedia mecânica com aparelhos extrabuciais deve ser implementada para redirecionar o crescimento endocondral das suturas do complexo nasomaxilar, durante a fase de crescimento, com a expansão rápida da maxila independentemente da presença de mordida cruzada posterior, favorecendo a melhora da respiração nasal. Nos deficientes mandibulares, o ideal é que sejam tratados antes da fase de dentição mista, por meio da OFM ou do tratamento ortopédico mecânico, para a expansão rápida da maxila independentemente da presença de mordida cruzada posterior, para favorecer a respiração nasal, reduzindo a ocorrência de problemas auditivos e de episódios de apneia pela promoção de um melhor posicionamento sagital da mandíbula, cujo potencial de crescimento ocorre aceleradamente apenas durante a puberdade.^(13,30)

Pacientes adultos deficientes mandibulares, quando tratados ortodonticamente de forma compensatória, por meio de exodontias de dentes superiores e retração dos dentes anteriores, tendem a um comprometimento da função respiratória pelo estreitamento da via aérea posterior, podendo desenvolver a síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS). Mesmo atingindo-se uma oclusão satisfatória, dificilmente se sentem satisfeitos com sua aparência facial,⁽³¹⁾ pois, embora camuflada pela compensação dentária, a deficiência mandibular traz características que prejudicam o contorno de todo o tegumento facial, principalmente ao seu perfil, como a convexidade

da face, o encurtamento da linha mento-pescoço, a eversão do lábio inferior, o aumento do sulco mentolabial e nasolabial e a ocorrência de mento duplo,^(7,29,31-33) sendo que sua gravidade depende do grau de deficiência mandibular e da forma e tamanho do nariz.^(13,19,28,29)

Estes pacientes frequentemente procuram procedimentos de harmonização orofacial, principalmente para recontorno do mento e dos ângulos mandibulares e para reestruturação do processo zigomático.^(32,33)

No entanto, a abordagem ortodôntica-ortognática é a única capaz de promover a face para um padrão facial normal em proporção e simetria dentro do possível,^(28,29,31) tratando de maneira absoluta as más oclusões e as discrepâncias esqueléticas maxilo-mandibulares, para a melhora da função respiratória do paciente, por meio do aumento do espaço aéreo faríngeo, e para o aprimoramento do resultado estético da correção, por meio da mentoplastia de avanço.^(13,19,28-31)

Durante o processo de envelhecimento, o paciente padrão II poderá ser submetido a procedimentos de HOF, como a toxina botulínica, a implantação de fios faciais, as injeções de bioestimuladores de colágeno e de preenchimento facial, principalmente na região de mento.⁽³³⁾

PADRÃO III

É um indivíduo cuja mandíbula se encontra à frente da maxila, cuja má oclusão pode ser provocada por uma mandíbula protrusa ou, mais frequentemente, por uma maxila retrusa ou, ainda, uma combinação de ambas as situações. Esse diagnóstico é imprescindível, pois o tratamento será totalmente diferente para cada situação.⁽²⁸⁾

A prevalência das má oclusões do padrão III variam de acordo com a raça, sem predileção por gênero, sendo em torno de 3 a 5%, para os leucodermas e os melanodermas, e cerca de 14%, para os xantodermas.⁽³⁴⁾ Apresentam geralmente má oclusão molar de classe III, sobressalência negativa, com mordida cruzada anterior e perfil tegumentar côncavo.⁽²⁸⁻³¹⁾

O diagnóstico correto para definir sua causa é imprescindível, pois o tratamento ortodôntico durante a fase de crescimento nos casos de deficiência de maxila é totalmente diferente dos casos de padrão III por prognatismo mandibular verdadeiro.⁽²⁸⁻⁹⁾

Fatores extrínsecos, como, por exemplo a respiração bucal, podem causar deficiência de maxila em virtude de uma mudança no crescimento e no desenvolvimento envolvendo a base do crânio do paciente, interferindo sobre a estética do terço médio da face, podendo levar à planificação da região zigomática e à depressão da região infraorbitária, sem prejuízo estético para o terço inferior. Durante a fase de crescimento, está recomendada a expansão rápida da maxila (ERMAC) para ruptura de suas suturas, aumentando sua atividade celular e histológica, permitindo significativo deslocamento anterior da maxila.^(28,30,34)

Já, o prognatismo mandibular verdadeiro é geralmente causado por fatores intrínsecos, em virtude de uma mudança no crescimento e no desenvolvimento da mandíbula, interferindo sobre a estética do terço inferior da face, levando ao aumento da distância entre o queixo e o pescoço. Durante a fase de crescimento, o uso da mentoneira é limitado aos casos de menor gravidade, que aceitem compensações dentárias de incisivos, numa tentativa de mudança de posicionamento da mandíbula para a remodelação da articulação temporomandibular (ATM).

Nos casos de maior gravidade, a cirurgia ortognática é recomendada, devendo ser realizada após o surto de crescimento puberal, detectado por exame radiográfico de punho e análise carpal após a fusão total do rádio,⁽³⁵⁾ para a obtenção de estética e oclusão funcional estável.^(13,19,28,30,34) O tratamento ortodôntico descompensatório permitirá a obtenção de inclinações de incisivos próxima à ideal, possibilitando a normoclusão e a harmonia facial por meio do reposicionamento cirúrgico da maxila e da mandíbula, com a melhora da função respiratória.⁽³¹⁾

Em ambas as situações descritas, muitos pacientes adultos são tratados ortodonticamente de forma compensatória, tendo como consequência uma exacerbada inclinação de seus dentes anteriores superiores para vestibular e, ao mesmo tempo, uma inclinação exagerada de seus dentes anteriores inferiores para lingual, numa tentativa de corrigir sua mordida cruzada anterior. Essa compensação dentária acentua ainda mais a desarmonia facial, além de comprometer a saúde e a longevidade dos elementos dentários anteriores, causando perda de cortical óssea alveolar, retrações gengivais acentuadas e mobilidade dental.

Pacientes padrão III apresentam alterações no posicionamento do tegumento facial, levando à queda da ponta do nariz, à inversão dos lábios, podendo

levar ao envelhecimento precoce, em virtude do acúmulo de tecido mole no terço inferior da face e no mento, e ao aparecimento de rugas e marcas de expressão.

Procedimentos de HOF podem ser realizados para o reposicionamento dos tecidos faciais e para remodelação e reestruturação das estruturas do terço médio da face, minimizando as desarmonias estéticas. Todos esses fatores devem ser discutidos com o paciente e seus responsáveis antes da tomada de decisão para o tratamento compensatório ao invés da possibilidade cirúrgica.^(7,28,29,31,32)

PADRÃO FACE LONGA

Também conhecido na literatura como a “Síndrome da Face Longa”, sua incidência é de cerca de 1,5% na população mundial.^(28,35-37) Foi descrito como uma doença, pela primeira vez, em 1976 por Schendel et al.,⁽³⁷⁾ como sendo uma deformidade esquelética da face esteticamente desagradável, causada pelo excesso vertical de maxila ou mais raramente, por excesso vertical de mento, cuja principal queixa dos indivíduos afetados é o excesso de exposição da gengiva ao sorrir e a ausência de selamento labial passivo em repouso.^(13,28,29,31,37)

O aumento do terço inferior da face faz com que a musculatura sempre esteja em hiperatividade, no esforço de selamento labial, e o terço médio apresenta pouca expressividade da região zigomática, com estreitamento da base alar do nariz.^(37,38)

Nestes indivíduos, há uma grande variação da morfologia da dentadura, inviabilizando o uso de referenciais dentários para sua classificação. A relação molar pode ser de classes I, II (a de maior prevalência) ou III, com prevalência de mordida aberta (cerca de 13%) e mordida cruzada posterior (em torno de 34,2%). Seu trespasse horizontal pode variar de -4 a 17mm e o trespasse vertical de -9 a 7mm.⁽³⁶⁻³⁷⁾

Assim sendo, a classificação deverá ser feita conforme o grau de desagradabilidade de face, em virtude da gravidade do erro esquelético e pelo excesso de crescimento do terço inferior face.⁽³⁶⁻³⁷⁾

Sua etiologia multifatorial, com forte determinante genética,^(27, 30, 36) altera a direção de crescimento e desenvolvimento das estruturas esqueléticas da face, prejudicando suas atividades fisiológicas de mastigação, fonação, deglutição e respiração nasal,⁽³⁰⁾ tornando sua abordagem ortodôntica limitada^(28,36,38) e com alto índice de correção por meio de protocolos ortognático-cirúrgicos.^(13,19,28,30,32,36)

Em virtude do menor volume dos músculos da mímica facial, que são aproximadamente 30% mais estreitos do que os de um indivíduo normal,^(13,27,30,36-38) ocorre o enfraquecimento da musculatura elevadora da mandíbula, levando à predominância da musculatura abaixadora. A língua passa então a apoiar-se sobre o assoalho bucal, levando à postura habitual de boca aberta, que favorece a adoção de uma respiração bucal,^(30,35,37,39) e que, em virtude da obstrução nasal – causada em conjunto pela hipertrofia dos cornetos nasais, tonsilas faríngeas e palatina, e pelo crescimento ogival do palato – ^(30,35,37,39) pode levar ao desenvolvimento da síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), pela diminuição do espaço aéreo faríngeo.⁽³⁰⁾

O aumento da altura facial anterior inferior (AFAI) pode ocorrer em virtude do crescimento excessivo nas regiões anterior e/ou posterior da maxila, pelo excesso vertical anterior da mandíbula, pelo encurtamento do ramo mandibular e concomitante pelo aumento da abertura do ângulo goníaco da mandíbula.^(28,40)

Além dessas alterações, outras características faciais podem estar presentes, tornando seu prognóstico mais grave e desfavorável, como a eversão do lábio inferior; a diminuição da distância e do ângulo queixo/pescoço; o estreitamento da base alar do nariz; e a desagradabilidade do perfil facial.^(28-29,31)

Durante a fase de crescimento, a expansão rápida da maxila deve ser realizada mesmo na ausência de mordida cruzada posterior, para promover o crescimento transversal da maxila e o posicionamento sagital da mandíbula, aumentando a possibilidade de pelo menos uma respiração mista (nasal e bucal), além de contribuir para o preparo ortodôntico descompensatório preparatório para a cirurgia ortognática ao término do crescimento craniofacial.^(13,30)

Devido às suas alterações respiratórias, caberá ao ortodontista a coordenação do tratamento multidisciplinar, envolvendo médicos otorrinolaringologistas/alergistas e fonoaudiólogos, para definir os problemas anatômicos e fisiológicos relativos à respiração bucal.^(28,30)

O estreitamento da espessura de todo o osso alveolar, no paciente face longa adulto, faz com que qualquer tipo de intervenção ortodôntica seja extremamente arriscado. Movimentos ortodônticos de inclinação dentária (torques) dos dentes anteriores e de intrusão do segmento dentário posterior da maxila, e principalmente da mandíbula, devem ser limitados, mínimos e empreendidos com

mecânica lenta e cuidadosa, para evitar o risco de fenestrações radiculares nas áreas onde a cortical óssea é extremamente delicada, principalmente na região da sínfise mandibular. Nesses pacientes, até mesmo quando a ancoragem é realizada com miniparafusos e miniplacas de titânio, há estabilidade duvidosa no pós-tratamento.^(29,41)

Essas características esqueléticas, que limitam as movimentações dentárias, acabam por contraindicar o tratamento ortodôntico compensatório nos indivíduos com face desagradável ou com alterações funcionais, principalmente de caráter respiratório,^(28-29,31) fazendo com que o tratamento ortodôntico descompensatório cirúrgico seja a única possibilidade de intervenção para os pacientes que almejem uma face mais aceitável na idade adulta.^(18,28,29,31,33-36,38,40)

Por isso, todo o indivíduo portador do padrão face longa deve ser tratado pensando-se numa possível decisão cirúrgica, independentemente da idade,⁽²⁸⁾ pois, quando tratados de forma compensatória pela ortodontia, seus dentes acabam sendo inclinados além do ideal cefalométrico para alcançar a oclusão, levando a resultados instáveis e com piora da harmonia da face, devido ao efeito colateral que o tratamento ortodôntico compensatório promove, que é a exacerbação do aumento da AFAI, levando à necessidade de complementação estética por meio de procedimentos de HOF.⁽³¹⁾

O plano de tratamento de HOF poderá variar desde a correção da hipertrofia dos músculos mentonianos com toxina botulínica à bichectomia, podendo ser necessário o reposicionamento dos compartimentos de gordura, por meio da implantação de fios faciais de tração, e a reestruturação de regiões com deficiência de desenvolvimento, por meio do preenchimento facial – como o mento e a região zigomático-malar.^(7,28,29,31,32,35)

O preparo ortodôntico descompensatório também é limitado pela pouca espessura do osso alveolar, tanto na maxila quanto na mandíbula, onde a sínfise é delgada, estreita e radiolúcida, e, por isso, os incisivos nem sempre podem alcançar as inclinações cefalométricas ideais.^(19,27,28,34,36,38,40) Deve ser planejado com base no grau de desagradabilidade da face, nas discrepâncias dentárias de modelo negativas e no grau de amplitude da curva de *Spee*, de modo a obter-se um trespasse horizontal positivo ou negativo, suficiente para corrigir a discrepância esquelética sagital, entre a maxila e a mandíbula, e para promover o aumento do espaço aéreo faríngeo, para a

melhora da respiração.^(28,29,31) Seu planejamento poderá envolver a necessidade de ERMAC e realização de exodontias, desgastes proximais ou distalização de dentes.

O excesso de exposição gengival ao sorrir e a ausência de selamento labial passivo em repouso são corrigidos por meio da osteotomia *Le Fort I* com impactação da maxila, levando à diminuição do terço inferior da face – que se torna mais rejuvenescida e harmônica. A correção da mordida cruzada posterior e o excesso de apinhamento ou de inclinação vestibular dos dentes anteriores são obtidos por meio da segmentação e da ERMAC.^(28,30,31)

PADRÃO FACE CURTA

É caracterizado pela má oclusão resultante da deficiência vertical do terço inferior da face, com prognóstico estético desfavorável pelo envelhecimento precoce da face. Os indivíduos apresentam selamento labial compressivo em repouso, inversão dos lábios e pouca ou nenhuma exposição dos dentes superiores ao sorrir.^(31, 36,42) Sua análise facial deve ser feita com o paciente em oclusão dentária, pois, quando os dentes estão em desocclusão, há o aumento da dimensão vertical.

Como a deficiência vertical tem forte determinação genética, e acaba orientando o crescimento e o desenvolvimento neuromuscular e esquelético da face de modo inadequado, ocorrem alterações nos côndilos mandibulares, levando ao aumento do trespasse vertical (sobremordida), com tendência ao desgaste dentário e ao aumento do ângulo interincisivo, devido à maior inclinação lingual dos incisivos inferiores, cujo apinhamento severo pode estar associado à protrusão dos incisivos superiores e ao aumento da sobressalência.^(13,28,31,32)

Como consequência dessas alterações, há maior tendência à presença de sulcos e rugas peribucais, condição essa que irá se agravando com a idade, juntamente com a diminuição da AFAI, a piora das condições dentárias pela alteração severa da curva de *Spee* no arco inferior, a ausência de espaço interlabial, a saliência do mento e a diminuição do ângulo goníaco, devido ao paralelismo dos planos faciais horizontais, levando a um excesso de tecido na região de ângulo mandibular, pela hipertrofia da musculatura massetérica, deixando a face larga e quadrada em seu terço inferior.^(28,29,31,42)

A sínfise mandibular do padrão face curta, ao contrário do face longa, é larga e curta, com dominância do mento, podendo apresentar má oclusão de relação molar de classes I, II (a mais frequente) ou III, inviabilizando o uso de referenciais

dentários para sua classificação e para a elaboração de um protocolo de plano de tratamento.^(13,36,37)

Ao contrário do paciente padrão face longa, o paciente face curta tem mais opções de tratamento, desde que executado durante a fase de crescimento, quando poderão ser utilizados a OFM ou os tratamentos ortopédicos mecânicos para a correção das discrepâncias maxilo-mandibulares no sentido anteroposterior, beneficiando-se da extrusão dentária passiva dos dentes posteriores durante o tratamento – diferentemente do que ocorre com o paciente adulto, pois a extrusão dos dentes posteriores acaba agravando os casos de má oclusão de classe II.⁽²⁹⁾

As possibilidades de tratamento ortodôntico compensatório estão relacionadas à gravidade esquelética, à queixa principal do paciente, e à possibilidade de manipular a extrusão dentária dos dentes posteriores durante o tratamento.⁽³¹⁾ A instabilidade de alterações neste tipo de tratamento cirúrgico, contribuem para a recidiva da DDF.^(28,29,31,41)

O paciente adulto, tratado ortodonticamente de forma compensatória, permanece com a face envelhecida e desarmônica, podendo chegar a uma boa oclusão dentária.^(28,29, 31) O paciente tratado cirurgicamente, terá sua face alongada por meio do reposicionamento inferior da maxila com material de enxertia e a mandíbula será girada no sentido horário, podendo ser necessário o seu avanço ou sua retrusão, por meio de uma osteotomia sagital da mandíbula, melhorando seu aspecto envelhecido e sua harmonia oclusal e facial, por meio do aumento do terço inferior da face.⁽³¹⁾

Em ambos os tipos de tratamento, o paciente face curta necessitará de acompanhamento estético pela HOF durante o seu processo de envelhecimento, que pode variar desde a correção da hiperatividade do músculo masseter com toxina botulínica, implantação de fios faciais (para o reposicionamento dos coxins gordurosos que compõem a face), além da cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal (CAB) – devido ao seu alto grau de envelhecimento facial pelas alterações no tegumento facial (como o aparecimento de sulcos e rugas, a queda da ponta do nariz, a inversão labial e o acúmulo de tecido mole no terço inferior da face e no mento, que parece mais largo) – sendo tudo isso agravado, mais ainda, pelos tratamentos compensatórios.^(7,10,32,28,29,31,35)

PACIENTE COM ASSIMETRIA FACIAL

É uma realidade considerarmos que todas as pessoas possuem assimetrias faciais, muitas vezes imperceptíveis até mesmo àqueles com quem

convivemos. Assimetrias mais exacerbadas interferem na estética facial e na oclusão dentária, prejudicando a função mastigatória.^(18,22,43)

Após o diagnóstico da etiologia do problema, as assimetrias devem ser interceptadas durante a fase de crescimento ou tratadas no paciente adulto, buscando o benefício estético e funcional, com estabilidade dos resultados.⁽⁴³⁾ Seu tratamento dependerá da idade do paciente, de sua severidade, da localização da assimetria e, sobretudo, de sua etiologia, que pode ser genética, patológica, postural ou traumática. Assimetrias faciais podem estar relacionadas ao tecido esquelético, ao tecido mole ou ser uma combinação de ambos; por isso, o diagnóstico diferencial é importantíssimo.^(31,43)

Nos casos de assimetrias esqueléticas, confirmadas por exames de imagens, estarão indicados os tratamentos de OFM, o tratamento ortodôntico e ortopédico mecânico e a complementação pela distração osteogênica durante a fase de crescimento.^(43,44)

No paciente adulto, o exame de cintilografia com *Tecnécio 99* é primordial para verificar a necessidade de condilectomia nos casos de anormalidade severa da anatomia ou atividade celular de crescimento do côndilo da mandíbula. O tratamento ortodôntico-cirúrgico em maxila, mandíbula e mento se faz necessário muitas vezes, associado a enxertos autógenos, reconstruções plásticas das estruturas moles da face (nariz, pavilhão auricular, sobrancelhas etc.) e distração osteogênica, que estará indicada em casos selecionados no paciente adulto, como hipoplasia de zigoma e microsomia hemifacial severa.⁽⁴⁴⁾

Nas assimetrias com origem em tecidos moles da face, é necessário encontrar qual tecido facial é o causal, para compensar as diferenças de volume por meio de técnicas cirúrgicas ou minimamente invasivas oferecidas pela HOF.^(33,45)

Se a origem for muscular ou por lesão de nervos motores (paralisa facial ou tumores), a toxina botulínica deve ser aplicada nos músculos hipertróficos, interferindo sobre a contração muscular, levando à atrofia e à diminuição de volume. A implantação de fios de *lifting* facial no lado afetado pela paralisia, promoverá maior equilíbrio da atividade bilateral da musculatura da mímica facial, melhorando a assimetria.^(7, 45,46)

Também poderão ser utilizadas, em assimetrias, técnicas volumizadoras por meio de próteses esqueléticas de polietileno poroso de alta

densidade, parafusadas sobre o tecido ósseo, ou por meio de injeções de preenchimentos nos coxins gordurosos que compõem a face;^(10,45,47) técnicas reposicionadoras de tecidos, como os fios de *lifting* facial; ou as técnicas cirúrgicas de remoção de volume, como a ritidoplastia e a cirurgia de remoção do CAB.^(6,10,33,45,46,48,49)

PACIENTE COM SÍNDROMES GENÉTICAS

São DDF causadas por alterações no ácido desoxirribonucleico (DNA) do indivíduo, devido a fatores genéticos e hereditários, ou mutações que ocorrem nas células germinativas, por epigenética ou trauma, e que podem ser passadas para os descendentes. As modalidades de tratamento de síndromes com alterações faciais envolvem cirurgias plásticas e ortognáticas de alta complexidade e, por isso, não foram objeto de estudo nesta dissertação.

2.4 Modalidades de tratamento das desordens dentofaciais

As funções estomatognáticas – relacionadas à mastigação, fonoarticulação, deglutição e respiração – são influenciadas especificamente pelos tipos de DDF, estando relacionadas ao tipo de oclusão dentária e ao posicionamento dos dentes e das bases esqueléticas, atuando diretamente sobre a musculatura mastigatória e da mímica facial. Sendo assim, se faz necessária a avaliação minuciosa dos aspectos funcionais, responsáveis por atuar sobre a morfologia da face, para a elaboração de um plano de tratamento individualizado, considerando-se um paciente com elementos dentários hígidos e dentição íntegra e completa, as modalidades de tratamento oferecidas pela odontologia no tratamentos faciais serão descritas a seguir:

OFM

É uma especialidade da odontologia que se utiliza da percepção de proprioceptores que conduzem estímulos ao sistema nervoso central (fusos neuromusculares, órgãos tendinosos e receptores articulares), para eliminar os fatores que contribuem para as DDF, atuando sobre o crescimento e o desenvolvimento maxilo-mandibular. Objetiva obter o equilíbrio estético e a normatização das funções de mastigação, deglutição, fonação e respiração, monitorando o desenvolvimento e corrigindo desvios de normalidade da oclusão, por meio do uso de aparatologia removível ou por meio de acréscimos de resina ou desgastes de dentes para o ajuste oclusal.^(49,50)

ORTODONTIA

É uma especialidade da odontologia que se preocupa com o posicionamento espacial correto dos dentes, por meio de recursos e sistemas biomecânicos de forças ortodônticas e ortopédicas, influenciando o crescimento e o desenvolvimento das bases esqueléticas maxilo-mandibulares. Mantém uma atitude de vigilância e preservação da estética facial e das funções que compõem o sistema estomatognático (mastigação, deglutição, fonação e respiração), por meio de aparatologia fixa ou removível,^(51,52) podendo ser:

Preventiva: Preocupa-se com a preservação do desenvolvimento normal da face e da oclusão dentária em crianças em fase de crescimento.^(51,52)

Interceptativa: preocupa-se com o diagnóstico precoce e com a neutralização dos desvios reais ou potenciais do desenvolvimento normal da face e da oclusão dentária em crianças em fase de crescimento, de forma biomecânica ou não biomecânica guiados ou decididos por critérios de natureza ortodôntica.⁽⁵²⁾

Corretiva: preocupa-se com o tratamento das DDF através de sistemas artificiais de forças biomecânicas disponibilizadas por meios terapêuticos específicos, removíveis ou fixos, podendo ser iniciado na última fase da dentição mista, em crianças em fase de crescimento, ou na dentição permanente, em adolescentes e adultos. ^(19, 52)

Compensatória: Consiste no reposicionamento dos dentes em relação à sua base óssea, mediante aparatologia ortodôntica, com o objetivo de compensar ou camuflar a discrepância entre a maxila e a mandíbula, melhorando a oclusão dentária, não corrigindo o problema esquelético ou o perfil estético facial de forma significativa.⁽²⁹⁾

Descompensatória: é uma fase de preparação do paciente que será submetido ao tratamento cirúrgico ortognático, por meio do reposicionamento dos dentes incisivos numa angulação mais próxima do ideal possível, em relação às suas bases ósseas, sem se preocupar em corrigir a má oclusão, mediante aparatologia ortodôntica, evidenciando as discrepâncias esqueléticas entre a maxila e a mandíbula, piorando temporariamente o aspecto facial do paciente. Nesta modalidade ortodôntica o reequilíbrio funcional e estético somente acontecerá após a cirurgia ortognática.^(19,28,29,31)

CIRURGIA ORTOGNÁTICA

É uma modalidade cirúrgica da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBMF), que tem por objetivo corrigir as DDF em pacientes adultos, causadas por má oclusões, discrepâncias maxilo-mandibulares e/ou assimetrias esqueléticas, que não conseguem ser solucionadas somente por tratamento ortodôntico,^(28,29,31) repercutindo diretamente sobre a autoestima e a qualidade de vida do paciente, com prejuízo à estética da face e às funções do sistema estomatognático relacionadas à mastigação, à deglutição, à fonação e à respiração, podendo levar às disfunções de ATM.^(13,28,29,52)

A cirurgia ortognática é conduzida por meio de osteotomias conduzidas de maneira segura e intrabucal, e sem cicatrizes na face, por meio de serras reciprocantes, broca de *Lindeman*, broca de *Mayfair* ou pontas piezo ultrassônicas, de modo que as estruturas essenciais e a provisão de aporte sanguíneo são preservadas, para a nutrição e a oxigenação adequadas dos cotos esqueléticos envolvidos.^(13,28,29,35,53)

As principais osteotomias da maxila são:

Le Fort I: utilizada para o reposicionamento espacial da maxila.^(13,53) Atinge a abertura piriforme em sua face lateral da, o seio maxilar (paredes anterior e lateral), as paredes nasais laterais e as porções pterigoides, causando fratura do septo nasal, para a fratura da maxila de forma descendente.^(29,53,54)

Le Fort I segmentada: utilizada para segmentação da maxila em 2, 3, 4, 5 ou 6 segmentos para promover expansão transversal, correção da curva de *Spee*, com secções interdentais verticais combinadas com osteotomias palatais, conectadas entre si por osteotomias oblíquas, tomando-se cuidado para promover o suprimento sanguíneo adequado e evitar lesões nas raízes dentárias.^(53,54)

Le Fort II: osteotomia piramidal naso-orbital da maxila, utilizada em apenas 2% dos casos de DDF, para promover a mobilidade do terço médio da face a nível de órbita e região média da face, em pacientes com síndromes genéticas, deficiência zigomático-maxilar, deficiência nasomaxilar e deformidade alveolar-palatal da fenda maxilar.^(13,53,54)

Le Fort III: promove a disjunção craniofacial, realizada por abordagem bicoronal, em associação à osteotomia de todo o complexo naso-órbito-etmoidal, em DDF com hipoplasia panfacial, ou seja, com retrusão total da face média (nariz,

bochechas, bordas orbitais inferiores e lábio superior), muito comum em síndromes genéticas.^(13,53,54)

Monobloco: utilizada em síndromes complexas de crânio sinostose, em combinação com a distração osteogênica para o avanço craniofacial.^(53,54)

ERMAC: indicada nos casos de discrepância transversal da maxila, em pacientes adultos, e para casos de expansão ortodôntica inadequada, de estenose nasal significativa, e para promover a expansão do arco dentário nos portadores de fenda palatina. A abordagem é semelhante à *Le Fort I*, por meio da instalação de um dispositivo ortodôntico de expansão na região palatal, que será ativado para promover a expansão transversal da maxila.⁽⁵⁴⁾

Segmentar anterior: realizada para o reposicionamento da pré-maxila em um plano vertical, para a correção de mordida aberta anterior e retração dos dentes anteriores superiores, quando o tratamento ortodôntico compensatório ou descompensatório não for possível.^(13,53,54)

Segmentar posterior: realizada para o reposicionamento do segmento dentário superior posterior em um plano vertical, quando o tratamento ortodôntico compensatório ou descompensatório não for possível, como nos casos de mordida aberta posterior uni ou bilateral.^(13,30,53,54)

Em ferradura: substituída pela *Le Fort I*, este tipo de osteotomia anteroposterior da maxila, preserva a porção nasal central, sendo realizada em três segmentos combinados, sendo indicado para casos de hiperplasia alveolar superior ou transversal sem componente vertical.

As principais osteotomias da mandíbula são:

Sagital bilateral: osteotomia do ramo bilateral da mandíbula realizada acima do forame mandibular, tomando-se a precaução de manter o nervo alveolar inferior no segmento distal, para não ser injuriado e causar sua parestesia. É realizada para o avanço, a retrusão e a rotação da mandíbula e para a correção de mordida aberta anterior, em casos selecionados.^(13,29,53,54)

Genio ou mentoplastia: osteotomia para a correção estética do mento, tomando-se a precaução de evitar a injúria do nervo mentoniano e causar sua parestesia. Pode ser de redução, endireitamento ou alongamento do mento, cujo tipo de corte pode ser duplo horizontal, em dobradiça deslizante, oblíquo para avanço, de salto, em cunha, com hélice, tripla, quádrupla e mentoplastia com enxertia ou implantes.^(13,29,53)

Asa do queixo: é uma osteotomia realizada na parte anterior da mandíbula, para promover o deslocamento anterior da face inferior, permitindo uma alteração da base da mandíbula e da forma da proeminência do mento, devendo-se preservar a integridade do canal mandibular, para não causar injúria de seu feixe nervoso. Esse tipo de osteotomia pode ser combinada com outras modalidades de osteotomia da face.⁽⁵⁴⁾

Lateral do corpo da mandíbula: utilizada em casos selecionados de prognatismo mandibular, especialmente na ausência ou no planejamento de exodontia do primeiro ou do segundo pré-molar, para evitar a necessidade de reabilitação protética desses elementos, pois o bloco do osso correspondente também será removido, para o fechamento do local das extrações, com ambos os cotos mandibulares.^(53,54)

Também é utilizada em alguns casos de mordida aberta ou cruzada anterior, e nos casos de assimetria ou crescimento excessivo da mandíbula com sobressalência negativa.⁽⁵⁴⁾

DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA

É uma forma de engenharia de tecidos para promover o aumento de uma estrutura esquelética, por meio de um processo de regeneração de ossificação intramembranosa, a partir de sua secção cirúrgica de forma eletiva e da separação gradual de suas margens ósseas, por meio da ativação progressiva de um aparato biomecânico associado.^(43,44,54) É utilizada em traumatologia e para o tratamento das DDF que necessitem de alongamento da mandíbula, ou movimentação anterior da face média, e para induzir à regeneração do periodonto e à movimentação dentária ortodôntica.⁽⁴⁴⁾

BICHECTOMIA

É uma técnica cirúrgica estético-funcional de lipoplastia facial, que visa a ressecção parcial ou total do CAB, também conhecido como bola ou gordura de *Bichat*.^(48,49,55,56) Esta estrutura anatômica (descrita por *Heister*, pela primeira vez, em 1732, e diagnosticada por *Bichat*, em sua natureza adiposa, em 1802) serve para auxiliar os lactentes na sucção, atuando como um tecido de deslizamento entre os músculos masseter e bucinador, durante a amamentação. Sua retirada se dá por meio de uma incisão intrabucal de aproximadamente 1,5cm, promovendo um terço inferior da face menos volumoso,⁽⁵⁵⁾ evidenciando os ângulos da mandíbula, o arco zigomático e a região malar.

As complicações mais comuns dessa modalidade cirúrgica são infecções pós-operatórias, hematomas e assimetria facial e, mais raramente, lesão do ducto parotídeo, causando sialocele (fístulas salivares) e lesão do ramo bucal do nervo facial, provocando paralisia facial temporária ou definitiva.^(55,56) Depois de aproximadamente quatro a seis meses, o resultado começa a ser percebido devido à reabsorção do edema do tegumento facial.^(48-49,55,56)

TOXINA BOTULÍNICA

É uma forma de neurotoxina capaz de diminuir o potencial de contração muscular, por meio da inibição da liberação de acetilcolina nas áreas de sinapse ou junção neuromuscular, bloqueando a condução do estímulo nervoso.⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

É um fármaco utilizado de forma segura e bem tolerada, capaz de promover o equilíbrio funcional da musculatura da face, que trabalha em um sistema de agonismo e antagonismo, pelo qual músculos em hiperatividade inibem outros músculos de terem atividade.^(58,59)

A toxina botulínica é indicada como alternativa a outras terapêuticas que tenham resultados limitados, ou que apresentem efeitos colaterais indesejados, para casos de cefaleias e dores miofasciais crônicas, geralmente associadas às desordens de ATM, bruxismo, biquismo ou apertamento dos dentes; em ocorrência de trismo e luxação de ATM; reabilitações protéticas ou por meio de implantes osteointegrados; tratamentos ortodônticos e ortognáticos; sialorreia associada ou não a condições de paralisia cerebral ou doença de *Parkinson*; assimetrias faciais; sorriso gengival; e rugas e marcas de expressão, causadas por hipertrofias musculares, para diminuir sua força e seu volume, promovendo o equilíbrio de toda atividade muscular da face.⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

A injeção de toxina botulínica em pequenas quantidades, para o tratamento de rugas faciais, é o procedimento mais comum dos tratamentos estéticos em HOF. As rugas são causadas por atrofia dérmica com contração repetitiva da musculatura da mímica facial. A toxina botulínica promove o relaxamento desses músculos hiperativos, suavizando a pele subjacente.⁽⁵⁸⁾ Oferece resultados previsíveis que duram cerca de três a quatro meses, com baixo índice de efeitos adversos e alto grau de satisfação dos pacientes, vindo ao encontro do grande conhecimento de anatomia facial do CD e da perspectiva atual da sociedade de optar por técnicas minimamente invasivas.^(57,59)

FIOS FACIAIS

São implantes filamentosos de natureza sintética que, implantados nos tecidos subcutâneos superficiais ou profundos, estimulam a produção de colágeno e promovem a elevação dos tecidos flácidos que, por efeitos gravitacionais, sofreram ptose e/ou elastose, à medida que ocorre o processo de envelhecimento facial.^(60,61)

A juventude da face está relacionada, particularmente, ao posicionamento do coxim adiposo malar, cuja migração descendente leva ao aprofundamento do sulco nasolabial, também conhecido como “bigode chinês”, e das linhas de marionete, agravando o aspecto envelhecido do rosto.⁽⁶²⁾

Em odontologia, os fios faciais têm particular importância como terapia complementar em reabilitações e cirurgias. O reposicionamento indireto dos tecidos que estão envolvidos no sistema estomatognático é realizado de forma minimamente invasiva, sob anestesia local, com o objetivo de promover a substituição gradual dos tecidos reabsorvidos devido às perdas ósseas, conjuntivas, adiposas e dérmicas, e demais tipos de flacidez no rosto e no pescoço, decorrentes da perda da AFAI, da idade, dos hábitos, da quantidade de exposição ao sol etc., em substituição ao *lifting* cirúrgico ou à ritidoplastia, indo ao encontro dos incessantes anseios estéticos da sociedade atual.^(60,63)

Os fios faciais podem ser permanentes ou absorvíveis, sendo fabricados em diversos tipos de materiais, como o polipropileno, a polidioxanona (PDO), o *vicryl*, a policaproamida, o ácido polilático, a policaprolactona, o ácido poliglicólico etc. Podem se apresentar em diversos formatos, podendo ser lisos, com garras ou farpas, em forma de parafuso, em forma de cones, cilindros etc. Estão disponíveis, no mercado, em várias espessuras e diversos comprimentos.⁽⁶⁰⁻⁶²⁾ São alergênicos ou piogênicos, com foco na produção de colágeno, elastina e ácido hialurônico, beneficiando a elasticidade, a cor, a textura, a hidratação, a perfusão sanguínea e a firmeza da pele.^(60,63)

Os fios podem ser implantados nos terços superior, médio e inferior da face, para a correção de sulcos dérmicos, decorrentes da perda da AFAI em várias regiões, como a frontal, a periorbicular, a região zigomática, o sulco nasogeniano, as linhas de marionete, o contorno mandibular, a papada, o pescoço etc. Servem para corrigir perda de volume de tecido ósseo alveolar, hipotrofias musculares, sorriso assimétrico e contorno de lábio leporino. Atuam na redistribuição e no reposicionamento

dos compartimentos gordurosos, nos casos de ptose de tecido conjuntivo, e nos casos de flacidez que contribuem para a formação de sulcos e rítides, pela diminuição ou inversão dos lábios, sendo que a quantidade de fios implantados depende do grau de flacidez e ptose dos tecidos faciais.⁽⁶⁰⁻⁶³⁾

Os fios espiculados ou farpados são utilizados para a elevação dos tecidos faciais, podendo ser unidirecionais, com as garras em um único sentido, ou bidirecionais, com garras em dois sentidos, podendo ainda ser classificados em ancorados (estabilizados em osso ou músculo) ou flutuantes (quando não ancorados a nenhuma estrutura estável).^(60,63)

Este método, quando comparado à ritidoplastia convencional, é uma alternativa minimamente invasiva, que pode ser realizada sob anestesia local, com menores complicações e traumas psicológicos no pós-operatório, menor tempo de recuperação do paciente, além de ser mais acessível economicamente do que as técnicas convencionais.⁽⁶⁰⁻⁶³⁾

BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO

São substâncias semipermanentes injetadas na derme profunda, com o objetivo de estimular a produção de colágeno pelo próprio corpo do paciente, estimulando a neocolagênese, devolvendo o suporte estrutural, perdido durante o processo de envelhecimento, e melhorando a flacidez da pele.⁽⁶⁴⁾

Seu efeito é gradual, demorando alguns meses para se obter o resultado pleno, que pode durar até 2 anos ou mais, dependendo do tipo de material utilizado, pois as microesferas são gradualmente fagocitadas ou sofrem degradação hidrolítica, cujos produtos são atóxicos e bioabsorvíveis, metabolizados em CO₂ e H₂O, sendo excretados pelo sistema renal.^(64,65)

O processo de envelhecimento se inicia aproximadamente aos 25 anos de idade, devido a fatores extrínsecos e intrínsecos, sendo o principal fator a perda de fabricação de colágeno pelo próprio corpo, que, a partir dessa idade, perde cerca de 1% de seu colágeno a cada ano, ou seja, aos 40 anos, aproximadamente 20% do colágeno já foram perdidos, e aos 50 aproximadamente 30%. À medida que a pele envelhece, sofre o processo de elastose, perdendo as proteínas estruturais, que são o colágeno e a elastina, tornando-se fina e flácida, contribuindo para o aparecimento de hiperchromias e acromias.⁽⁶⁶⁾

Existem vários tipos bioestimuladores de colágeno no mercado, fabricados em microesferas de policaprolactona ou ácido poli-L-láctico ou à base de hidroxiapatita de cálcio. Podem ocorrer reações adversas, cada vez mais relatadas, devido ao aumento do número de aplicações. Essas reações podem ser inflamações, nódulos, hematomas, eritemas, edema, dor, coceira, e outros efeitos colaterais mais graves, como a anafilaxia, a necrose, o acidente vascular cerebral e a cegueira.^(64,67)

É um procedimento minimamente invasivo, considerado seguro e eficaz para restaurar o volume perdido, promovendo recontorno por meio do estímulo à produção de colágeno da pele do rosto de forma natural.⁽⁶⁴⁻⁶⁷⁾

PREENCHIMENTO FACIAL

Tem por objetivo restaurar rugas ou sulcos que aparecem com o envelhecimento da face, proporcionando um contorno facial mais harmônico, nas regiões que perderam volume, com o passar do tempo, ou naquelas que, por questões genéticas, não são realçadas.⁽⁶⁸⁾

Os materiais preenchedores têm diversas aplicações em odontologia e podem ser injetados de forma intrabucal ou extrabucal, sendo inclusive utilizados para o aumento de volume das papilas interdontais em periodontia, na ocorrência de “*black spaces*”, para o aumento de volume das papilas interdontais, e para a melhora do sorriso gengival, quando depositados na região vestibular de pré-maxila, espinha nasal anterior ou columela nasal ⁽⁶⁹⁾. Além disso, podem suavizar rítmicas labiais e evidenciar ou realçar estruturas pela alteração de volume e contorno, agregando beleza, harmonia e proporcionalidade à face.⁽⁷⁰⁾

Por ser uma substância presente no corpo humano, cuja principal função é manter a integridade das fibras colágenas, para manter a sustentação da pele, o ácido hialurônico (AH) é o material preenchedor mais utilizado no mundo.^(68, 70-71) Além de ser um componente essencial da matriz extracelular, sua aplicação demonstrou ter grande importância na morfogênese e no aumento da migração de células mesenquimais indiferenciadas, assim como na sua diferenciação em osteoblastos e na reparação de células musculares.^(71,72)

As formulações à base de AH exibem notável ação antienvelhecimento, proporcionando aumento de volume dos tecidos moles que compõem a face, melhorando a hidratação da pele, estimulando a formação de colágeno e elastina, e desempenhando papel multifacetado na regulação de diversos processos

biológicos, como a reparação da epiderme e a cicatrização de feridas, tendo sido empregado como produto cosmético e nutricosmético.^(68,72)

É um biopolímero, formado pelo ácido D-glucurônico e a N-acetilglicosamina, sintetizado em laboratório, que, por estar naturalmente presente em diversas partes do corpo (50% do total encontra-se na pele, enquanto o restante, está distribuído nos olhos e nas articulações), vem sendo utilizado em odontologia como tratamento complementar na viscosuplementação das desordens das ATM, com resultados promissores.⁽⁸⁾ É uma técnica minimamente invasiva, utilizada para estimular a produção de colágeno e elastina, atenuando desequilíbrios estruturais da região de coxim malar e do arco zigomático, do corpo mandibular e do mento, sendo também utilizado como material volumizador de olheiras, da região temporal, e de lábios.^(45,68,70-73)

Além disso, esse biopolímero é capaz de atenuar sulcos e rugas no combate ao sulco naso geniano, às rugas de marionete e às rírides labiais, comumente provocadas pelo excesso de expressões faciais ao longo dos anos, por características hereditárias, hiperatividade e hipertrofia muscular ou, ainda, em decorrência da ptose e da flacidez ocasionada pela força da gravidade que atua sobre os tecidos que compõem a face.⁽⁷¹⁻⁷³⁾

A injeção de AH nos lábios é capaz de corrigir seu contorno e devolver seu volume, sempre respeitando sua anatomia, sua proporcionalidade e seu desenho individual. Essa perda de contorno e volume pode ser causada por diversos fatores – como idade, genética, tabagismo, herpes labial, excesso de exposição solar, lábios leporinos, assimetrias faciais, traumas etc.^(45,68,69,71)

O AH possui formulações capazes de revitalizar determinadas regiões afetadas pela perda de água transepitelial, elastina e colágeno, como pescoço, testa, pálpebras, colo etc., na forma de *skinbooster*.⁽⁷²⁾

Outro material preenchedor muito utilizado – para o preenchimento de rugas, sulcos profundos, cicatrizes e defeitos dérmicos, musculares e esqueléticos – é o polimetilmetacrilato (PMMA). Este material permanente é composto por microesferas de acrílico, medindo entre 40 e 60 micras de diâmetro, veiculadas em um meio de suspensão de colágeno, aprotéico ou cristalóide, com diversas apresentações comerciais, cuja concentração pode ser de 2, 10 ou 30%.⁽⁷⁴⁾

Este material surgiu em 1902 e, desde então, passou a ter diversas utilidades na área da saúde, sendo utilizado como material preenchedor na década de 1990, quando foi aprimorado nos Estados Unidos. Em 2006, foi purificado, com a remoção de suas nanopartículas, e passou a ser o único implante líquido definitivo reconhecido pela *Food and Drug Administration* (FDA), sendo aprovado como o primeiro material preenchedor em gel permanente utilizado nos sulcos nasolabiais.⁽⁷⁵⁾

A partir daí, de forma *off label*, passou a ser utilizado, para rugas profundas, cicatrizes traumáticas e causadas por acne, irregularidade dérmicas nos tecidos moles e esqueléticos, área periocular lateral, rugas da região frontal, pálpebras inferiores, , irregularidades no formato do nariz, preenchimento labial e rejuvenescimento das mãos etc.^(72,75)

Atualmente, o PMMA está em sua 3ª. geração, sendo composto por microesferas sintéticas de 30 a 50 micrômetros, suspensas em um gel carregador à base de colágeno bovino, com o intuito de minimizar o risco de reações de hipersensibilidade, sendo muito utilizado para a correção de lipoatrofias faciais, de forma segura e eficaz, em pacientes portadores de HIV/AIDS.⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾

Assim como os bioestimuladores de colágeno à base de ácido poli-L-lático, a hidroxiapatita de cálcio e a policaprolactona, o PMMA também estimula a neocolagênase após ser injetado nos tecidos, a partir de um processo inflamatório local, quando injetado na junção dérmica subcutânea, em quantidade adequada em uma ou várias sessões, cujo número pode variar conforme as características cutâneas, osteocartilaginosas e musculares do paciente, a quantidade de áreas a serem tratadas e as metas a serem atingidas pelo tratamento.^(72,74-76)

Por ser um produto definitivo, o PMMA deve ser utilizado com cautela, devendo-se evitar a sobrecorreção das áreas tratadas, sempre se respeitando um intervalo de algumas semanas entre as seções de aplicação, devido ao seu aumento progressivo de volume.⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾

Os pacientes tratados com preenchedores, como o PMMA ou o AH, podem evoluir para complicações pós-operatória, com sequelas permanentes, difíceis ou impossíveis de serem tratadas, podendo evoluir para necrose tecidual, granulomas, reação alérgica, reação inflamatória crônica (após reação de corpo estranho), infecções, feridas graves, enrijecimento, formação de nódulos ou deformidades e efeitos tardios –

como insuficiência renal e até mesmo óbito.^(74,75) Os procedimentos estéticos temporários como o são contraindicados em regiões onde o PMMA esteja presente.⁽⁷⁵⁾

LIP LIFTING

É uma cirurgia que visa o reposicionamento e o encurtamento do lábio superior, aumentando a exposição do vermelhão, devido à fatores relacionados a alterações esqueléticas, ao alongamento constitucional genético do indivíduo, ao hábito de fumar ou ao envelhecimento, que levam ao alongamento, à perda do filtro nasal e do arco de cupido labial e à inversão do lábio superior.^(77,78)

Pacientes com face curta apresentam essas características. Estima-se que, a cada dez anos de envelhecimento, ocorre 1mm de alongamento do lábio superior, diminuindo cada vez mais a exposição dos incisivos centrais superiores. Isso ocorre devido à reabsorção esquelética da maxila, com perda de sustentação dos tecidos moles, concomitantemente à perda de gordura e de tecido celular subcutâneo, associada à flacidez tecidual pela diminuição da produção de colágeno e elastina.^(42, 77,78)

O *lip lifting* é realizado por meio de uma incisão, seguindo o mesmo desenho e a curvatura do contorno inferior do nariz, removendo-se de 2 a 4 mm de pele, conforme a necessidade individual de cada paciente, suturando-se as duas margens e aguardando o período de cicatrização e convalescência – de aproximadamente 3 a 6 meses após a cirurgia.^(77,78)

2.5 Odontologia e a face

Os procedimentos de HOF são, na maioria das vezes, realizados sob anestesia local, tornando-os praticamente indolores, sendo um diferencial da aplicação, em âmbito odontológico, podendo o paciente retornar normalmente às suas atividades de rotina.^(7,10)

A odontologia, através de modificações intrabuciais realizadas por meio de técnicas de uso rotineiro, como a ortodontia, a cirurgia ortognática, a prótese e a dentística restauradora, sempre foi capaz de promover grande impacto de mudança sobre a composição e a harmonia do terço inferior da face. A odontologia aperfeiçoou-se, por meio deste conhecimento, utilizando ferramentas capazes de promover maior benefício estético no movimento contrário, ou seja, por meio de técnicas implementadas por via extrabuciais disponíveis na HOF, dentre elas o preenchimento facial. Esse olhar

do CD, que aprendeu a analisar a face, dando protagonismo à estética dental, em concordância com o sorriso, é o principal diferencial da odontologia, pois é capaz de promover resultados estéticos e funcionais superiores para seus pacientes, tendo o sorriso como ponto de partida, que é a expressão mais dinâmica e marcante que um ser humano possui.^(7,10,50)

A estética de uma face, relacionada a um sorriso harmonioso, é influenciada por diversos fatores, como, por exemplo, a harmonia entre dentes, gengivas, lábios, pele e contorno do rosto, fazendo-se necessária uma abordagem multidisciplinar para a complexidade de cada caso, por meio da interação de diversas especialidades da odontologia.^(10,50,79)

Atualmente, podemos observar deformidade facial em indivíduos que foram submetidos a tratamentos volumizadores, com grandes quantidades de materiais preenchedores, gerando uma situação de incerteza nos rumos a serem seguidos pela especialidade. Esses erros, insucessos e iatrogenias, são muitas vezes irreversíveis, surgindo a necessidade de o CD respeitar regimento o diagnóstico e o planejamento para o tratamento dos desequilíbrios estéticos da face, relacionando-os aos aspectos funcionais do sistema estomatognático.^(13,79)

Esse tipo de abordagem é muito mais complexo e abrangente do que a injeção de várias seringas de material preenchedor, exigindo que o profissional tenha conhecimento sobre crescimento, desenvolvimento, anatomia e fisiologia do sistema estomatognático e de todo o complexo craniofacial.⁽¹³⁾

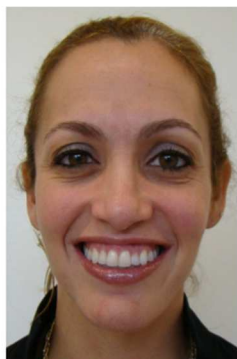
Sob esse ponto de vista, em relação à visão global da face, cujas alterações funcionais trazem, como consequências, desarmonias da face com comprometimento estético, esta pesquisa se propôs a investigar o grau de conhecimento de CD, por meio do desenvolvimento de um instrumento na forma de um questionário, para compilar os temas relacionados, propondo-se um projeto de curso de atualização que terá, como objetivo, apresentar soluções a questionamentos e dilemas que os CD sofrem nos casos em que se obtêm uma oclusão e/ou reabilitação do terço inferior da face de maneira plena, porém com pouca repercussão estética na face.

Em alguns casos, os pacientes portadores de DDF não alcançam a harmonia estética da face de forma global, refletindo negativamente sobre o seu grau de satisfação quanto ao tratamento. Com o advento da aplicação prática de procedimentos

oferecidos pela HOF, passou-se a obter resultados clínicos plenos de rejuvenescimento integral da face (Figura 2).



FOTOGRAFIAS DA
SITUAÇÃO INICIAL



APÓS CIRURGIAS
ORTOGNÁTICA E BICHECTOMIA



SITUAÇÃO APÓS 10 ANOS
DE ENVELHECIMENTO



APÓS PROTOCOLO DE
HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Figura 2. Caso clínico de “abordagem *full face* em Odontologia”, com *follow up* de 10 anos

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Com a finalidade de investigar o conhecimento dos CD em relação ao aspecto morfofuncional da face e propor um modelo de curso de atualização sobre o tema, fez-se necessário elaborar e validar um questionário para avaliação do conhecimento desses profissionais. Dessa forma, esta pesquisa de campo foi constituída em duas etapas: estudo metodológico e estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa.

A pesquisa de campo caracteriza-se por estudos nos quais a coleta de dados de indivíduos (em que as informações são buscadas diretamente de um grupo de interesse relacionado aos dados desejados) é somada à investigação bibliográfica. É especialmente útil em pesquisas exploratórias e descritivas, onde os entrevistados não podem ser identificados e a confidencialidade deve ser garantida.

O estudo metodológico faz uma descrição do processo de pesquisa do trabalho, organizando o pensamento científico. Por fim, o estudo descritivo-exploratório tenta compilar as informações quantificáveis, para que sejam utilizadas na análise estatística da amostra de uma população.^(80,81)

O método quantitativo foi escolhido por ser o mais adequado para o planejamento de ações coletivas. Os resultados da pesquisa quantitativa podem ser generalizados, pois busca-se a representatividade das amostras da população da qual são extraídas, utilizando recursos e técnicas estatísticas rígidas para analisar e classificar variáveis expressas como dados numéricos, porcentagens e médias.^(82,83)

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado junto ao banco de dados do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP). Para avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o aspecto morfofuncional da face, foi aplicado um questionário no formato *online*, disponibilizado pela plataforma *Google Forms* aos profissionais vinculados a este conselho.

O CROSP é uma autarquia regional do Conselho Federal de Odontologia (CFO), dotado de personalidade jurídica e de direito público, com autonomia administrativa e financeira, que tem a finalidade de fiscalizar a atuação do CD, supervisionando sua conduta ética no Estado de São Paulo, Brasil.

Segundo a Resolução Normativa nº. 08/2017, que regra a cooperação em pesquisas que envolvam dados resguardados para pesquisadores e docentes, solicitou-se autorização para disponibilização de questionário *online* aos membros associados, por meio de carta ao CROSP, que foi aprovada após algumas considerações e modificações, de modo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de pesquisa foram distribuídos, aos 103.948 CD inscritos e registrados no CROSP, no dia 9 de março de 2023 (Apêndices 1 e 2).

3.3 População e amostra

Para a etapa de validação do instrumento elaborado para este estudo foram selecionados 11 juízes expertos, incluindo especialistas e docentes em Ortodontia, CTBMF e HOF, que avaliaram o questionário em conjunto com a pesquisadora.

Após ser validado pelos juízes, o questionário foi submetido à fase de estudo piloto, para avaliar a compreensividade de seus itens por representantes da população-alvo, no qual participaram 24 CD, que assinaram eletronicamente o TCLE (Apêndice 1), e responderam ao questionário proposto (Apêndice 2), por meio da plataforma *Google Forms*.

Para a fase de implementação da pesquisa, com a aplicação do questionário à população-alvo, não foi previsto cálculo amostral, uma vez que o instrumento elaborado, validado por juízes e submetido a teste piloto, foi enviado a todos os CD inscritos e registrados no CROSP (Apêndice 2), a partir de 9 de março de 2023, permanecendo disponível para preenchimento na plataforma *Google Forms* por um período de 30 dias para a devolutiva de resposta, com prorrogação do prazo por mais 15 dias.

Houve baixa devolutiva de resposta, correspondendo a menos de 1% da população total (0,67%). Dos 711 respondentes, 11 foram excluídos por não assinarem eletronicamente o TCLE (Apêndice 1). Os demais motivos de exclusão foram: um caso citou não ter faculdade, outro não citou a faculdade cursada, outro caso não

citou a faculdade cursada e não respondeu ao questionário e outro não respondeu a Parte II do questionário. Portanto, 696 foram considerados como respostas válidas que cumpriram a todos os critérios de inclusão.

3.4 Operacionalização da coleta de dados

Com a finalidade de elaborar e validar o questionário sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação à abordagem morfofuncional da face, a etapa realizada para o estudo metodológico teve início pela busca de instrumento com finalidade semelhante, que tivesse sido validado e publicado, cuja base exploratória ocorreu em bancos de dados *online* da MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e *Google Scholar*.

Como não foi encontrado nenhum instrumento na literatura que servisse ao propósito de investigar o conhecimento dos dentistas na abordagem morfofuncional da face, decidiu-se pela elaboração de um instrumento original. O material obtido por meio da revisão de literatura foi utilizado como embasamento teórico para a formulação dos enunciados e das alternativas de resposta das questões que comporiam a versão preliminar do questionário.

Duas publicações serviram de base e ponto de partida para a formulação das questões. O trabalho realizado por Gava,⁽⁸⁴⁾ que se propunha a medir a percepção de pacientes em relação à cirurgia ortognática, e o trabalho desenvolvido por Rodrigues,⁽⁸⁵⁾ que foi idealizado para a investigação dos CD quanto aos riscos clínicos e aos aspectos legais e éticos na prática da rinomodelação e da bichectomia.

Após a elaboração do questionário, foram selecionados 11 juízes expertos para avaliá-lo, conforme recomendado na literatura. Com poder de critério de decisão sobre a pertinência e/ou a aceitação do item que teoricamente se refere,⁽⁸⁶⁾ esses juízes estavam em número representativo para a população, para a qual o instrumento se propôs a pesquisar, preferencialmente em número ímpar pela possível necessidade de promover desempate.⁽⁸⁷⁾

Após concordarem em participar do estudo e assinarem o TCLE (Apêndice 3), os membros do comitê de juízes julgariam o enunciado e as alternativas

das questões formuladas e que seriam aprimoradas e aperfeiçoadas até à 3ª. rodada (Apêndice 4) em relação aos seguintes critérios:

- A. Presença de empecilho na questão que a comprometesse quanto à sua clareza e compreensão.
- B. Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado.
- C. Evidência de viés de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante.

Esses critérios recebiam pontuação de 1 a 4, por meio de uma escala tipo *Likert*, para avaliar as questões em relação à capacidade de medir o que o instrumento se propõe,⁽⁸⁶⁾ tendo-se como descrição:

- 1. Inadequado (I) = item não equivalente
- 2. Parcialmente adequado (PA) = item que necessita de grande revisão para ser avaliado com equivalência
- 3. Adequado (A) = item equivalente ou que pode sofrer pequenas alterações
- 4. Totalmente adequado (TA) = item absolutamente equivalente

O item com avaliação 1(I) ou 2(PA) estaria reprovado, devendo ser revisado ou eliminado. Itens com avaliação 3(A) ou 4(TA) estariam aprovados. A partir daí, era calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), para medir a porcentagem de concordância entre os juízes na avaliação de cada questão, somando-se o número de respostas 3(A) ou 4(TA), e dividindo-se pelo número total de respostas, conforme a fórmula (Quadro 1):⁽⁸⁷⁾

Quadro 1. Cálculo do índice de validade de conteúdo

$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas 3(A) ou 4(TA)}}{\text{número total de respostas}}$
--

Também foi calculada a razão de validade de conteúdo (CVR), proposta por *Lawshe*, para a transformação linear de um nível proporcional de concordância sobre quantos *experts* dentro de um painel para classificar um item essencial, calculado conforme a fórmula (Quadro 2):⁽⁸⁸⁾

Quadro 2. Cálculo da razão de validade de conteúdo.

$\text{CVR} = \frac{\text{número de respostas 3(A) ou 4 (TA)} - (\text{número total de respostas} \div 2)}{(\text{número total de respostas} \div 2)}$
--

A construção do questionário foi realizada com base em conceitos advindos da literatura sobre o tema, viabilizando mensuração operacional ao ser submetido à análise semântica do comitê de especialistas, segundo os critérios de Pasqualli,⁽⁸⁹⁾ que são: 1) critério comportamental – os itens devem demonstrar comportamento; 2) objetividade – facilidade na determinação da resposta; 3) simplicidade – manifestar uma única ideia; 4) clareza – deve ser de fácil compreensão para todos os segmentos da população-alvo; 5) relevância – avaliar o conceito em questão; 6) precisão – cada item tem uma posição definida na construção, distinta dos demais elementos; 7) variedade – variar a linguagem utilizada e a forma como os elementos são expressos, por exemplo metade na afirmativa e metade na negativa; 8) modalidade – expressões como “muito” e “excelente” não devem ser utilizadas; 9) tipicidade – expressões típicas do atributo contidas nas frases; 10) credibilidade (*face validity*) – item não deve parecer desnecessário ou inapropriado para a faixa etária a que se destina.

A partir daí, seguiu-se a fase de estudo piloto, para verificar sua compreensividade e sua capacidade de desenvolver a coleta de dados e de produzir o efeito esperado, ou seja, mostrar-se devidamente capacitado para mensurar o objetivo para o qual ele foi proposto. Além disso, esta etapa permitiu a revisão e o aprimoramento do questionário previamente à sua distribuição a uma população-alvo.

Participaram do teste piloto 24 CD que não pertenciam ao Estado de São Paulo, inscritos e registrados nos conselhos regionais de seus Estados, que, após receberem uma carta de orientação, concordaram em assinar eletronicamente o TCLE (Apêndice 1) e se comprometeram a responder ao questionário proposto (Apêndice 2) de forma adequada e completa, sendo que os CD que fizeram parte do teste piloto foram orientados a não responder ao questionário caso recebessem novamente seu *link* de acesso, pois não deveriam participar da amostra do estudo referente à população-alvo.

Em seguida, o questionário foi disparado via correio eletrônico aos CD inscritos e registrados no CROSP, no período de 9 de março até o dia 3 de maio de 2023, permanecendo disponíveis por 40 dias úteis para a coleta de respostas, com o total de 696 respostas.

A partir dos dados coletados, elaborou-se uma proposta de curso de atualização para CD sobre a Abordagem *Full Face* em Odontologia, estruturado em 10

módulos, com carga horária de 60 horas, incluindo os temas evidenciados como lacunas do conhecimento entre os participantes do estudo (Apêndice 5).

3.5 Processamento e análise dos dados

Os juízes especialistas foram caracterizados pelas variáveis demográficas, a partir de média e desvio padrão, mínimo e máximo.⁽⁹⁰⁾ As respostas foram descritas de acordo com a frequência absoluta e relativa, avaliando a proporção de juízes que estão de acordo com os itens do instrumento.⁽⁹¹⁾

O IVC e o CVR foram calculados, para cada questão, e comparados com os valores obtidos e aos valores mínimos.^(87,88) A concordância entre os juízes foi avaliada pelos coeficientes de concordância AC2 (*agreement coefficient 2*) de Gwet, com pesos ordinais, devido às categorias de resposta (inadequada, parcialmente adequada, adequada ou totalmente adequada). Os valores do coeficiente de concordância poderiam variar de negativos (concordância pior que o acaso) a 1,00 (concordância perfeita), sendo que, quanto maiores, maior a evidência de concordância.⁽⁹²⁾

As respostas obtidas da aplicação do questionário no teste piloto e na população-alvo foram descritas por frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas, e por medianas e quartis, para as variáveis quantitativas. Tal escolha foi feita devido à assimetria observada para idade, ano de graduação e nota dos participantes. A distribuição das variáveis quantitativas foi estudada por histogramas, *boxplots*, gráficos de comparação de quartis e testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.⁽⁹⁰⁾

As análises foram realizadas com o auxílio dos pacotes R, irrCAC,⁽⁹³⁾ SPSS, v.26.0.⁽⁹⁴⁾

Todas as informações obtidas na fase de validação do questionário pelo comitê de juízes, de teste piloto e de implementação do questionário ao público-alvo, a partir das respostas obtidas, foram tabuladas em planilhas do software *Microsoft Excel* e, posteriormente, exportadas para um programa de análise estatística, com a finalidade de verificar as distribuições de frequência das respostas do questionário dirigido e, assim, serem correlacionadas com as representações em forma de gráficos e tabelas.

3.6 Procedimentos ético-legais

Este o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e pelo Sistema de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa (SGPP), ambos do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), via Plataforma Brasil (CCAE 55996422.0.0000.0071, protocolo 5.394.302), de acordo com as normas e os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos.⁽⁹⁵⁾

Trata-se da elaboração de um instrumento de avaliação de conhecimento original elaborado pela pesquisadora, cuja distribuição ao comitê de juízes ocorreu somente após as aprovações do SGPP e do CEP do HIAE, bem como após as devidas autorizações das áreas envolvidas.

Após sua validação por pares, o questionário foi submetido a teste piloto e foi disparado ao público de interesse após a anuência dos conselheiros do CROSP, sob nova gestão.

Os dados foram utilizados somente para a pesquisa em questão, preservando-se sua legitimidade confidencial aos juízes e aos CD, participantes do estudo, que concordaram em assinar eletronicamente o TCLE, exprimido sua vontade em participar da pesquisa, mediante responsabilidade e compromisso da pesquisadora.

Riscos

No desenvolvimento desta pesquisa, apesar de existir o risco involuntário ou não intencional, não ocorreram, em nenhum momento, quaisquer quebras de anonimato e/ou sigilo durante a elaboração desta pesquisa. Somente a pesquisadora teve acesso às informações e aos dados pessoais dos participantes, sendo toda a manipulação dos dados realizada em local reservado, com o risco minimizado, por não serem utilizados nomes de participantes, ou quaisquer outros dados que porventura pudessem identificar os juízes especialistas ou os CD da população-alvo envolvidos na pesquisa. Os participantes estavam livres para se recusar a responder quaisquer questões caso se sentissem desconfortáveis.

A pesquisadora disponibilizou seus dados para ser consultada ou contactada a qualquer momento, caso os participantes sentissem necessidade – o que ocorreu com 9 dos 11 juízes do comitê e com 1 CD do público-alvo da pesquisa.

Benefícios

Nenhum participante desta pesquisa, sejam membros do comitê de juízes ou CD participantes das fases de teste piloto ou de implementação do instrumento à população-alvo, obteve quaisquer benefícios diretos, em decorrência de seu envolvimento no estudo.

No entanto, o compartilhamento de seu conhecimento auxiliou na formulação deste instrumento de pesquisa, que poderá gerar, eventualmente, contribuições futuras a outros pesquisadores ou profissionais que se proponham a trabalhar com a integralidade do sistema estomatognático em seu caráter funcional e estético, podendo resultar em benefícios para pacientes, privilegiando a saúde da sociedade como um todo.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo submetido 1

Artigo a ser submetido para publicação no periódico científico Revista Eletrônica Acervo Saúde, ISSN: 2178-2091. Classificação Qualis-CAPES: B1

Elaboração e validação de um questionário para avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o tratamento funcional e estético da face.

Development and validation of a questionnaire to assess the knowledge of dental surgeons about the functional and aesthetic treatment of the face.

Desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar los conocimientos de los cirujanos-dentistas sobre el tratamiento funcional y estético del rostro

Vasconcellos, APT

de Carvalho, R

Almeida, FA

RESUMO

Introdução: A atuação do cirurgião-dentista (CD) sobre a estética facial, devido ao reconhecimento da harmonização orofacial como nova especialidade, suscitou questionamentos sobre sua competência nessa área e a necessidade de elaborar um instrumento para investigar o conhecimento desses profissionais sobre o assunto.

Objetivos: Elaborar e validar um questionário para avaliar o conhecimento de CD sobre o tratamento morfofuncional da face. **Método:** Estudo metodológico, realizado a partir de revisão de literatura, para a elaboração de um questionário validado por um comitê de 11 juízes e submetido a teste piloto com 24 CD. **Resultados:** Elaborado com 20 questões, abordando perfil do participante, conhecimento sobre a abordagem morfofuncional da face e interesse em realizar curso de atualização sobre o assunto, o questionário obteve excelente concordância entre os juízes após a 3ª. rodada (coeficiente de concordância AC2 de Gwet de 0,974, com IC95% entre 0,957 e 0,992 e valor-p<0,001), sendo então validado com índice de validade de conteúdo (IVC) acima

de 0,90 (90%) e razão de validade de conteúdo (CVR) acima de 0,80 (80%). O teste piloto com os CD apontou compreensividade de todos os itens. **Conclusões:** O questionário apresenta evidências de validade, mostrando-se apropriado para avaliar o conhecimento de CD sobre o tratamento funcional e estético da face.

Descritores: Deformidades Dentofaciais. Estética Dentária. Face. Inquéritos e Questionários. Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

ABSTRACT

Introduction: The performance of the dental surgeon (DS) on facial aesthetics due to the recognition of orofacial harmonization as a new specialty, raised questions about their competence in this area and the need to develop an instrument to investigate the knowledge of these professionals on the subject. **Objective:** To develop and validate a questionnaire to evaluate the knowledge of DS on the morphofunctional treatment of the face. **Method:** Methodological study based on a literature review for the elaboration of a questionnaire validated by a committee of 11 judges and submitted to a pilot test with 24 DS. **Results:** Elaborated with 20 questions, addressing the participant's profile, knowledge about the morphofunctional approach of the face and interest in conducting an update course on the subject, the questionnaire obtained excellent agreement between the judges after the 3rd. round (Gwet's agreement coefficient AC2 of 0.974, with 95%CI between 0.957 and 0.992 and p-value<0.001), being then validated with content validity index (CVI) above 0.90 (90%) and content validity ratio (CVR) above 0.80 (80%). The pilot test with DS showed the comprehensiveness of all items. **Conclusions:** The questionnaire presents evidence of validity, proving to be appropriate to evaluate the knowledge of DS about the functional and aesthetic treatment of the face.

Keywords: Dentofacial Deformities. Esthetics, Dental. Face. Surveys and Questionnaires. Minimally Invasive Surgical Procedures.

RESUMEN

Introducción: La actuación del cirujano-dentista (CD) en estética facial, debido al reconocimiento de la armonización orofacial como nueva especialidad, suscitó cuestionamientos sobre su competencia en esa área y la necesidad de desarrollar un instrumento para investigar el conocimiento de esos profesionales sobre el asunto.

Objetivo: Desarrollar y validar un cuestionario para evaluar el conocimiento de los CD sobre el tratamiento morfofuncional del rostro. **Método:** Estudio metodológico realizado a partir de revisión de literatura para la elaboración de un cuestionario validado por un comité de 11 jueces y sometido a prueba piloto con 24 CD. **Resultados:** Elaborado con 20 preguntas, abordando el perfil del participante, conocimientos sobre el abordaje morfofuncional del rostro e interés en realizar curso de actualización sobre el asunto, el cuestionario obtuvo excelente concordancia entre los jueces después de la 3ra. ronda (coeficiente de concordancia AC2 de *Gwet* de 0,974, con IC95% entre 0,957 y 0,992 y $p\text{-valor} < 0,001$), siendo entonces validado con índice de validez de contenido (CVI) superior a 0,90 (90%) y validez de contenido de razón (CVR) superior a 0,80 (80%). La prueba piloto con CD mostró comprensión de todos los elementos. **Conclusiones:** El cuestionario presenta evidencias de validez, mostrándose apropiado para evaluar el conocimiento del CD sobre el tratamiento funcional y estético del rostro.

Palabras clave: Deformidades Dentofaciales, Estética Dental, Rostro, Encuestas y Cuestionarios, Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos.

INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo atual é caracterizado pela influência da mídia e das redes sociais sobre o comportamento humano. A Era Digital, com o protagonismo da internet, ganhou amplo espaço na sociedade, gerando impactos psíquicos negativos sobre a autoestima, gerando autodepreciação, supervalorizando a estética e a cultura do narcisismo advindos deste contexto.⁽¹⁾

A pressão de uma opinião coletiva uniforme contribui significativamente para que ocorra uma busca incessante e ditatorial pelos padrões estéticos utópicos de beleza apresentados no mundo virtual.⁽²⁾

Esses processos interativos fantasiosos são técnicas propositais da indústria de cosméticos, para dar vida e realidade à ficção que move a sociedade pelo culto à

beleza, supervalorizando estereótipos pelo exagero de certas características corporais e faciais,^(2, 3) levando ao aquecimento do mercado global da medicina estética, avaliado em US\$ 99,1 bilhões, em 2021, segundo o relatório da *Aesthetic Medicine Market Size & Growth*, no qual os procedimentos minimamente invasivos tiveram participação superior a 50%, de acordo com a estimativa da empresa norte-americana *Grand View Research*, com expectativa de crescimento em cerca de 12 a 14% ao ano.⁽⁴⁾

Em decorrência do aumento desse mercado consumidor, intensificou-se a procura por procedimentos estéticos odontológicos. Este fenômeno também vem ocorrendo em relação à estética facial, de modo que os modismos e exageros de apelo midiático”,⁽²⁾ levam à procura por procedimentos de harmonização orofacial (HOF), capazes de modificar a aparência da face, sendo frequentemente correlacionados a pacientes com transtornos dismórficos. Diante dessas alterações psiquiátricas, podem ocorrer resultados cosméticos exagerados ou, ainda, mais gravemente, gerar deformidades faciais, muitas vezes irreversíveis.⁽⁵⁾

A Lei nº. 5.081, de 24 de agosto de 1966, permite que o CD possa prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em odontologia, além de praticar conhecimentos adquiridos em curso regular e em cursos de pós-graduação, não estando sujeito ao ato médico. Segundo esse raciocínio, a prática da HOF por CD não especialista é lícita, pois, segundo essa lei, está autorizada a prática de todos os atos decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em curso de pós-graduação.

Em 29 de janeiro de 2019, a HOF foi reconhecida como especialidade, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), conforme a Resolução nº. 198, definindo-a como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo CD em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face de forma integral, ou seja, dos dentes, do sorriso e da face, de acordo com a ética e a legalidade.⁽⁶⁾

Apesar de a HOF não se encontrar inserida na grade curricular do curso de graduação em odontologia, por ser uma especialidade nova, vários CD têm realizado procedimentos estéticos minimamente invasivos em sua prática clínica, sendo que muitos deles possuem uma carência de conhecimento técnico e formação profissional adequada. Seus cursos de atualização e aperfeiçoamento são voltados principalmente ao período transoperatório, com foco na aplicabilidade e na habilidade técnica, deixando

lacunas de conhecimento nos conceitos básicos em anatomia, fisiologia, diagnóstico, cuidados pré e pós-operatórios e tratamento das intercorrências.

Este fator limitador está relacionado ao desenvolvimento deste estudo, para subsidiar a capacidade técnica e a habilidade manual do CD na realização dos procedimentos envolvidos, além de verificar sua habilidade em diagnosticar as desordens dentofaciais (DDF). Estas desordens e sua interferência na fisiologia do sistema estomatognático necessitam de uma abordagem multidisciplinar, por meio da interação de diversas especialidades odontológicas, exigindo que o CD tenha capacidade de análise objetiva e realista, tanto do sorriso quanto da face do paciente.⁽⁷⁻¹¹⁾

Conhecer a influência do aspecto fisiológico sobre a estética facial é fundamental ao CD, pois, muitas vezes, os procedimentos de HOF são indicados incorretamente para pacientes com DDF.⁽¹²⁾ Esses casos necessitam de uma abordagem funcional prévia, por meio de um tratamento ortodôntico descompensatório combinado com cirurgia ortognática, de modo que os procedimentos de HOF sejam empreendidos como uma complementação de resultados estéticos para sua finalização.⁽⁷⁾

Com o intuito de investigar o conhecimento do CD sobre estética e funcionalidade do sistema estomatognático e sua atuação nas fases de pré, trans e pós-operatórias nos procedimentos estéticos, foi realizada uma busca na literatura acerca de instrumentos validados que possibilitassem avaliar esse conhecimento. Não sendo encontrado nenhum trabalho que se adequasse a esse propósito, decidiu-se pela elaboração de um questionário original.

Assim, os objetivos deste estudo são elaborar e validar um instrumento para avaliar o grau de conhecimento dos CD sobre o tratamento funcional e estético da face de forma completa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, com a finalidade de elaborar e validar o conhecimento dos CD, cuja primeira etapa constituiu-se em uma revisão de literatura utilizando as seguintes bases de dados e portais de busca: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe

em Ciências da Saúde), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e *Google Scholar*.

Duas publicações serviram de base e ponto de partida para a formulação das questões, na elaboração do questionário: um dos trabalhos, desenvolvido por Gava,⁽¹²⁾ propunha-se a medir a percepção de pacientes em relação à cirurgia ortognática; e outro, proposto por Rodrigues,⁽¹³⁾ buscou investigar, entre os CD, os riscos clínicos e os aspectos legais e éticos na prática da rinomodelação e da bichectomia.

A partir daí, elaborou-se um modelo de questionário que fosse eficaz, de fácil compreensão, simples e rápido de ser preenchido. Na etapa seguinte, procedeu-se a validação do questionário elaborado. Conforme recomendado na literatura, foram selecionados 11 juízes expertos, com poder de critério de decisão sobre a pertinência e/ou a aceitação do item que teoricamente se refere,⁽¹⁴⁾ estando em número representativo para a população para a qual o instrumento se propôs a pesquisar e, preferencialmente, em número ímpar – pela possível necessidade de promover desempate.⁽¹⁵⁾

Após receberem uma carta-convite explicando sobre seu papel na avaliação do questionário proposto, os juízes deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso concordassem em participar. O comitê de juízes foi convidado a julgar o enunciado e as alternativas das questões formuladas, em relação aos seguintes critérios: A- Presença de empecilho na questão que a comprometesse quanto à sua clareza e compreensão; B- Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C- Evidência de viés de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante.

Esses critérios recebiam pontuação de 1 a 4, por meio de uma escala tipo *Likert*, para avaliar as questões em relação à capacidade de medir o que o instrumento se propõe,⁽¹⁶⁾ tendo-se como descrição: 1- Inadequado (I) = item não equivalente; 2- Parcialmente adequado (PA) = item que necessita de grande revisão para ser avaliado com equivalência; 3- Adequado (A) = item equivalente ou que pode sofrer pequenas alterações; 4- Totalmente adequado (TA) = item absolutamente equivalente.

O item com avaliação 1(I) ou 2(PA) estaria reprovado, devendo ser revisado ou eliminado. Itens com avaliação 3(A) ou 4(TA) estariam aprovados. A partir daí, foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), para medir a porcentagem de

concordância entre os juízes, na avaliação de cada questão, somando-se o número de respostas 3(A) ou 4(TA), dividido pelo número total de respostas.

Também foi calculada a razão de validade de conteúdo (CVR), proposta por *Lawshe*, para a transformação linear de um nível proporcional de concordância sobre quantos *experts* dentro de um painel para classificar um item essencial,⁽¹⁶⁾ obtida através da soma do número de respostas 3(A) ou 4(TA), subtraindo-se pela média do número de respostas, dividido pela média do número de respostas.

Após três rodadas de avaliação, julgamento e aprimoramento das questões, pelo comitê de juízes em conjunto com as pesquisadoras, o questionário foi validado por pares, aprovado com IVC acima de 0,90 (90%) e CVR acima de 0,80 (80%).⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

A construção do questionário foi realizada com base em conceitos advindos da literatura sobre o tema, viabilizando mensuração operacional ao ser submetido à análise semântica do comitê de especialistas, segundo os critérios de Pasqualli,⁽¹⁷⁾ que são: 1) critério comportamental; 2) objetividade; 3) simplicidade; 4) clareza; 5) relevância; 6) precisão; 7) variedade; 8) modalidade; 9) tipicidade; 10) credibilidade (*face validity*).

Seguiu-se a fase de estudo piloto para verificar a compreensividade dos itens do questionário e sua capacidade de desenvolver a coleta de dados e de produzir o efeito esperado, ou seja, mostrar-se devidamente capacitado para mensurar o objetivo para o qual ele foi proposto. Além disso, esta etapa permite a revisão e o aprimoramento do questionário previamente à sua distribuição a uma população-alvo.

Participaram do teste piloto 24 CD, que não pertenciam ao estado de São Paulo, para avaliar o questionário proposto, por meio de um instrumento disponibilizado *online* via plataforma *Google Forms* – imediatamente após assinarem o TCLE eletronicamente.

RESULTADOS

a) Elaboração do questionário

O questionário elaborado foi estruturado em 20 questões, divididas em duas partes: Parte I, contendo 9 questões referentes à identificação do perfil dos CD (idade, sexo biológico, tempo e instituição de graduação, especializações, maior titulação e área de atuação profissional do participante); Parte II, contendo 10 questões referentes ao conhecimento sobre a relação entre a odontologia e a função e a estética facial, e 1

questão de opinião, relativa ao interesse em fazer um curso de atualização sobre o assunto. Por se tratar de um questionário com questões de múltipla escolha e questão de resposta única, o participante poderia deixar de responder a quaisquer questões, caso se sentisse inseguro ou desconfortável ou não soubesse responder.

b) Validação do instrumento

Na primeira versão avaliada do instrumento, todos os juízes cumpriram o prazo de 30 dias para a devolutiva das avaliações, cujos dados foram tabulados em planilhas do *software Microsoft Excel*. O número de juízes variou entre 9 e 11, a depender da questão considerada, sendo observadas proporções variáveis de juízes citando adequação e total adequação (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

Tabela 1. Descrição das avaliações do comitê de juízes da 1ª. rodada.

nº. da questão	critérios	Inadequada	Parcialmente adequada	Adequada	Totalmente adequada	total
1	A	3 (30,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	3 (30,0)	10
1	B	3 (27,3)	3 (27,3)	2 (18,2)	3 (27,3)	11
1	C	4 (40,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	3 (30,0)	10
2	A	4 (36,4)	1 (9,1)	2 (18,2)	4 (36,4)	11
2	B	3 (30,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	10
2	C	2 (20,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	10
3	A	3 (30,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	4 (40,0)	10
3	B	2 (18,2)	2 (18,2)	4 (36,4)	3 (27,3)	11
3	C	4 (40,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	10
4	A	2 (18,2)	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,4)	11
4	B	2 (20,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	10
4	C	3 (33,3)	0 (0,0)	3 (33,3)	3 (33,3)	9
5	A	4 (36,4)	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	11
5	B	3 (33,3)	1 (11,1)	4 (44,4)	1 (11,1)	9
5	C	2 (22,2)	0 (0,0)	5 (55,6)	2 (22,2)	9
6	A	2 (20,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	10
6	B	4 (36,4)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	11
6	C	2 (20,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	10
7	A	3 (30,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	10
7	B	3 (27,3)	0 (0,0)	5 (45,5)	3 (27,3)	11
7	C	3 (30,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	10
8	A	4 (36,4)	0 (0,0)	5 (45,5)	2 (18,2)	11

8	B	4 (36,4)	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	11
8	C	3 (27,3)	1 (9,1)	4 (36,4)	3 (27,3)	11
9	A	2 (18,2)	0 (0,0)	4 (36,4)	5 (45,5)	11
9	B	2 (18,2)	1 (9,1)	4 (36,4)	4 (36,4)	11
9	C	2 (18,2)	0 (0,0)	4 (36,4)	5 (45,5)	11
10	A	2 (18,2)	0 (0,0)	4 (36,4)	5 (45,5)	11
10	B	2 (18,2)	0 (0,0)	4 (36,4)	5 (45,5)	11
10	C	2 (18,2)	0 (0,0)	4 (36,4)	5 (45,5)	11

LEGENDAS: A - Presença de empecilho na questão que a comprometesse quanto à sua clareza e compreensão; B - Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C - Evidência de viés de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA., 2023.

Para estes números de juízes, os limites de proporção de adequação (adequada + totalmente adequada) são sugeridos o IVC de 0,89, para 9 juízes, de 0,90, para 10 juízes, e de 0,82, para 11 juízes. Para a CVR, os valores críticos para estes mesmos números de juízes são, respectivamente, 0,78, 0,80 e 0,64.⁽¹⁶⁾ Na Tabela 2, os resultados satisfatórios foram destacados em verde e os valores do IVC e da CVR estão em vermelho, cujos resultados foram insatisfatórios e insuficientes na maioria dos casos (25 de 30).

Tabela 2. Proporção de concordância e razão de validade de conteúdo na 1ª. rodada.

nº. da questão	critérios	IVC	Proporção de concordância crítica	CVR	CVR crítica	total
1	A	0,40	0,90	-0,20	0,80	10
1	B	0,45	0,82	-0,09	0,64	11
1	C	0,40	0,90	-0,20	0,80	10
2	A	0,55	0,82	0,09	0,64	11
2	B	0,50	0,90	0,00	0,80	10
2	C	0,50	0,90	0,00	0,80	10
3	A	0,60	0,90	0,20	0,80	10
3	B	0,64	0,82	0,27	0,64	11
3	C	0,50	0,90	0,00	0,80	10
4	A	0,64	0,82	0,27	0,64	11
4	B	0,70	0,90	0,40	0,80	10
4	C	0,67	0,89	0,33	0,78	9
5	A	0,55	0,82	0,09	0,64	11

5	B	0,56	0,89	0,11	0,78	9
5	C	0,78	0,89	0,56	0,78	9
6	A	0,70	0,90	0,40	0,80	10
6	B	0,45	0,82	-0,09	0,64	11
6	C	0,70	0,90	0,40	0,80	10
7	A	0,70	0,90	0,40	0,80	10
7	B	0,73	0,82	0,45	0,64	11
7	C	0,70	0,90	0,40	0,80	10
8	A	0,64	0,82	0,27	0,64	11
8	B	0,55	0,82	0,09	0,64	11
8	C	0,64	0,82	0,27	0,64	11
9	A	0,82	0,82	0,64	0,64	11
9	B	0,73	0,82	0,45	0,64	11
9	C	0,82	0,82	0,64	0,64	11
10	A	0,82	0,82	0,64	0,64	11
10	B	0,82	0,82	0,64	0,64	11
10	C	0,82	0,82	0,64	0,64	11

LEGENDAS: A - Presença de empecilho na questão que a comprometesse quanto à sua clareza e compreensão; B - Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C - Evidência de viés de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante; **IVC** – Índice de validade de conteúdo; **CVR** – Razão de validade de conteúdo. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA., 2023.

Quanto à concordância, o AC2 de *Gwet* estimado foi de -0,001 (IC 95%: -0,100 a 0,098, valor-p 0,984), ou seja, a concordância entre os juízes na 1ª. rodada foi considerada pior que o acaso.

Na 2ª. rodada de avaliação do questionário, todos os juízes descumpriram o prazo de 30 dias para a devolutiva, sendo necessário o contato telefônico de uma das pesquisadoras, que obteve o retorno dos pareceres e novas sugestões propostas. As questões 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 e 10 tiveram modificações nas alternativas; a questão 5 teve alteração em seu enunciado; a questão 11 foi adicionada para julgamento; foi acrescentado campo de anotação para sugestões em forma de linhas, após o quadro de avaliação dos critérios em todas as questões (Figura 1).

9. A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:

() age impedindo a liberação da acetilcolina nas fendas sinápticas.

() paralisa os tecidos cutâneos da face.

() preenche os tecidos faciais.

() age **como bioestimulador para o tratamento da flacidez cutânea.**

Como o juiz avalia essa pergunta?

CrITÉRIOS	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

Figura 1. Exemplo das modificações realizadas (em amarelo) para a 2ª. rodada. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Na segunda versão do instrumento, uma das juízas abandonou a pesquisa e o número de juízes foi 10 para todas as questões e alternativas (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição das avaliações do comitê de juízes da 2ª. rodada.

nº. da questão	crITÉRIOS	Inadequada	Parcialmente adequada	Adequada	Totalmente adequada	Total
1	A	0 (0,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
1	B	1 (10,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
1	C	0 (0,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	7 (70,0)	10
2	A	0 (0,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	7 (70,0)	10
2	B	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	10
2	C	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	10
3	A	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
3	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
3	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
4	A	0 (0,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	7 (70,0)	10
4	B	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	8 (80,0)	10
4	C	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	8 (80,0)	10
5	A	0 (0,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	5 (50,0)	10
5	B	1 (10,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
5	C	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	8 (80,0)	10

6	A	0 (0,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	5 (50,0)	10
6	B	0 (0,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	6 (60,0)	10
6	C	0 (0,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
7	A	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	10
7	B	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
7	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
8	A	1 (10,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
8	B	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
8	C	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	6 (60,0)	10
9	A	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	10
9	B	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	10
9	C	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	10
10	A	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	8 (80,0)	10
10	B	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10
10	C	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10
11	A	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	10
11	B	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
11	C	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	8 (80,0)	10

LEGENDAS: A - Presença de empecilho na questão que a comprometesse quanto à sua clareza e compreensão; B - Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C - Evidência de vies de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Após a tabulação dos dados, foram observadas maiores proporções de adequação em relação à 1ª. rodada. Para 10 juízes, os limites de proporção de adequação (adequada + totalmente adequada) são sugeridos para o IVC como 0,90 e a CVR crítica sugerida como 0,80.⁽¹⁶⁾ Na Tabela 4, os resultados satisfatórios foram destacados em verde e os valores do IVC e da CVR estão em vermelho, cujos resultados foram insuficientes, com minoria insatisfatória (11 de 33).

Tabela 4. Proporção de concordância e razão de validade de conteúdo na 2ª. rodada.

nº. da questão	critérios	IVC	Proporção de concordância crítica	CVR	CVR crítica	Total
1	A	0,80	0,90	0,60	0,80	10
1	B	0,80	0,90	0,60	0,80	10
1	C	0,90	0,90	0,80	0,80	10
2	A	0,90	0,90	0,80	0,80	10

2	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
2	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
3	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
3	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
3	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
4	A	0,80	0,90	0,60	0,80	10
4	B	0,90	0,90	0,80	0,80	10
4	C	0,90	0,90	0,80	0,80	10
5	A	0,80	0,90	0,60	0,80	10
5	B	0,80	0,90	0,60	0,80	10
5	C	0,90	0,90	0,80	0,80	10
6	A	0,70	0,90	0,40	0,80	10
6	B	0,70	0,90	0,40	0,80	10
6	C	0,80	0,90	0,60	0,80	10
7	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
7	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
7	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
8	A	0,80	0,90	0,60	0,80	10
8	B	0,80	0,90	0,60	0,80	10
8	C	0,80	0,90	0,60	0,80	10
9	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
9	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
9	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
10	A	0,90	0,90	0,80	0,80	10
10	B	0,90	0,90	0,80	0,80	10
10	C	0,90	0,90	0,80	0,80	10
11	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
11	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
11	C	0,90	0,90	0,80	0,80	10

LEGENDAS: A - Presença de empecilho na questão que a comprometesse quanto à sua clareza e compreensão; B - Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C - Evidência de viés de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante; **IVC** – Índice de validade de conteúdo; **CVR** – Razão de validade de conteúdo. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Quanto ao coeficiente de concordância entre os juízes, o AC2 de *Gwet* estimado para a 2ª. rodada, foi de 0,778 (IC95%: 0,703 a 0,853, valor- $p < 0,001$), indicando boa concordância entre os juízes.

Na 3ª. rodada de avaliação, apenas um único juiz utilizou-se das linhas adicionadas para redigir sugestões. Por contato telefônico com a pesquisadora, foi

sugerida (como modificação) a opção “todas as alternativas estão corretas”, como alternativa de resposta em todas as questões (Figura 2).

9. A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:

() age impedindo a liberação da acetilcolina nas fendas sinápticas.

() tem a capacidade de paralisar os tecidos moles que compõem a face.

() é um gel **volumizador** que preenche os tecidos faciais.

() **todas as alternativas anteriores estão corretas.**

Como o juiz avalia essa pergunta?

Crítérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

Figura 2. Exemplo das modificações realizadas (em verde) para a 3ª. rodada. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Na 3ª. rodada de avaliação do instrumento, o número de juízes permaneceu 10, para a avaliação dos enunciados e alternativas das questões (Tabela 5).

Tabela 5. Descrição das avaliações do comitê de juízes da 3ª. rodada.

nº. da questão	crítérios	Inadequada	Parcialmente adequada	Adequada	Totalmente adequada	Total
1	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
1	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
1	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
2	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
2	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
2	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
3	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
3	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
3	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
4	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
4	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
4	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
5	A	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10

5	B	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10
5	C	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10
6	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
6	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
6	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
7	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
7	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
7	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
8	A	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
8	B	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
8	C	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
9	A	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
9	B	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10
9	C	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
10	A	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	10
10	B	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
10	C	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	10
11	A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
11	B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10
11	C	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	10

LEGENDAS: A - Presença de empecilho na questão que a compromettesse quanto à sua clareza e compreensão; B - Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C - Evidência de viés de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Foram observadas proporções de adequação para a maioria das questões. Para 10 juízes, consideramos os mesmos limites anteriores de proporção de adequação, de 0,90, para o IVC, e de 0,80, para a CVR crítica. A Tabela 6 mostra que os resultados foram satisfatórios para todas as questões e alternativas, sendo destacados em verde.

Tabela 6. Proporção de concordância e razão de validade de conteúdo na 3ª. rodada.

nº. da questão	critérios	IVC	Proporção de concordância crítica	CVR	CVR crítica	Total
1	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
1	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
1	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
2	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10

2	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
2	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
3	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
3	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
3	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
4	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
4	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
4	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
5	A	0,90	0,90	0,80	0,80	10
5	B	0,90	0,90	0,80	0,80	10
5	C	0,90	0,90	0,80	0,80	10
6	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
6	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
6	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
7	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
7	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
7	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
8	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
8	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
8	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
9	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
9	B	0,90	0,90	0,80	0,80	10
9	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
10	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
10	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
10	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10
11	A	1,00	0,90	1,00	0,80	10
11	B	1,00	0,90	1,00	0,80	10
11	C	1,00	0,90	1,00	0,80	10

LEGENDAS: A - Presença de empecilho na questão que a compromettesse quanto à sua clareza e compreensão; B - Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra questão no instrumento elaborado; C - Evidência de vies de indução no enunciado da questão que pudesse influenciar a resposta do participante; **IVC** – Índice de validade de conteúdo; **CVR** – Razão de validade de conteúdo. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Quanto à concordância entre os juízes, o coeficiente de concordância AC2 de *Gwet*, na 3ª. rodada foi de 0,974 (IC95%: 0,957 a 0,992, valor-p<0,001), indicando excelente concordância entre os juízes. Chegou-se assim, à versão final do questionário validado, que pode ser acessada por meio do *link*:

<https://docs.google.com/forms/d/12RD8Ajv5V0D2tNqtvaUwHUxDHbeDqkfF6TxmMyw1AU/edit>

O teste piloto teve duração de 15 dias, com a participação de 24 CD, predominantemente do sexo feminino (19, 79,2%), com média de idade de 39 anos, graduados em odontologia entre os anos de 1990 e 2021, em igual frequência para instituições públicas e privadas (12, 50%), sendo a especialização a titulação mais frequente (15, 79,2%).

Os resultados das respostas da Parte II foram organizados em tabela, com colunas de respostas, para cada questão, em válidas, corretas, incorretas e ausentes (caso o respondente decidisse por não responder à alguma questão). Para todas as questões, a alternativa correta foi escolhida de pela maioria dos respondentes, com média de assertividade de 76,7% e índice de abstenção de resposta de 0,8% (Tabela 7).

Tabela 7. Caracterização do índice de resposta do Teste Piloto de acordo com as questões analisadas (n=24).

nº.	Questões	Respostas válidas n (%)	Respostas corretas	Respostas incorretas	Respostas ausentes
1	A HOF deve ser realizada por CD porque:	24 (100%)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0
2	A análise facial é útil para:	24 (100%)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0
3	Em relação à classificação dos indivíduos em padrões faciais pode-se afirmar que:	24 (100%)	18 (75%)	6 (25%)	0
4	Em relação ao padrão face longa, pode-se afirmar que:	24 (100%)	19 (79,2%)	5 (20,8%)	0
5	Em relação ao preparo ortodôntico descompensatório, pode-se afirmar que	23 (95,8%)	15 (62,5%)	8 (33,3%)	1 (4,2%)
6	A cirurgia ortognática	24 (100%)	19 (79,2%)	5 (20,8%)	0
7	Em relação ao envelhecimento da face, pode-se afirmar que:	24 (100%)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0
8	A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:	23 (95,8%)	17 (70,8%)	6 (25%)	1 (4,2%)
9	Em relação aos preenchedores faciais:	24 (100%)	17 (70,8%)	7 (29,2%)	0

10	A cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal, conhecida como Bichectomia, é indicada para:	24 (100%)	16 (66,7%)	8 (33,3%)	0
Média		24 (99,2%)	18 (76,7%)	5 (22,5%)	0,2 (0,8%)

Fonte: Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

As questões 1, 2 e 7 foram as que apresentaram o maior índice de assertividade (21, 87,5%), enquanto a questão 5 (15, 62,5%) teve o menor índice de acerto, sendo que 1 dos participantes não respondeu às questões 5 e 8 (1, 4,2%) (Figura 3).

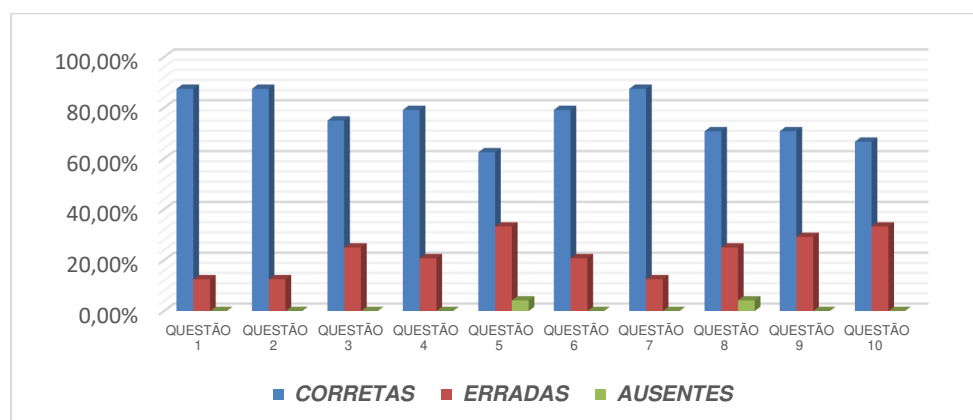


Figura 3. Caracterização do índice de resposta dos participantes do teste piloto, de acordo com as questões analisadas na Parte II (n=24). **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

A questão 11, a única questão de opinião do questionário, revelou que a maioria dos participantes do teste piloto (14; 58,3%) manifestou interesse em realizar um curso de atualização sobre o assunto.

DISCUSSÃO

A elaboração e a validação deste questionário surgiram da necessidade de se obter um instrumento para verificar o grau de conhecimento que o profissional de odontologia tem com relação à função e à estética da face.

A abordagem da face de forma integral requer conhecimentos de anatomia, histologia e fisiologia dos tecidos faciais; respiração, deglutição, fonoarticulação, oclusão dentária; reabilitação dentária, ortodôntica e protética; e metabolismo e fisiologia do processo de envelhecimento facial.

O conhecimento do CD, em relação à influência do aspecto fisiológico sobre a estética facial, é fundamental na abordagem de pacientes acometidos de distúrbios dentofaciais, por meio de um tratamento ortodôntico descompensatório combinado com cirurgia ortognática, em que os procedimentos de HOF podem ser empreendidos como uma complementação de resultados estéticos para sua finalização.⁽¹¹⁾

Esta visão funcional muda toda a forma do papel do CD frente à especialidade de HOF – e a visão da própria população em relação à profissão odontológica.

A ideia de elaborar e validar um instrumento para avaliar o grau de conhecimento dos CD sobre o tratamento funcional e estético da face de forma completa – a abordagem *full face* – vem ao encontro dos questionamentos e das especulações midiáticas que a odontologia tem sofrido, atualmente, acerca de sua competência técnica para a realização de procedimentos minimamente invasivos e cirúrgicos de HOF. Ao atender à essa necessidade de avaliação do conhecimento dos profissionais, o uso do questionário proposto possibilita identificar as lacunas, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de cursos de capacitação sobre o tema.

Foi possível perceber que o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa é um processo metodológico complexo e trabalhoso, mas fundamental para se obter questionários com atributos de confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade, validade, responsividade e compreensibilidade.⁽¹⁵⁾

Para dar início ao processo de elaboração do questionário, no presente estudo, foi realizado um levantamento da literatura científica disponível, em busca de modelos de instrumentos de pesquisa já existentes e validados que atendessem ao propósito de avaliar o conhecimento do CD sobre o tema em questão. Surpreendentemente, foi possível constatar que, embora instrumentos de pesquisa sejam essenciais para pesquisadores e profissionais da área de saúde,⁽¹⁵⁾ o número de estudos de validação de instrumentos de pesquisa na área da odontologia é extremamente baixo. A maioria deles é realizada por pesquisadores de universidades públicas, de São Paulo e Minas Gerais, entre os anos de 2018 e 2019, abordando principalmente constructos relacionados à saúde bucal e à qualidade de vida,⁽¹⁸⁾ fugindo totalmente do escopo da presente pesquisa.

Em virtude da pandemia, optou-se por elaborar um questionário com alternativas de múltipla escolha no formato *online*, devido à praticidade, ao baixo custo e à rapidez na coleta de dados. Embora o embasamento teórico sobre o tema tenha sido

abrangente, o processo de criação do instrumento foi complexo, tanto no que se refere ao planejamento das questões, quanto na escolha do conteúdo e do formato de resposta (aberta ou múltipla escolha), mesmo utilizando-se dois questionários existentes como modelos de referência.

Durante o processo de validação do instrumento, realizado por comitê de juízes *experts* com experiência em docência e prática clínica relacionada à temática, verificou-se que os valores do IVC e da CVR foram insatisfatórios e insuficientes nas 1ª. e 2ª. rodadas, mas excelentes na 3ª. rodada de avaliação. Estes índices que medem a concordância dos membros do comitê de forma quantitativa, por meio da proporção ou da porcentagem de juízes em concordância sobre os critérios a serem analisados em cada questão, sendo calculados por meio de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos ordinais, constatando-se, portanto, uma evolução crescente de adequação das questões em seu enunciado e em suas alternativas a cada rodada de avaliação.

Esta etapa foi muito desafiadora nesta pesquisa, pois, apesar de orientados sobre como proceder o processo de validação,⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ conforme as rodadas de avaliação foram se repetindo, observou-se diminuição na motivação (por parte dos juízes) em participar nas rodadas subsequentes, nem sempre preenchendo completamente os campos de avaliação do instrumento de análise, nem sempre respeitando os prazos estabelecidos para devolução das avaliações às pesquisadoras.

Entende-se que provavelmente o excesso de demandas na rotina diária de vida desses juízes, deve ter contribuído para a ocorrência deste fato. Ressalta-se, portanto, a importância de se disponibilizar instrumentos de registro das avaliações claros, concisos e de fácil compreensão e preenchimento, contribuindo para que a devolutiva dos pareceres seja mais efetiva.

Por conta dessas dificuldades encontradas, associadas ao fator limitador do prazo para o retorno das respostas, adotou-se como estratégia o contato telefônico estabelecido entre uma das pesquisadoras e cada juiz do comitê. Esse procedimento foi fundamental para a continuidade da pesquisa, viabilizando um trabalho conjunto de aprimoramento das questões, com maior transparência no posicionamento e na capacidade de crítica de cada juiz, ao apontar falhas, melhorando a qualidade e a eficiência tanto do enunciado quanto das alternativas de cada questão.

Um instrumento de pesquisa possibilita a coleta de dados em todos os segmentos da população, sem que o entrevistador esteja presente. Nesse processo, o

teste piloto é uma forma de simulação para ver o comportamento de um instrumento em uma amostra reduzida, sendo que seus participantes não devem fazer parte da amostra final.⁽¹⁹⁾ Este estudo prévio é de suma importância para verificar o desempenho e a adequação de um questionário durante a coleta de dados, verificando sua compreensibilidade e capacidade de medir as variáveis às quais a pesquisa se propõe a medir.⁽²⁰⁾

Durante essa etapa, foi possível detectar uma falha técnica na programação do formulário *Google Forms* referente à questão 9 da Parte I, que foi resolvida por meio da adequação das configurações da própria plataforma, reprogramando-a para o aceite de mais de uma alternativa de resposta no item referente à atuação dos respondentes.

Este estudo foi conclusivo para verificar que a metodologia seria eficiente na coleta dos dados e para comprovar que o instrumento estava compreensível quanto ao entendimento dos itens a serem respondidos.

Os resultados do teste piloto mostraram que o instrumento proposto se apresentou viável para seu uso na avaliação do conhecimento dos CD sobre o tema do estudo, assegurando que todos os aspectos significativos à proposta da investigação fossem analisados e avaliados, para o alinhamento das evidências e das hipóteses levantadas.

A partir desse ponto, seria interessante realizar a implementação prática do instrumento proposto à uma população-alvo – para verificar se existe semelhança nos resultados e nos dados coletados em uma amostra mais abrangente, para investigar o conhecimento do CD sobre o tratamento funcional e estético da face, e identificar possíveis lacunas de seu conhecimento em relação à abordagem *full face* em odontologia.

Mais estudos devem ser realizados para avaliar as propriedades psicométricas desse questionário quanto à sua eficiência, estabilidade e homogeneidade, para que possa ser utilizado com segurança como estratégia, em atividades de ensino, por pesquisadores e profissionais de outras áreas da saúde, que também atuam clinicamente sobre a abordagem morfofuncional da face por meio dos procedimentos minimamente invasivos.

CONCLUSÃO

Este estudo viabilizou a elaboração e a validação de um questionário para avaliação do grau de conhecimento dos CD sobre o tratamento morfofuncional da face, por meio de questões aprimoradas por um comitê de juízes com expertise em tratamentos faciais, em conjunto com as pesquisadoras. Todas as questões foram aprovadas na 3ª. rodada de avaliação dos juízes, obtendo-se IVC médio de 0,99 e CVR média de 0,98, com coeficiente de concordância AC2 de *Gwet* de 0,974 (IC95%: 0,957 a 0,992, valor- $p < 0,001$), indicando excelente concordância entre os juízes.

O teste piloto comprovou que o questionário teve comportamento eficiente para a coleta dos dados, com compreensividade dos itens a serem respondidos, viabilizando sua implementação junto à população alvo, evidenciando-se a importância de serem realizados novos estudos para o aprimoramento do questionário, de modo que seu uso possa ser ampliado para outros contextos na área do ensino corporativo e acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. de Oliveira MR, Machado JSA. O insuportável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2021; 26(7): 2663-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08782021>
2. de Carvalho OLP. O imbecil coletivo. *Atualidades incultuais brasileiras*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1996.
3. Zanetti MC, Moiolli A, Schiavon MK, Rebustini F, Machado AA. Corpos belos nos ambientes virtuais: estudo por meio da sociologia visual. *Rev Educ Fis UEM*. 2012; 23(3): 411-20. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v23i3.16987>
4. Relatório de análise de tamanho, participação e tendências do mercado Medicina estética por tipo de procedimento (procedimentos invasivos, procedimentos não invasivos), por região (América do Norte, Europa, APAC, LATAM, MEA) e previsões de segmento, 2022–2030. 130 páginas. ID: 978-1-68038-733-9

5. Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(6): 569-79.
<https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000600002>
6. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 198, de 29 de janeiro de 2019. Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília. 29 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/resolucao-cfo-%20198-2019/>
7. Figueiredo CP. A utilização de recursos da harmonização orofacial na finalização de tratamentos ortodônticos. [Monografia de Curso de Especialização em Estética Orofacial]. São Paulo: Faculdade Sete Lagoas; 16 de outubro de 2021. [citado 2021 Mai 21]. Disponível em: <https://faculdefacsete.edu.br/monografia/items/show/264>
8. Nogueira LT, Lins AAB, Amorim JS. O uso do ácido hialurônico e toxina botulínica na harmonização orofacial: revisão de literatura. *Revista Cathedral*. 2020; 2(3): 103-10.
<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/186>
9. Santos BC, Dantas LF, Silva SC, Lima LHA, Agra DM, Fernandes DC. Odontologia estética e qualidade de vida: revisão integrativa. *Caderno de graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - Unit – Alagoas*. 2017; 3(3): 91.
<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/3328>
10. Cavalcanti AN, Azevedo JF, Mathias P. Harmonização orofacial: a odontologia além do sorriso. *J Dent Public Health*. 2017; 8(2): 35-6.
11. Trench JA, de Araújo RPC. Deformidades dentofaciais: características miofuncionais orofaciais. *Rev CEFAC*. 2015; 17(4): 1202-14.
<https://doi.org/10.1590/1982-0216201517414014>
12. Gava ECB. Validade e confiabilidade do questionário de qualidade de vida para pacientes orto-cirúrgicos (B-OQLQ). [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/14138>

13. Rodrigues LG. Harmonização orofacial: análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os riscos clínicos e aspectos legais e éticos na prática da rinomodelação e bichectomia. [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2021. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/11264>
14. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017; 26(3): 649-59. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
15. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):925-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
16. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and valuation in Counseling and Development*. 2014; 47: 79-86.
17. Pasqualli L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/instrumentacao-psicologica-fundamentos-e-praticas-luiz-pasqualli-2010pdf-pdf-free.html>
18. Aires BLA, Santos J de A, Costa SR de M, Gonzaga AKG, Silva e Farias IP, Firmino RT. Validação de instrumentos de pesquisa odontológica no Brasil : um estudo bibliométrico com base nos anais de um congresso brasileiro. *Arq Odontol [Internet]*. 15º de março de 2022 [citado 24º de julho de 2023];57:69-77. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivo odontologia/article/view/25157>
19. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007. Disponível em: http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf

20. e Silva CRO. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC; 2004.

4.2 Artigo submetido 2

Artigo a ser submetido para publicação no periódico científico Revista Eletrônica Acervo Saúde, ISSN: 2178-2091. Classificação Qualis-CAPES: B1 (Anexo 2).

Abordagem Full Face em Odontologia: conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o tratamento morfofuncional da face

Full Face Approach in Dentistry: knowledge of dental surgeons about the morphofunctional treatment of the face

Abordaje Full Face en Odontología: conocimiento de los cirujanos-dentistas sobre el tratamiento morfofuncional del rostro

*Vasconcellos, APT
de Carvalho, R
Almeida, FA*

RESUMO

Introdução: O reconhecimento da harmonização orofacial (HOF) como especialidade da odontologia, pelo Conselho Federal de Odontologia suscitou questionamentos sobre a atuação do cirurgião-dentista (CD) sobre a estética da face e seu conhecimento sobre a abordagem *full face*. **Objetivo:** Verificar o conhecimento de CD sobre o tratamento morfofuncional da face e propor um modelo de curso de atualização a partir das lacunas de conhecimento identificadas. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com CD ativos e registrados junto ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), em 2023, por meio da aplicação de questionário validado. Os dados foram descritos por frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas, e por medianas e quartis para as variáveis quantitativas. **Resultados:** Os 696 respondentes apresentaram média de assertividade de 72,3% quanto aos conhecimentos sobre o diagnóstico e o tratamento da abordagem

morfofuncional da face, com menor assertividade (50%) para as questões sobre bichectomia e preparo ortodôntico descompensatório preparatório para cirurgia ortognática. Graduados sem nenhuma pós-graduação foram os que manifestaram maior interesse em atualizar os conhecimentos sobre HOF (69,6%), com escores de assertividade inferiores para todas as questões em relação aos demais CD com pós-graduação. Propõe-se um curso de atualização sobre o tema, contendo 10 módulos e carga total de 60 horas. **Conclusões:** CD possuem conhecimento satisfatório em relação ao aspecto morfofuncional da face, verificando-se ainda seu interesse em se atualizarem sobre o assunto após a graduação.

Descritores: Deformidades Dentofaciais. Estética Dentária. Face. Inquéritos e Questionários. Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

ABSTRACT

Introduction: The recognition of Orofacial Harmonization (OFH) as a specialty of Dentistry by the Federal Council of Dentistry, raised questions about the performance of dental surgeon (DS) on facial aesthetics and their knowledge of the full face approach.

Objective: To verify the knowledge of the DS about the morphofunctional treatment of the face and propose a model of updating course from the identified knowledge gaps.

Method: Descriptive-exploratory study, with a quantitative approach, conducted with active DS and registered with the Regional Council of Dentistry of São Paulo, in 2023, through the application of a validated questionnaire. Data were described by absolute and relative frequencies for categorical variables and by medians and quartiles for quantitative variables. **Results:** The 696 respondents had a mean assertiveness of 72.3% regarding knowledge about the diagnosis and treatment of the morphofunctional approach of the face, with lower assertiveness (50%) for questions about bichectomy and orthodontic decompensatory preparation for orthognathic surgery. Graduates without any postgraduate degree were those who expressed the greatest interest in updating their knowledge about OFH (69.6%), with lower assertiveness scores for all questions compared to others with postgraduate degrees. An update course on the subject is proposed, containing 10 modules and a total load of 60 hours. **Conclusions:** DS have

satisfactory knowledge regarding the morphofunctional aspect of the face, demonstrating interest in updating themselves on the subject after graduation.

Keywords: Dentofacial Deformities. Esthetics, Dental. Face. Surveys and Questionnaires. Minimally Invasive Surgical Procedures.

RESUMEN

Introducción: El reconocimiento de la armonización orofacial (AOF) como especialidad de la odontología, por el Consejo Federal de Odontología (CFO), suscitó cuestionamientos sobre la actuación del cirujano-dentista (CD) sobre la estética del rostro y su conocimiento sobre el abordaje *full face*. **Objetivo:** Verificar el conocimiento de los CD sobre el tratamiento morfofuncional del rostro y proponer un modelo de curso de actualización a partir de las lagunas de conocimiento identificadas. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje cuantitativo, realizado con CD activos y registrados junto al Consejo Regional de Odontología de São Paulo (CROSP), en 2023, por medio de la aplicación de cuestionario validado. Los datos fueron descritos por frecuencias absolutas y relativas, para las variables categóricas, y por medianas y cuartiles para las variables cuantitativas. **Resultados:** Los 696 encuestados presentaron un promedio de asertividad del 72,3% en cuanto a conocimientos sobre el diagnóstico y el tratamiento del abordaje morfofuncional del rostro, con menor asertividad (50%) para las cuestiones sobre bichectomía y preparación ortodóncica descompensatoria preparatoria para cirugía ortognática. Graduados sin ningún posgrado fueron los que manifestaron mayor interés en actualizar los conocimientos sobre armonización orofacial (AOF) (69,6%), con puntuaciones de asertividad inferiores para todas las cuestiones con relación a los demás CD con posgrado. Se propone un curso de actualización sobre el tema, conteniendo 10 módulos y duración total de 60 horas. **Conclusiones:** CD poseen conocimiento satisfactorio con relación al aspecto morfofuncional del rostro, verificándose aún su interés en actualizarse sobre el asunto después de la graduación.

Palabras clave: Deformidades Dentofaciales, Estética Dental, Rostro, Encuestas y Cuestionarios, Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos.

INTRODUÇÃO

A pressão de uma opinião coletiva uniforme vai moldando as opiniões dos indivíduos, que passam a aderir aos poucos à opinião de massa e – por meio de anúncios publicitários, revistas, propagandas e outros meios de comunicação – vão influenciando a moda. Este fato contribui significativamente para que ocorra a busca incessante e ditatorial pelos padrões estéticos utópicos de beleza apresentados no mundo virtual, evidenciando a fragilidade e a superficialidade das relações da sociedade atual.⁽¹⁾

Nesse contexto, a odontologia também foi impactada, aumentando o interesse por procedimentos que viabilizam soluções imediatistas e exageradas para a estética dentária, levando a pessoa a abdicar, muitas vezes, da própria saúde e da naturalidade do sorriso original. O desgaste de dentes naturais e hígidos, para serem substituídos por lentes de cerâmica, é um desses procedimentos de alto custo, que modificam a forma e a coloração do dente.

Assim como na estética dentária, o mesmo fenômeno vem ocorrendo em relação à estética facial, desencadeando a procura por procedimentos de harmonização orofacial (HOF) capazes de modificar a aparência da face. Nesse sentido, os modismos e exageros de apelo midiático⁽¹⁾ estão frequentemente correlacionados a pacientes com transtornos dismórficos, podendo gerar deformidades irreversíveis sobre a face ou levar a resultados cosméticos exagerados.⁽²⁾

A HOF foi reconhecida como especialidade em 29 de janeiro de 2019, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), pela Resolução nº. 198. Constitui-se por um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista (CD) em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face de forma integral, ou seja, dos dentes, do sorriso e da face, de acordo com a ética e a legalidade.⁽³⁾

O objetivo primário da HOF é adequar os tecidos moles que compõem a face às estruturas dentárias e esqueléticas, com a finalidade de promover longevidade e saúde aos dentes e ao periodonto, promovendo seu refinamento e sua finalização estética em relação aos lábios e ao sorriso,^(4, 5) conduzindo o paciente à sua normalidade fisiológica, com resultados estéticos mais naturais, estáveis e individualizados.^(3, 6)

Do mesmo modo como aconteceu com a ortodontia na década de 1990, a mídia alerta sobre vítimas de tratamentos de HOF realizados por profissionais sem especialização na área facial, cuja carência de preparo científico leva a insistentes

questionamentos quanto à competência do CD, pela classe médica, que alega ter a odontologia expandido sua área de atuação profissional para além dos limites legais em sua abordagem sobre a face.⁽⁷⁻⁹⁾

Assim como nos demais ramos de saúde que atuam nessa área, a capacidade técnica e a habilidade manual do CD são fundamentais para a realização dos procedimentos de HOF, além do seu conhecimento para diagnosticar as desordens dentofaciais (DDF), cuja interferência na fisiologia do sistema estomatognático torna necessária uma abordagem multidisciplinar das especialidades odontológicas, exigindo do CD habilidade para uma análise objetiva e realista, tanto do sorriso quanto da face do paciente.^(4-6, 8-9)

A ocorrência de iatrogenias causadas pela má condução dos tratamentos minimamente invasivos constitui danos à integridade psíquica e física das vítimas. Refletindo sobre essa realidade – e tendo em vista o conflito existente no ordenamento jurídico brasileiro, no que diz respeito à prática do CD não especialista – surgiu o interesse em realizar este estudo a partir da seguinte questão norteadora: “Qual o conhecimento da categoria dos CD em relação ao tratamento funcional e estético da face na abordagem *full face*?”.

Assim, este estudo tem como objetivo verificar o conhecimento de CD sobre o tratamento morfofuncional da face e propor um modelo de curso de atualização a partir das lacunas de conhecimento identificadas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem quantitativa, realizada com CD ativos e registrados junto ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) em 2023, por meio da aplicação de um questionário disponibilizado pela plataforma *Google Forms*. Este questionário é composto por 10 questões relativas ao perfil do participante, 10 questões de múltipla escolha relativas à abordagem funcional e estética da face no pré, no trans e no pós-procedimentos, e 1 questão para verificar o interesse em realizar um curso de atualização sobre o assunto. O questionário foi validado por um comitê de juízes e submetido a um teste piloto com 25 CD, para mensurar o objetivo para o qual ele foi proposto, ou seja, investigar o conhecimento dos CD sobre o tratamento funcional e estético da face segundo a abordagem *full face*.

Foi disponibilizado via plataforma *Google Forms*, pelo período de 40 dias, e seu *link* de acesso foi enviado por *e-mail* a 103.948 CD inscritos e registrados no *CROSP*, segundo a Resolução Normativa nº. 08/2017, no dia 9 de março de 2023.

Houve baixa devolutiva de resposta, correspondendo a menos de 1% da população total (0,67%). Dos 711 respondentes, 4 foram excluídos devido ao preenchimento incompleto do questionário, enquanto 11 foram excluídos por não assinarem eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dessa forma, responderam ao questionário 696 CD (0,67%) que assinaram eletronicamente o TCLE e preencheram o instrumento de pesquisa proposto.

As respostas obtidas pela aplicação do questionário foram tabuladas em planilhas do *software Microsoft Excel* e, posteriormente, exportadas para um programa de análise estatística. Os dados foram descritos por frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas, e por medianas e quartis para as variáveis quantitativas. Tal escolha ocorreu devido à assimetria dos dados observada para a idade, ano de graduação e notas dos participantes.⁽¹⁰⁾ A distribuição das variáveis quantitativas foi estudada por histogramas, *boxplots*, gráficos de comparação de quartis e testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.⁽¹¹⁾

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio dos pacotes R,⁽¹²⁾ irrCAC⁽¹³⁾ e SPSS, v.26.0.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

Dos 696 CD que participaram do estudo, a idade variou de 22 a 93 anos, sendo a maioria do sexo feminino (68%) (n=473) e formada em instituições privadas de ensino superior (68,2%) (n=475). Em relação ao ano de conclusão da graduação, chama a atenção os números extremos, sendo 1 participante formado em 1937 e 2 em 2024. Excluindo-se esses três casos, o ano de conclusão da graduação variou entre 1967 e 2023, com mediana em 1999, 1º. quartil, em 1990, e 3º. quartil, em 2012.

A maioria dos CD atuava profissionalmente no setor privado (73,1%) (n=509). Quanto à maior titulação obtida, a especialização foi a mais frequente (55,3%) (n=385), seguida por graduação (22,7%) (n=158), mestrado (13,5%) (n=94), doutorado (6,2%) (n=43) e pós-doutorado (2%) (n=14).

Em relação ao conhecimento dos CD sobre o tratamento morfofuncional da face na abordagem *full face*, as respostas mostraram que, de modo geral, a maioria dos CD acertou as questões, com média de assertividade de 72,3%, variando de 52,2%, a 88,2% de acertos, com índice de abstenção de resposta de 2,8% (n=696) – como mostra a Tabela 1, na qual são apresentadas as respostas válidas, corretas, incorretas e ausentes (no caso de o respondente não ter respondido a alguma questão).

Tabela 1. Respostas dos participantes sobre o conhecimento em relação ao tratamento morfofuncional da face na abordagem *full face* (n=696).

nº.	Itens do questionário	Respostas	Respostas	Respostas	Respostas
		válidas n (%)	corretas n (%)	incorretas n (%)	ausentes n (%)
1	A HOF deve ser realizada por CD porque:	688 (98,9%)	554 (79,6%)	134 (19,3%)	8 (1,1%)
2	A análise facial é útil para:	689 (99%)	567 (81,6%)	122 (17,5%)	7 (0,9%)
3	Em relação à classificação dos indivíduos em padrões faciais pode-se afirmar que:	686 (98,6%)	614 (88,2%)	72 (10,3%)	10 (1,5%)
4	Em relação ao padrão face longa, pode-se afirmar que:	672 (96,6%)	534 (76,7%)	138 (19,8%)	24 (3,5%)
5	Em relação ao preparo ortodôntico descompensatório, pode-se afirmar que	658 (94,5%)	389 (55,9%)	269 (38,6%)	38 (5,5%)
6	A cirurgia ortognática	679 (97,6%)	546 (78,5%)	133 (19,1%)	17 (2,4%)
7	Em relação ao envelhecimento da face, pode-se afirmar que:	683 (98,1%)	583 (83,8%)	100 (14,3%)	13 (1,9%)
8	A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:	671 (96,4%)	394 (56,6%)	277 (39,8%)	25 (3,6%)
9	Em relação aos preenchedores faciais:	670 (96,3%)	489 (70,3%)	181 (26%)	26 (3,7%)
10	A cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal, conhecida como Bichectomia, é indicada para:	671 (96,4%)	363 (52,2%)	308 (44,2%)	25 (3,6%)
Média		677 (97,2%)	503 (72,3%)	173 (24,9%)	19 (2,8%)

Fonte: Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

A questão 3 foi a que apresentou o maior índice de assertividade (88,2%) (n=614), enquanto a questão 5 foi a que mais teve abstenção de respostas (5,5%) (n=38). As questões 5 (55,9%) (n=389), 8 (56,6%) (n=394) e 10 (52,2%) (n=363) chamam a atenção pelo menor índice de acerto e abstenção de resposta.

Para os 696 respondentes, foi calculada a nota obtida nas questões de forma geral, somando-se o número de acertos com a pontuação, variando de 0 a 10, constatando-se que 75% deles obtiveram notas maiores ou iguais a 6, referente ao 1º. quartil; 50% obtiveram notas maiores ou iguais a 8, referente à mediana, e 25%, notas maiores ou iguais a 9, referente ao 3º. quartil (Figura 1).

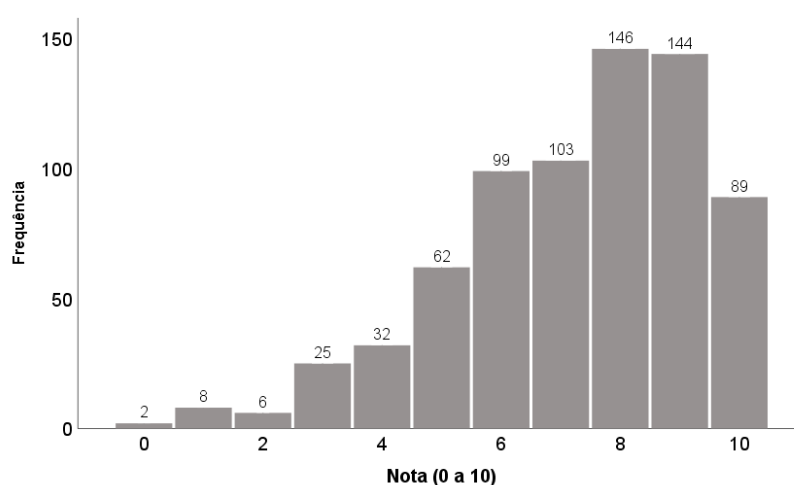


Figura 1. Histograma das notas observadas para os cirurgiões-participantes da população-alvo. **Fonte:** Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

A questão 11, única questão de opinião do questionário, revelou que 56,5% (n=393) dos participantes da população-alvo manifestaram interesse em realizar um curso de atualização sobre o assunto.

Analisando-se a frequência de respostas do questionário, associada ao perfil dos respondentes, em relação ao sexo não houve diferença estatística significativa, com média de assertividade de 72%, para o sexo masculino, e 71,9%, para o sexo feminino, sendo que maior número de mulheres manifestou interesse em participar de um curso de atualização no assunto (55,8%)(n=264), quando comparadas aos homens (41,7%) (n=93).

Quanto ao tipo de instituição de ensino superior (pública ou privada), houve maior média de assertividade (78%) para os CD graduados em instituições públicas, quando comparados aos graduados em instituições privadas (70%), sendo maior o

interesse em participar de um curso de atualização no assunto entre os graduados em instituições privadas (61,4%) (n=292) quando comparados com os de instituições públicas (48,1%) (n=103).

Em relação ao tempo de conclusão da graduação, apesar de não se perceber uma diferença estatística significativa, é possível observar que os profissionais entre 16 e 20 anos de formados obtiveram a maior média de assertividade nas questões (76,9%), enquanto a menor média (64,9%) foi observada entre os graduados com até 5 anos de formado (Tabela 2).

Tabela 2. Relação entre o índice de respostas corretas e o tempo de conclusão da graduação.

nº	Questão	Tempo de conclusão da graduação (em anos)					
		0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	Mais de 25
.		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	A HOF deve ser realizada por CD porque:	87 (75,7%)	34 (69,4%)	32 (78%)	49 (79%)	76 (79,1%)	269 (82,8%)
2	A análise facial é útil para:	87 (75,7%)	41 (83,7%)	32 (78%)	49 (79%)	75 (78,1%)	276 (84,9%)
3	Em relação à classificação dos indivíduos em padrões faciais pode-se afirmar que:	95 (82,6%)	45 (91,8%)	36 (87,8%)	59 (95,2%)	85 (88,5%)	288 (88,6%)
4	Em relação ao padrão face longa, pode-se afirmar que:	78 (67,8%)	36 (73,5%)	33 (80,5%)	53 (85,5%)	80 (83,3%)	250 (76,9%)
5	Em relação ao preparo ortodôntico descompensatório, pode-se afirmar que	40 (34,8%)	32 (65,3%)	27 (65,9%)	39 (62,9%)	60 (62,5%)	188 (57,8%)
6	A cirurgia ortognática	72 (62,6%)	40 (81,6%)	35 (85,4%)	48 (77%)	80 (83,3%)	264 (81,2%)
7	Em relação ao envelhecimento da face, pode-se afirmar que:	85 (73,9%)	38 (77,6%)	35 (85,4%)	53 (85,5%)	84 (87,5%)	283 (87,1%)
8	A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:	62 (53,9%)	34 (69,4%)	27 (65,9%)	39 (62,9%)	58 (60,4%)	170 (52,3%)
9	Em relação aos preenchedores faciais:	70 (60,9%)	41 (83,7%)	31 (75,6%)	49 (80,3%)	67 (69,8%)	226 (69,5%)

10	A cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal, conhecida como Bichectomia, é indicada para:	70 (60,9%)	31 (63,3%)	27 (65,9%)	38 (61,3%)	50 (52%)	144 (44,3%)
Média de assertividade		75 (64,9%)	37 (75,9%)	32 (76,8%)	48 (76,9%)	72 (74,5%)	236 (72,5%)

Fonte: Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

O interesse em realizar um curso de atualização sobre o tema foi nitidamente maior entre os graduados até 5 anos de formados (80%) (n=92), enquanto os que se graduaram há mais de 25 anos foram os menos interessados em se atualizarem (45,8%) (n=163).

Em relação à titulação, apesar de não se identificar diferença estatística significativa, os pós-graduados com mestrado foram os que obtiveram a maior média de acertos (76,7%), enquanto a menor média de acertos foi dos graduados sem nenhuma pós-graduação com (67,4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Relação entre o índice de respostas corretas e a maior titulação do profissional.

nº.	Questão	Graduação n (%)	Especialização n (%)	Mestrado n (%)	Doutorado n (%)	Pós- doutorado n (%)
1	A HOF deve ser realizada por CD porque:	125 (79,1%)	306 (79,5%)	83 (88,3%)	30 (69,8%)	9 (64,3%)
2	A análise facial é útil para:	125 (79,1%)	317 (83,3%)	77 (81,9%)	38 (88,4%)	9 (64,3%)
3	Em relação à classificação dos indivíduos em padrões faciais pode-se afirmar que:	138 (84,3%)	342 (88,8%)	80 (85,1%)	40 (93,0%)	13 (92,9%)
4	Em relação ao padrão face longa, pode-se afirmar que:	119 (75,3%)	298 (77,4%)	75 (79,8%)	32 (74,4%)	10 (71,4%)
5	Em relação ao preparo ortodôntico descompensatório, pode-se afirmar que	66 (41,8%)	228 (59,2%)	60 (63,8%)	28 (65,1%)	7 (50%)

6	A cirurgia ortognática	113 (71,5%)	317 (82,3%)	78 (83,0%)	35 (81,4%)	11 (78,6%)
7	Em relação ao envelhecimento da face, pode-se afirmar que:	124 (78,5%)	327 (84,9%)	85 (90,4%)	35 (81,4%)	11 (78,6%)
8	A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:	77 (48,7%)	216 (56,1%)	61 (64,9%)	27 (63,8%)	11 (78,6%)
9	Em relação aos preenchedores faciais:	103 (65,2%)	274 (71,2%)	73 (77,7%)	30 (69,8%)	9 (64,3%)
10	A cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal, conhecida como Bichectomia, é indicada para:	79 (50%)	202 (52,5%)	49 (52,1%)	24 (55,8%)	8 (57,1%)
Média de assertividade		107 (67,4%)	283 (73,5%)	72 (76,7%)	32 (74,3%)	10 (70%)

Fonte: Balboa APTV, de Carvalho R, Almeida FA, 2023.

Quanto ao interesse em se atualizar sobre o tema, 58,3% (n=14) dos participantes do estudo têm interesse em realizar um curso de atualização sobre o assunto, sendo o maior interesse entre os graduados sem nenhuma pós-graduação (69,6%) (n=110), com diferença significativa em comparação ao grupo com pós-doutorados, com menor número de interessados (35,7%) (n=5). Dentre os especialistas, 58,2% (n=224) manifestaram interesse em se atualizarem, bem como 41,5% (n=39) de mestres e 32,6% (n=14) de doutores.

A partir dos resultados obtidos por meio da aplicação do questionário aos participantes do estudo, foram identificadas lacunas no conhecimento que motivaram a elaboração de uma proposta de curso de atualização sobre a abordagem morfofuncional da face (abordagem *full face* em odontologia).

Este curso é destinado aos CD para um número máximo de 20 alunos. Apresenta um conteúdo teórico-prático, no qual devem ser apresentados temas relevantes para a abordagem morfofuncional da face, com carga horária de 60 horas, distribuídas em 10 módulos presenciais de 6 horas/aula, incluindo aulas em *fresh frozen*

cadáveres, técnica em que os corpos são congelados rapidamente em baixíssimas temperaturas para evitar sua decomposição, ao contrário da técnica antiga que utilizava formol e outros compostos químicos.

Esta proposta de curso de atualização pode ser acessada por meio do seguinte *link*:

<https://docs.google.com/document/d/1kGnHmFSz7p-PKQKO9LHDD0phu6HQYpl0/edit?usp=sharing&ouid=110730675074480467079&rtpof=true&sd=true>

DISCUSSÃO

Conhecer a influência do aspecto fisiológico sobre a estética facial é fundamental ao CD, pois pacientes com DDF necessitam de uma abordagem funcional prévia, por meio de um tratamento ortodôntico descompensatório combinado com cirurgia ortognática. Os procedimentos de HOF podem ser empreendidos, então, como uma complementação de resultados estéticos para sua finalização.⁽¹⁵⁾ Diante disso, verificar o conhecimento de CD sobre o tratamento morfofuncional da face tornou-se imprescindível.

Na presente pesquisa, a participação dos CD do sexo feminino foi maior que do sexo masculino. Apesar de a HOF ser uma especialidade ligada à beleza e à estética, não houve diferença estatística quanto à média de assertividade das questões em relação ao sexo dos respondentes. Tal fato pode ser explicado pelo aumento da procura por tratamentos estéticos e cirurgias plásticas pelos homens, percebida anteriormente como quase que exclusivamente pelo público feminino. Observa-se mudança no comportamento masculino em relação ao universo da vaidade, nos últimos anos, com o homem mostrando-se cada vez mais preocupado com sua aparência, em busca de um ideal estético corporal e facial.⁽¹⁶⁾

Em relação ao tipo de instituição na qual os participantes do presente estudo concluíram a graduação, houve maior assertividade de resposta entre os graduados em instituições públicas, vindo ao encontro de um estudo que revelou que estudantes provenientes dessas instituições tiveram melhor performance no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) nos anos 2004, 2007, 2010, 2013 e 2016.⁽¹⁷⁾

Sobre as questões que obtiveram os menores índices de assertividade e abstenção de respostas no presente estudo, constata-se que elas estavam relacionadas ao aspecto funcional da face, com destaque para a questão referente à cirurgia de

biclectomia. Este procedimento é um dos menos executados por profissionais que atuam na especialidade de HOF, sendo que muitos deles não se consideram aptos a tratar suas intercorrências, conforme revelou o estudo de Rodrigues,⁽¹⁸⁾ que afirma ainda que caberá a estes profissionais responder criminalmente em caso de ocorrência de eventuais complicações, sendo obrigado a proceder a reparação do dano.

Pelo fato de o corpo adiposo bucal ser uma importante fonte de material de enxertia, principalmente nos casos de acidentes e intercorrências causadas por comunicação buco-sinusal, é recomendável que somente seja executada, em paciente que já tenha sido submetido à exodontia de terceiros molares.⁽¹⁹⁾

Considerando que disciplinas abordando conteúdos mais específicos sobre HOF não fazem parte da grade da graduação da maioria dos cursos de odontologia, sua prática por profissionais não devidamente capacitados, além de oferecer maiores riscos de intercorrências aos pacientes,⁽²⁰⁾ incorre em falta ética. Segundo o artigo 6º. da Lei 5.081/1966,⁽²¹⁾ compete ao CD praticar todos os atos pertinentes à odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação, podendo prescrever e aplicar anestesia local e troncular, bem como prescrever e aplicar fármacos de uso interno e externo.

De acordo com os achados da presente pesquisa, foi possível constatar que a maioria dos CD, além de possuírem respaldo legal/normativo para a realização de procedimentos de HOF, pelo fato de serem pós-graduados, possuem conhecimento satisfatório em relação ao aspecto morfofuncional da face, com taxas de assertividade das questões igual ou maior a 70%. Já, os graduados sem nenhuma pós-graduação, com média de assertividade inferior a 70%, foram os que manifestaram maior interesse em atualizar seus conhecimentos sobre o assunto.

Rodrigues⁽¹⁸⁾ aponta, em seu estudo, que apenas 1,2% (n=2) dos CD entrevistados admitiram realizar procedimentos de HOF na rotina clínica sem jamais terem frequentado cursos de capacitação nessa especialidade, enquanto 33,1% (n=58) deles relataram ter realizado cursos de pós-graduação em HOF.

O estudo realizado por Machado e da Silva,⁽²²⁾ mostrou que os estudantes de graduação em odontologia apresentam amplo conhecimento sobre os aspectos éticos e legais da especialidade. Em contrapartida, o trabalho realizado por de Almeida *et al* sobre a avaliação de conhecimento de estudantes de odontologia sobre HOF, revelou que os

graduandos apresentam inúmeras dúvidas sobre a legitimidade da realização de procedimentos de HOF por CD.⁽²³⁾

Em 2016, a Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ajuizaram uma ação pública com o objetivo de suspender a Resolução 176/2016, promulgada pelo CFO, que autoriza o uso da toxina botulínica e dos preenchedores faciais em terapêuticas com finalidade funcional e/ou estética dentro da área de atuação do CD, em conformidade com a lei supracitada. Alegava-se ter a odontologia infringido a Lei do Ato Médico (nº. 12.842/2013), que delimita certos procedimentos como sendo exclusivos do médico.

Assim, a prática desses procedimentos, pelo CD, foi suspensa por decisão liminar proferida pela 5ª. Vara Federal da Seção Judiciária do Rio Grande do Norte, onde foi expedida, até o ano de 2018, quando o CFO conseguiu esclarecer que o CD não está subordinado à Lei do Ato Médico, validando a utilização funcional/estética da toxina botulínica e do ácido hialurônico indicados em odontologia.

Coube ao CFO, declarar que os cursos de pós-graduação em HOF, que estiverem em conformidade com as determinações judiciais das Resoluções 112/2011, 145/2014 e 146/2014, são permitidos, fazendo com que o processo de 2016 supracitado fosse extinto sem apreciação do mérito.⁽²⁴⁾ Assim, segundo a legislação vigente, o CD que tenha realizado cursos de capacitação, atualização ou especialização em procedimentos de HOF poderá empreender seus conhecimentos adquiridos em atividades clínicas ou de docência, vindo ao encontro da proposta de curso apresentada nesta pesquisa.

Considerando-se que o Estado de São Paulo possui a maior concentração de instituições de ensino superior na área de odontologia no país, incluindo cursos de destacada relevância quanto à sua qualificação, identifica-se como uma possível limitação do estudo abordar profissionais vinculados ao CROSP.

Entende-se a importância de serem desenvolvidos mais estudos que investiguem o conhecimento de CD a respeito da abordagem morfofuncional da face na modalidade *full face*, que contemplem um contingente maior de profissionais de outros estados brasileiros, bem como explorar questões mais específicas sobre a realização dos procedimentos de HOF na prática, como forma de compreender de maneira mais ampla as questões relacionadas à formação e ao preparo destes profissionais.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou avaliar o conhecimento do CD sobre a abordagem morfofuncional da face em odontologia, a partir da aplicação de um questionário elaborado e validado, aplicado a 696 CD, que apresentaram média de assertividade de 72,3%, com menor índice de assertividade para as questões relacionadas à realização de cirurgia de bichectomia e ao preparo ortodôntico descompensatório preparatório para cirurgia ortognática.

A maioria dos respondentes demonstrou interesse em realizar um curso de atualização sobre o tema, principalmente os graduados sem nenhuma pós-graduação, que também apresentaram menor índice de assertividade em relação aos profissionais pós-graduados.

A partir desses achados, elaborou-se uma proposta de curso de atualização para CD sobre a Abordagem *Full Face* em Odontologia, estruturado em 10 módulos, com carga horária de 60 horas, incluindo os temas evidenciados como lacunas do conhecimento entre os participantes do estudo – como a cirurgia de bichectomia e o preparo ortodôntico descompensatório preparatório para a cirurgia ortognática.

REFERÊNCIAS

1. de Carvalho OLP. O imbecil coletivo. Atualidades incultuais brasileiras. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1996.
2. Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. An Bras Dermatol. 2009; 84(6): 569-79.
<https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000600002>
3. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 198, de 29 de janeiro de 2019. Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília. 29 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/resolucao-cfo-%20198-2019/>

4. Figueiredo CP. A utilização de recursos da harmonização orofacial na finalização de tratamentos ortodônticos. [Monografia de Curso de Especialização em Estética Orofacial]. São Paulo: Faculdade Sete Lagoas; 16 de outubro de 2021. [citado 2021 Mai 21]. Disponível em: <https://faculdefacsete.edu.br/monografia/items/show/264>
5. Nogueira LT, Lins AAB, Amorim JS. O uso do ácido hialurônico e toxina botulínica na harmonização orofacial: revisão de literatura. Revista Cathedral. 2020; 2(3): 103-10. <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/186>
6. Santos BC, Dantas LF, Silva SC, Lima LHA, Agra DM, Fernandes DC. Odontologia estética e qualidade de vida: revisão integrativa. Caderno de graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - Unit – Alagoas. 2017; 3(3): 91. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/3328>
7. Jacometti V, Coltri MV, Santos TS, Silva RHA. Procedimento de bichectomia: uma discussão sobre os aspectos éticos e legais em odontologia. Rev Bras. Cir Plást. 2017; 32(4): 616-23. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2017RBCP0100>
8. Cavalcanti AN, Azevedo JF, Mathias P. Harmonização orofacial: a odontologia além do sorriso. J Dent Public Health. 2017; 8(2): 35-6.
9. Maruo IT, Colucci MG, Vieira S, Tanaka O, Camargo ES, Maruo H. Estudo da legalidade do exercício profissional da Ortodontia por cirurgião-dentista não-especialista. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial. 2009; 14(6): 42.e1-e10. <https://doi.org/10.1590/S1415-54192009000600005>
10. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2001.
11. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: CRC Press; 1991.
12. Gwet KL. Handbook of inter-rater reliability. Fourth edition ed: Advanced Analytics, LLC; 2014.

13. Gwet KL. irrCAC: Computing Chance-Corrected Agreement Coefficients (CAC). 2019. <https://CRAN.R-project.org/package=irrCAC>,
14. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. 2019 May.
15. Trench JA, de Araújo RPC. Deformidades dentofaciais: características miofuncionais orofaciais. *Rev CEFAC*. 2015; 17(4): 1202-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517414014>
16. Nascimento AC. O homem e a beleza: Estudo exploratório do consumo masculino de cosméticos. 2016. Acesso em: 29 de agosto de 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/2087/1/ACN13092017.pdf>>
17. Rodrigues JM, Queiroz MG, Leles CR, Rocha ALP. Perfil do estudante de odontologia que realizou o ENADE. *Reveduc*. 2023; 17: 1-19. doi: <https://doi.org/10.14244/198271994811>
18. Rodrigues LG. Harmonização orofacial: análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os riscos clínicos e aspectos legais e éticos na prática da rinomodelação e bichectomia. [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2021. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/11264>
19. Mannelli G, Arcuri F, Comini LV, Valente D, Spinelli G. Buccal Fat Pad: Report of 24 Cases and Literature Review of 1,635 Cases of Oral Defect Reconstruction. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2019;81(1):24-35. doi: 10.1159/000494027. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30537718.
20. Parada MB, Cazerta C, Afonso JPJM, Nascimento DIS. Manejo de complicações de preenchedores dérmicos. *Surg Cosmet Dermatol*. 2016; 8(4): 342-52.
21. Brasil. Lei nº 5081, de 24 de agosto de 1966. Regulamenta o exercício da Odontologia no Brasil. Brasília, Diário Oficial da União, 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm> Acesso em: 25 jul. 2017.

22. Machado ALR, da Silva RHA. Conhecimento de graduandos em Odontologia sobre a Harmonização Orofacial. Rev Abeno. 2020; 20(2): 16-25. DOI:

10.30979/rev.abeno.v20i2.904

23. de Almeida KFM, Duarte, TL, Hebling ALC, Sarracini KLM, Dias FJN, Pinto SAA. Avaliação do conhecimento de estudantes de Odontologia sobre Harmonização Orofacial. Rev Assoc. Paul Cir Dent. 2022; 76(3): 174-83.

<https://fliphtml5.com/dmnum/gwte>

24. Nota de esclarecimento da Resolução nº. 176/2016 volta a ter validade no território nacional [Internet]. ABOL. 2018 [Acesso em 29 de agosto de 2022]. Disponível em:

<https://contatoabol.wixsite.com/abol/single-post/2018/11/02/Nota-de-esclarecimento-Resolu%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-1762016-volta-a-ter-validade-do-territ%C3%B3rio-nacional>.

5 DISCUSSÃO

A ideia de elaborar e validar um instrumento para avaliar o grau de conhecimento dos CD sobre o tratamento funcional e estético da face de forma completa – a abordagem *full face* – vem ao encontro dos questionamentos e das especulações midiáticas que a odontologia tem sofrido, atualmente, acerca de sua competência técnica para a realização de procedimentos minimamente invasivos e cirúrgicos de HOF.

A abordagem da face de forma integral requer conhecimentos de reabilitação dentária e protética, oclusão, respiração, fisiologia cutânea, anatomia, metabolismo, fisiologia e envelhecimento da face, além da dinâmica dos músculos da mímica facial, vascularização e inervação facial, sendo fundamental na abordagem de pacientes acometidos de desordens dentofaciais, por meio de um tratamento ortodôntico descompensatório combinado com cirurgia ortognática, em que os procedimentos de HOF podem ser empreendidos como uma complementação de resultados estéticos para sua finalização.⁽¹³⁾

Para dar início ao processo de elaboração do questionário, no presente estudo, foi realizado um levantamento da literatura científica disponível, em busca de modelos de instrumentos de pesquisa já existentes e validados que atendessem ao propósito de avaliar o conhecimento dos CD sobre o tema em questão. Surpreendentemente, foi possível constatar que, embora instrumentos de pesquisa sejam essenciais para pesquisadores e profissionais da área de saúde,⁽⁸⁷⁾ o número de estudos de validação de instrumentos de pesquisa na área da odontologia é extremamente baixo. A maioria deles é realizada por pesquisadores de universidades públicas, de São Paulo e Minas Gerais, entre os anos de 2018 e 2019, abordando principalmente constructos relacionados à saúde bucal e à qualidade de vida,⁽⁹⁶⁾ fugindo totalmente do escopo da presente pesquisa.

Em virtude da pandemia, optou-se por elaborar um questionário com alternativas de múltipla escolha no formato *online*, devido à praticidade, ao baixo custo e à rapidez na coleta de dados. Embora o embasamento teórico sobre o tema tenha sido abrangente, o processo de criação do instrumento foi complexo, tanto no que se refere ao planejamento das questões, quanto na escolha do conteúdo e do formato de resposta (aberta ou múltipla escolha), mesmo utilizando-se dois questionários existentes como modelos de referência.

Durante o processo de validação do instrumento, realizado por comitê de juízes *experts* com experiência em docência e prática clínica relacionada à temática, verificou-se que os valores do IVC e da CVR foram insatisfatórios e insuficientes nas 1^a. e 2^a. rodadas, mas excelentes na 3^a. rodada de avaliação. Estes índices que medem a concordância dos membros do comitê de forma quantitativa, por meio da proporção ou da porcentagem de juízes em concordância sobre os critérios a serem analisados em cada questão, sendo calculados por meio de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos ordinais, constatando-se, portanto, uma evolução crescente de adequação das questões em seu enunciado e suas alternativas a cada rodada de avaliação.

Esta etapa foi muito desafiadora nesta pesquisa, pois, apesar de orientados sobre como proceder o processo de validação,⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾ conforme as rodadas de avaliação foram se repetindo, observou-se diminuição na motivação (por parte dos juízes) em participar nas rodadas subsequentes, nem sempre preenchendo completamente os campos de avaliação do instrumento de análise, nem sempre respeitando os prazos estabelecidos para devolução das avaliações às pesquisadoras.

Um instrumento de pesquisa possibilita a coleta de dados em todos os segmentos da população, sem que o entrevistador esteja presente. Nesse processo, o teste piloto é uma forma de simulação para ver o comportamento do instrumento em uma amostra reduzida, sendo que seus participantes não devem fazer parte da amostra final.⁽⁸¹⁾

Durante essa etapa, foi possível detectar uma falha técnica na programação do formulário *Google Forms* referente à questão 9 da Parte I, que foi resolvida por meio da adequação das configurações da própria plataforma, programando para que fossem aceitas mais de uma alternativa de resposta no item referente à atuação dos respondentes.

A partir da implementação prática do instrumento proposto à população-alvo, foi possível verificar maior participação dos CD do sexo feminino, e apesar de a HOF ser uma especialidade ligada à beleza e à estética, não houve diferença estatística quanto à média de assertividade das questões em relação ao sexo dos respondentes. Tal fato pode ser explicado pela mudança no comportamento masculino em relação ao universo da vaidade, nos últimos anos, com o homem mostrando-se cada vez mais preocupado com sua aparência, em busca de um ideal estético corporal e facial.⁽⁹⁷⁾

Houve maior assertividade de resposta entre os graduados em instituições públicas, vindo ao encontro de um estudo que revelou que estudantes provenientes dessas instituições tiveram melhor performance no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) nos anos 2004, 2007, 2010, 2013 e 2016.⁽⁹⁸⁾

Sobre as questões que obtiveram os menores índices de assertividade e abstenção de respostas no presente estudo, constata-se que elas estavam relacionadas ao aspecto funcional da face, com destaque para a questão referente à cirurgia de bichectomia. Este procedimento é um dos menos executados por profissionais que atuam na especialidade de HOF, sendo que muitos deles não se consideram aptos a tratar suas intercorrências, conforme revelou o estudo de Rodrigues,⁽⁸⁵⁾ que afirma ainda que caberá a estes profissionais responder criminalmente em caso de ocorrência de eventuais complicações, sendo obrigado a proceder a reparação do dano.

Considerando que disciplinas abordando conteúdos mais específicos sobre HOF não fazem parte da grade da graduação da maioria dos cursos de odontologia, sua prática por profissionais não devidamente capacitados, além de oferecer maiores riscos de intercorrências aos pacientes,⁽⁹⁹⁾ incorre em falta ética.

De acordo com os achados da presente pesquisa, foi possível constatar que a maioria dos CD, além de possuírem respaldo legal/normativo para a realização de procedimentos de HOF pelo fato de serem pós-graduados, possuem conhecimento satisfatório em relação ao aspecto morfofuncional da face com taxas de assertividade das questões igual ou maior a 70%. Já os graduados sem nenhuma pós-graduação, com média de assertividade inferior a 70%, foram os que manifestaram maior interesse em atualizar seus conhecimentos sobre o assunto.

Foi possível investigar o conhecimento de CD sobre o tratamento funcional e estético da face, e identificar possíveis lacunas de conhecimento em relação à abordagem *full face* em odontologia, mas entende-se a importância de serem desenvolvidos mais estudos que contemplem um contingente maior de profissionais, bem como explorar questões mais específicas sobre a realização dos procedimentos de HOF na prática, como forma de compreender de maneira mais ampla as questões relacionadas à formação e ao preparo destes profissionais.

6 CONCLUSÕES

1. Este estudo viabilizou a elaboração e a validação de um questionário que apresentou evidências de validade, mostrando-se apropriado para avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o tratamento funcional e estético da face.

2. O teste piloto comprovou que o questionário teve comportamento eficiente para a coleta dos dados, com compreensividade dos itens a serem respondidos.

3. A implementação junto à população alvo, possibilitou avaliar que os cirurgiões-dentistas possuem conhecimento satisfatório em relação ao aspecto morfofuncional da face, verificando-se ainda seu grau de interesse em se atualizarem sobre o assunto após a graduação.

7 ANEXOS

Anexo 1. Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

	HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN-SP	
---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ABORDAGEM FULL FACE EM ODONTOLOGIA

Pesquisador: Rachel de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55996422.0.0000.0071

Instituição Proponente: SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.394.302

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1898052.pdf de 28/03/2022) e/ou do Projeto Detalhado/ Brochura do Investigador (ProjetoPB_versao2.pdf de 28/03/2022).

Resumo:

Introdução: A visão integrativa da Odontologia tem se preocupado com a saúde geral do indivíduo, com o objetivo de promover seu bem-estar físico, mental e social, interferindo diretamente sobre sua autoestima e qualidade de vida. As deformidades dento faciais (DDF) do terço inferior da face ocasionam desarmonias estéticas e funcionais do sistema estomatognático, como más oclusões dentárias, distúrbios das articulações temporomandibulares (ATM) e alterações de respiração, fonação e deglutição em seus portadores, sendo a Dentística Restauradora, a Prótese Dentária, a Ortodontia e a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), as especialidades odontológicas que possuem terapêuticas para minimizar ou corrigir essas alterações. Com a introdução da Harmonização Orofacial (HOF) no rol das especialidades odontológicas, tornou-se possível atuar, de forma integral e individualizada, sobre a estética da face como um todo, por meio de procedimentos minimamente invasivos e cirúrgicos. Nesse contexto, surge o tratamento

Endereço: Rua Comendador Elias Jafet, 755 - Piso L4, Sala 407-G /407-F		
Bairro: Morumbi	CEP: 05.653-000	
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)2151-3729	Fax: (11)2151-0273	E-mail: cep@einstein.br

Anexo 2. Carta de submissão do Artigo 2 à Revista Eletrônica Acervo em Saúde.

	REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde
Carta de Submissão de Manuscrito	
Data da submissão	sábado, novembro 11, 2023
Nome do autor correspondente	Ana Paula Tanko Vasconcellos
E-mail autor correspondente	anapaulatvb@gmail.com
Título do artigo	Abordagem Full Face em Odontologia: conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o tratamento morfofuncional da face
1º autor	Ana Paula Tanko Vasconcellos
2º autor	Rachel de Carvalho
3º autor	Fabiane de Amorim Almeida
Esse documento é assinado pelo Editor-líder da revista.	
	
Dr. Andreazzi Duarte	
ACERVO+	ACERVOMAI.S.COM BRASIL

8 REFERÊNCIAS

1. Oliveira MR, Machado JS. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. *Cien Saúde Colet*. 2021;26(7):2663–72.
2. de Carvalho OL. O imbecil coletivo. Atualidades incultuais brasileiras. Rio de Janeiro: Record; 1996.
3. Zanetti MC, Moiolli A, Schiavon MK, Rebustini F, Machado AA. Corpos belos nos ambientes virtuais: estudo por meio da sociologia visual. *Rev Educ Fis UEM*. 2012;23(3):411–20.
4. Grand View Research. Aesthetic Medicine Market Size, Share & Trends Analysis Report By Procedure Type (Non-invasive, Invasive), By Region (North America, Asia Pacific, Europe), And Segment Forecasts, 2023 – 2030. Grand View Research; 2023 [cited 2023 Oct 13]. Available from: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/medical-aesthetics-market>
5. Conrado LA. Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *An Bras Dermatol*. 2009;84(6):569-79.
6. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO n. 198, de 29 de janeiro de 2019. Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica e dá outras providências. Brasília (DF): cfo; 2019 [citado 2023 Put 13]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/resolucao-cfo-%20198-2019/>
7. Figueiredo CP. A utilização de recursos da harmonização orofacial na finalização de tratamentos ortodônticos. [Monografia]. São Paulo: Faculdade Sete Lagoas; 2021. 60 f.
8. Nogueira LT, Lins AA, Amorim JS. O uso do ácido hialurônico e toxina botulínica na harmonização orofacial: revisão de literatura. *Rev Cathedral*. 2020;2(3):103-10.
9. Santos BC, Dantas LF, Silva SC, Lima LH, Agra DM, Fernandes DC. Odontologia estética e qualidade de vida: revisão integrativa. *Cad Grad Cienc Biol Saúde*. 2016; 3(3): 91.
10. Cavalcanti AN, Azevedo JF, Mathias P. Harmonização orofacial: a odontologia além do sorriso. *J Dent Public Health*. 2017;8(2):35–6.
11. Maruo IT, Colucci MG, Vieira S, Tanaka O, Camargo ES, Maruo H. Estudo da legalidade do exercício profissional da Ortodontia por cirurgião-dentista não-especialista. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2009;14(6):42.e1–e10.
12. Jacometti V, Coltri MV, Santos TS, Silva RH. Procedimento de bichectomia: uma discussão sobre os aspectos éticos e legais em odontologia. *Rev Bras Cir Plást*. 2017;32(4):616–23.
13. Trench JA, de Araújo RP. Deformidades dentofaciais: características miofuncionais orofaciais. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1202–14.
14. Canda CN, Souza LD, de Souza KP. Experiência e educação estética: sentidos e epifanias de um sarau infantil na Universidade Federal da Bahia. *Rev Cient EccoS*. 2020;53(53):1–17.
15. Lacerda LO, Sousa BN, Teixeira LE, Lopes NN, Montenegro MA. A estética como disciplina filosófica. *Rev Encontros Univ UFC*. 2018;3(1):1-14.

16. Naini FB. *Estética facial conceitos & diagnósticos clínicos*. London: Elsevier; 2014.
17. Levy R. Verdade e a dimensão estética da psicanálise. *Rev Psicanal*. 2019;26(1):61-83.
18. Jacobson A. Psychological aspects of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *Angle Orthod*. 1984;54(1):18–35.
19. Crawford EC. The face—an orthodontic perspective. *Aust Orthod J*. 1991;12(1):13–22.
20. Rufenach CR (de André VR, translator). *Fundamentos de estética*. São Paulo: Santos; 1998.
21. Campos JH. Visagismo, dimorfismo sexual, proporção áurea e simetria como bases sólidas para alterações imagéticas. *Aesth Orofacial Sci*. 2021;2(2).74-90.
22. Sands NB, Adamson PA. Global facial beauty: approaching a unified aesthetic ideal. *Facial Plast Surg*. 2014;30(2):93-100.
23. Rhodes G. The evolutionary psychology of facial beauty. *Annu Rev Psychol*. 2006;57(1):199–226.
24. Ekrami O, Claes P, Van Assche E, Shriver MD, Weinberg SM, Marazita ML, et al. Fluctuating Asymmetry and Sexual Dimorphism in Human Facial Morphology: A Multi-Variate Study. *Symmetry (Basel)*. 2021;13(2):304.
25. Adamson PA, Doud Galli SK. Modern concepts of beauty. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;11(4):295–300.
26. Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, teasing, harassment, and the salience of dental features among school children. *Br J Orthod*. 1980;7(2):75–80.
27. Reis SA, Abrão J, Claro CA, Fornazari RF, Capellozza Filho L. Capellozza Filho. Concordância dos ortodontistas no diagnóstico do padrão facial. *Dental Press J Orthod*. 2011;16(4):60–72.
28. Capellozza Filho L. *Diagnóstico em ortodontia*. Maringá: Dental Press; 2004.
29. Janson M. *Ortodontia em adultos e tratamento interdisciplinar*. Maringá: Dental Press; 2008.
30. Iwasaki T, Saitoh I, Takemoto Y, Inada E, Kakuno E, Kanomi R, et al. Tongue posture improvement and pharyngeal airway enlargement as secondary effects of rapid maxillary expansion: a cone-beam computed tomography study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013;143(2):235–45.
31. Araujo A, Araujo AM, Araujo MM. *Manual de orientação aos pacientes com vistas à cirurgia ortognática*. Maringá: Dental Press; 2005.
32. Mendelson B, Wong CH. Changes in the facial skeleton with aging: implications and clinical applications in facial rejuvenation. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36(4):753–60.
33. Ortuno VG. *Harmonização orofacial associado ao tratamento ortodôntico na busca de equilíbrio funcional e estético [Monografia]*. São Paulo: Faculdade Sete Lagoas; 2021. 55 f.
34. Ravindra N, Kapila S. *Current therapy in Orthodontics*. Amsterdã: Elsevier; 2010.

35. Wolford LM, Karras SC, Mehra P. Considerations for orthognathic surgery during growth, part 1: mandibular deformities. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2001;119(2):95–101.
36. Cardoso MA, Bertoz FA, Reis SA, Capellozza Filho L. Estudo das características oclusais em portadores de padrão face longa com indicação de tratamento ortodôntico-cirúrgico. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Maxilar*. 2002; 7:63–70.
37. Schendel SA, Eisenfeld J, Bell WH, Epker BN, Mishelevich DJ. The long face syndrome: vertical maxillary excess. *Am J Orthod*. 1976 Oct;70(4):398–408.
38. Capellozza Filho L, Cardoso MA, An TL, Lauris JR. Proposta para classificação, segundo a severidade, dos indivíduos portadores de más oclusões do Padrão Face Longa. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(4):124–58.
39. Capellozza Filho L, Cardoso MA, An TL, Bertoz FA. Características cefalométricas do Padrão Face Longa: considerando o dimorfismo sexual. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2007;12(2):49–60.
40. Silva Filho OG, Cardoso GC, Cardoso M, Capellozza Filho L. Estudo das características cefalométricas em adolescentes brasileiros portadores de Padrão Face Longa. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(4):35. e1–12.
41. Sherwood KH, Burch JG, Thompson WJ. Closing anterior open bites by intruding molars with titanium miniplate anchorage. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002;122(6):593–600.
42. Jacob ES, Santos DL, Guerra RC, Torres HS, Augusto Neto RT, Vieira EH. Cirurgia ortognática no tratamento de pacientes com face curta: relato de caso. *Rev Odontol UNESP*. 2019; 48:34.
43. Carlini JL, Gomes KU. Diagnosis and treatment of dentofacial asymmetry. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2005;10(1):18–29.
44. Faber J, de Azevedo RB, Bão SN. Aplicações da distração osteogênica na região dentofacial: o estado da arte. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2005;10(4):25–33.
45. Almeida EE. Correção de assimetria facial com ácido hialurônico em região malar. [Monografia]. Guarulhos: Faculdade Sete Lagoas; 2021. 24 f.
46. Markus GW, Mascarenhas PM, Oliveira MA, Martins JC, Pereira RA. Polydioxanone and Botulinum Toxin threads as an alternative in the treatment of Facial Bell's Palsy: experience report. *RSD*. 2021;10(16):e513101623724.
47. Yaremchuk MJ. Facial skeletal reconstruction using porous polyethylene implants. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111(6):1818–27.
48. Resende PF, Pereira LC. Harmonização facial através da bichectomia unilateral - relato de caso clínico. *Aesth Orofacial Sci*. 2022;3(2):1-7.
49. Stevao EL. Bichectomy or Bichatectomy: a small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Adv Dent Oral Health*. 2015;1(1):1–4.
50. Espíndola-Castro LF, Monteiro GQ, Ortigoza LS, da Silva CH, Souto-Maior JR. Abordagem multidisciplinar na restauração do sorriso: gengivoplastia, clareamento dentário e re-anatomização dentária. *Compend Contin Educ Dent*. 2019;40(9):590–9.

51. Oliveira DA, Carvalho FR, Machado MA, Prado LB, Prado GF. Ortopedia funcional dos maxilares, respiração bucal e distúrbios respiratórios do sono em crianças. *Rev Neurocienc.* 2005;13(2):87-92.
52. Silva C. Introdução à ortodontia e desenvolvimento da dentição (0-6 anos). Porto: Publicações Fundação Fernando Pessoa; 2021.
53. Fonseca RJ. Trauma bucomaxilofacial. 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
54. Almeida DR. Odontologia: tópicos em atuação odontológica. São Paulo: Científica Digital; 2020.
55. Ahari UZ, Eslami H, Falsafi P, Bahramian A, Maleki S. The buccal fat pad: importance and function. *IOSR J Dent Med Sci.* 2016;15(6):79–81.
56. Faria CA, Dias RC, Campos AC, Daher JC, Costa RS. Bichectomia e sua contribuição para harmonia facial. *Rev Brasil Cir Plástica.* 2018;33(4):446-52.
57. Sundaram H, Signorini M, Liew S, Trindade de Almeida AR, Wu Y, Vieira Braz A, et al.; Global Aesthetics Consensus Group. Global aesthetics consensus: botulinum toxin types an evidence-based review, emerging concepts, and consensus recommendations for aesthetic use, including updates on complications. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(3):518e–29e.
58. Dover JS, Monheit G, Greener M, Pickett A. Botulinum toxin in anesthetic medicine: myths and realities. *Dermatol Surg.* 2018;44(2):249–60.
59. Srivastava S, Kharbanda S, Pal US, Shah V. Applications of botulinum toxin in dentistry: A comprehensive review. *Natl J Maxillofac Surg.* 2015;6(2):152–9.
60. Sulamanidze MA, Paikidze TG, Sulamanidze GM, Neigel JM. Facial lifting with “APTOS” threads: featherlift. *Otolaryngol Clin North Am.* 2005;38(5):1109–17.
61. Paul MD. Barbed sutures for aesthetic facial plastic surgery: indications and techniques. *Clin Plast Surg.* 2008;35(3):451–61.
62. Myung Y, Jung C. Mini-midface lift using polydioxanone cog threads. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020;8(6):e2920.
63. Tavares JP, Oliveira CA, Torres RP, Bahmad F Jr. Facial thread lifting with suture suspension. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017;83(6):712–9.
64. Schierle CF, Casas LA. Nonsurgical rejuvenation of the aging face with injectable poly-L-lactic acid for restoration of soft tissue volume. *Aesthet Surg J.* 2011;31(1):95–109.
65. Santos PS. Bioestimuladores de colágeno na Harmonização facial: Ellansé – Sculptra - Radiesse [Monografia]. Santos: Faculdade Sete Lagoas; 2021. 53 f.
66. Swift A, Liew S, Weinkle S, Garcia JK, Silberberg MB. The facial aging process from the “inside out”. *Aesthet Surg J.* 2021;41(10):1107–19.

67. Christen MO, Vercesi F. Polycaprolactone: How a Well-Known and Futuristic Polymer Has Become an Innovative Collagen-Stimulator in Esthetics. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13(13):31–48.
68. Bukhari SNA, Roswandi NL, Waqas M, Habib H, Hussain F, Khan S et al. Hyaluronic acid, a promising skin rejuvenating biomedicine: a review of recent updates and pre-clinical and clinical investigations on cosmetic and nutricosmetic effects, *Int J Biol Macromol*. 2018;120(PtB):1682-95.
69. Tanwar J, Hungund SA. Hyaluronic acid: hope of light to black triangles. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2016;6(5):497–500.
70. Oliveira IR, Fontes LV. Roadmap tecnológico do ácido hialurônico [projeto final]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020. 98 f.
71. Miranda IC. Harmonização facial: o sorriso do exterior para o interior [monografia]. Guarulhos: Faculdade Sete Lagoas; 2020. 20 f.
72. Portela DP, Dutra R. Inovações terapêuticas para rejuvenescimento facial: uma abordagem biomédica. *Rev Eletron Bioc Biotecnol Saúde*. 2018;(20):27-38.
73. Landau M, Fagien S. Science of hyaluronic acid beyond filling: fibroblasts and their response to the extracellular matrix. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(5 Suppl):188S–95S.
74. Vargas AF, Amorim NG, Pitanguy I. Complicações tardias dos preenchimentos permanentes. *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(1):71–81.
75. Salles AG, Lotierzo PH, Gemperli R, Besteiro JM, Ishida LC, Gimenez RP, et al. Complications after polymethylmethacrylate injections: report of 32 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121(5):1811–20.
76. Montella HA, Barbosa MA, Marques BP, Orgaes FA, Oliveira RR. Avaliação da utilização do polimetilmetacrilato dar correção das lipo distrofias faciais associadas a à terapia antirretroviral em pacientes HIV positivos. *Rev Bras Cir Plást*. 2007;22(1):24–9.
77. Rozner L, Isaacs GW. Lip lifting. *Br J Plast Surg*. 1981;34(4):481–4.
78. Galdino AR, Vasconcelos RG, Vasconcelos MG. Lifting labial: uma revisão de literatura. *Rev Salusvita*. 2021;40(3):146–58.
79. Pressione F. Full face: técnicas conjuntas para uma harmonização perfeita. 2021 [citado 2023 Out 16]. Disponível em: <https://www.expodonto.com.br/estetica/full-face-tecnicas-conjuntas-para-uma-harmonizacao-perfeita-veja/>
80. Fonseca JJ. Metodologia da pesquisa científica. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2002 [citado 2023 Out 16]. Disponível em <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>
81. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4th ed. São Paulo: Atlas; 2007.
82. Silva CR. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza: UFC; 2004.
83. Pereira JC. Análise de dados qualitativos. 3a ed. São Paulo: EDUSP; 2001.

84. Gava EC. Validade e confiabilidade do questionário de qualidade de vida para pacientes orto-cirúrgicos (B-OQLQ) [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. 70 f.
85. Rodrigues LG. Harmonização orofacial: análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os riscos clínicos e aspectos legais e éticos na prática da rinomodelação e bichectomia [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2021. 91 f.
86. Souza AC, Alexandre NM, Guirardello EB, Souza AC, Alexandre NM, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649–59.
87. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3): 925-36.
88. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and valuation in Counseling and Development*. 2014; 47:79-86.
89. Pasqualli L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
90. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: CRC Press; 1991.
91. Alexandre MC, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 1:3061-68.
92. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. 2019.
93. Gwet KL. *Handbook of inter-rater reliability: the definitive guide to measuring the extent of agreement among raters*. 4th ed. Boston: Advanced Analytics; 2014.
94. Gwet KL. irrCAC: Computing Chance-Corrected Agreement Coefficients (CAC). 2019 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=irrCAC>
95. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 jun 2013; Seção 1:59.
96. Aires BLA, Santos J de A, Costa SR de M, Gonzaga AKG, Silva e Farias IP, Firmino RT. Validação de instrumentos de pesquisa odontológica no Brasil: um estudo bibliométrico com base nos anais de um congresso brasileiro. *Arq Odontol* [Internet]. 15º de março de 2022 [citado 24º de julho de 2023];57:69-77. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/25157>
97. Nascimento AC. O homem e a beleza: Estudo exploratório do consumo masculino de cosméticos. 2016. Acesso em: 29 de agosto de 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/2087/1/ACN13092017.pdf>
98. Rodrigues JM, Queiroz MG, Leles CR, Rocha ALP. Perfil do estudante de odontologia que realizou o ENADE. *Reveduc*. 2023; 17: 1-19. doi: <https://doi.org/10.14244/198271994811>
99. Parada MB, Cazerta C, Afonso JPJM, Nascimento DIS. Manejo de complicações de preenchedores dérmicos. *Surg Cosmet Dermatol*. 2016; 8(4): 342-52.

Abstract

Introduction: In a dictatorial and incessant search for the ideal standard of beauty imposed by the media and social networks, a market dispute between various professional classes that work on facial aesthetics began. With the recognition of orofacial harmonization as a specialty of dentistry, several questions have been made about the performance of the dental surgeon on the diagnosis and aesthetic/functional treatment of the face - the full face approach. **Purposes:** Verify the degree of knowledge of dental surgeons about the morphofunctional treatment of the face; develop and validate a questionnaire to assess this knowledge; propose a refresher course model for dental surgeons on this type of treatment. **Methods:** Field research consisting of two stages: methodological study and descriptive-exploratory study of a quantitative approach. The sample consisted of a committee of judges and dental surgeons active and registered with the Regional Council of Dentistry of São Paulo in 2023. Data were collected through the application of a knowledge assessment questionnaire provided by the Google Forms Platform to 696 dental surgeons, after being validated by 11 judges and submitted to a pilot test with 24 other dental surgeons as representatives of the target population. The research respects the ethical-legal precepts of Resolution 466/2012 of the National Health Council, and the data were analyzed through descriptive and inferential statistical analyses. **Results:** The final questionnaire containing 20 questions showed excellent agreement between judges after the 3rd round (Gwet's agreement coefficient 2 of 0.974, with 95%CI between 0.957 and 0.992 and p-value<0.001), with content validity index above 0.90 (90%) and content validity ratio above 0.80 (80%). The pilot test revealed that the questionnaire was comprehensible for all its items. Of the 696 dental surgeons that answered the questionnaire, the majority were female (68%), aged between 22 and 93 years, graduated between 1938 and 2024, with specialization the most frequent degree (55.3%). Regarding the respondents' knowledge about the morphofunctional approach to the face, the mean assertiveness was 72.3%, showing knowledge gaps regarding bicectomy surgery and decompensatory orthodontic preparation for orthognathic surgery. dental surgeons without post-graduate degrees were those who expressed the greatest interest in updating their knowledge about orofacial harmonization (69.6%), with lower assertiveness scores for all questions compared to other postgraduate professionals. An update course proposal on the subject is presented, containing ten

modules and a total load of 60 hours. **Conclusions:** The results revealed that the dental surgeons have satisfactory knowledge regarding the morphofunctional aspect of the face, contrary to what is disclosed in the media. There is also the interest of these professionals in seeking update on the subject after graduation.

Keywords: Dentofacial Deformities; Esthetics, Dental; Face; Surveys and Questionnaires; Minimally Invasive Surgical Procedures.

Apêndices

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CD)

Seção 1 de 3

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ABORDAGEM *FULL FACE* EM ODONTOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado "**Conhecimento dos cirurgiões-dentistas na abordagem *Full Face* em odontologia**", em virtude de seu conhecimento temático e/ou metodológico.

Para você contribuir com essa pesquisa, precisará saber no que consiste sua contribuição, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do aceite digital desse termo de consentimento livre e esclarecido.

A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e você poderá se recusar a participar ou se retirar do estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de consequência.

Caso possua qualquer questionamento durante ou após a leitura desse termo, sinta-se à vontade para esclarecer suas possíveis dúvidas entrando em contato com a pesquisadora Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa, condutora do estudo e aluna do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), sob a orientação da Prof.a Dra. Fabiane Amorim de Almeida.

Esta fase da pesquisa tem como objetivo elaborar e validar um instrumento criado para avaliar o conhecimento de dos cirurgiões-dentistas (CD) sobre a abordagem da Odontologia sobre a estética da face e funcional do sistema estomatognático de forma completa (*Full Face*).

Tipo de participação:

Sua forma de participação no estudo consiste em responder a 20 perguntas do questionário *online* disponível na plataforma *Google Forms*, levando em torno de 3 a 5 minutos, sem nenhum gasto ou remuneração por sua participação nessa pesquisa.

Riscos e Inconveniências:

Durante a sua participação, caso se sentir constrangido, desconfortável ou inseguro em responder às perguntas ou se encontrar cansado devido ao tempo de aplicação do questionário, poderá interromper sua participação e continuar posteriormente se for do seu desejo, ou recusar o nosso convite, tendo o direito de desistir no decorrer da pesquisa, sem penalização alguma. Para minimizar o risco de exposição e garantir seu anonimato, os pesquisadores comprometem-se a registrar os dados que possam ocasionalmente identificar o pesquisado na forma de dados sensíveis na plataforma *Google Forms*.

Confidencialidade:

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, garantindo seu anonimato e privacidade, com a omissão de qualquer dado que possa identificá-lo em nenhuma circunstância como participante em possíveis publicações científicas resultantes deste estudo, cujos dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade, conforme a política de privacidade e a declaração de segurança da Plataforma *Online* e a Lei brasileira no. 12.965/2014.

Benefício do estudo:

Apesar de não lhe trazer benefícios diretos, sua participação poderá ajudar a conscientizar, orientar e atualizar o profissional cirurgião-dentista em gerenciar pacientes afetados por problemas funcionais e estéticos que afetam a face, revertendo em promoção de saúde para a sociedade.

Direitos do participante:

Sua participação é voluntária, sem qualquer custo ou remuneração, com garantia ao seu direito de descontinuidade na pesquisa e/ou da retirada de seu consentimento em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza.

Ética:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein, que tem como função avaliar os estudos envolvendo seres humanos zelar pela proteção de participantes de pesquisas realizadas nessa instituição. Em caso de denúncias e/ou reclamações, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) pelo telefone (11) 22151-3729 ou FAX (11) 2151-0273, ou ainda, por e-mail cep@einstein.br, de segunda à sexta-feira das 7:00 às 17:00 horas.

Eventuais dúvidas relacionadas ao estudo poderão ser esclarecidas diretamente com as pesquisadoras Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa pelo telefone +55 (11) 99978-3840 ou e-mail anapaulatvb@icloud.com.

Reclamações, elogios e sugestões poderão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou do formulário identificado como "fale conosco", disponível na página da pesquisa clínica, ou pessoalmente.

Consentimento:

Após a leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada em seus mínimos detalhes, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARO e FIRMO meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. III, Art. 9º do Código de Ética Odontológica (Res. CFO-118/2012).

Ao concordar *via online* com o presente termo, declaro, para todos os fins de direito, ter ciência do objetivo e da metodologia que será adotada no presente estudo, sendo orientado a salvar uma cópia digital ou impressa deste documento, cuja assinatura é digital manifestando meu livre consentimento assinalando em **SIM, concordo em participar dessa pesquisa voluntariamente** ao final deste documento.

☐ Sim, concordo em participar desta pesquisa voluntariamente.

☐ Não, prefiro não participar.

Apêndice 2. Questionário para avaliação do grau de conhecimento de CDs sobre a abordagem *full face* em Odontologia

Seção 2 de 3

PARTE I. Caracterização da amostra

⌵ ⋮

Descrição (opcional)

1. Sexo biológico:

☐ Masculino

☐ Feminino

2. Idade cronológica

Texto de resposta curta

3. Cidade em que trabalha:

Texto de resposta curta

4. Faculdade / Universidade em que completou a graduação em Odontologia:

Texto de resposta curta

5. Ano de conclusão da graduação:

Texto de resposta curta

6. Tipo de instituição em que completou a graduação:

☐ pública

☐ privada

☐ Outros...

7. Maior titulação:

- ☐ graduação
- ☐ especialização
- ☐ mestrado
- ☐ doutorado
- ☐ pós-doutorado

8. Quais são suas áreas de atuação na Odontologia? (você poderá assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ dentística restauradora
- ☐ prótese dentária
- ☐ endodontia
- ☐ periodontia
- ☐ cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial
- ☐ ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares
- ☐ odontopediatria
- ☐ harmonização orofacial
- ☐ radiologia e imagiologia
- ☐ odontologia hospitalar
- ☐ Outros...

9. Em qual setor você atua? (você poderá assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ setor público (UBS/AMA/hospital público)
- ☐ setor privado (clínica particular/hospital privado)
- ☐ setor de ensino e pesquisa (universidades e indústria farmacêutica e de materiais)
- ☐ Outros...



PARTE II. Conhecimento sobre a relação entre a Odontologia e a função e estética facial.

ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA

1. A harmonização orofacial deve ser realizada por cirurgiões-dentistas porque:

- ☐ necessita de conhecimentos de anatomia facial.
- ☐ deve harmonizar os dentes, o sorriso e a face como um todo.
- ☐ a reabilitação dentária e o tratamento ortodôntico auxiliam na prevenção do envelhecimento facial.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

2. A análise facial é útil para:

- ☐ encontrar as proporções dos terços faciais que compõem a face.
- ☐ restabelecer a altura facial anterior e inferior na confecção de próteses e laminados dentários estéticos.
- ☐ estabelecer diagnóstico e tomada de decisões terapêuticas em harmonização orofacial.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

3. Em relação à classificação dos indivíduos em padrões faciais pode-se afirmar que:

- ☐ as proporções dos terços faciais em norma frontal e de perfil, devem ser observadas, assim como a relação maxilo-mandibular.
- ☐ o posicionamento da maxila em relação à mandíbula é irrelevante, não devendo ser levado em consideração para esta classificação.
- ☐ os indivíduos devem ser classificados de acordo com sua relação de oclusão e não quanto à sua face.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

4. Em relação ao padrão face longa, pode-se afirmar que:

- ☐ é o padrão facial que apresenta as menores alterações estéticas faciais e funcionais.
- ☐ sua alteração de crescimento e desenvolvimento da face pode prejudicar as funções respiratória e mastigatória e comprometer a estética facial.
- ☐ o tratamento ortodôntico pode beneficiar a estética da face, ajudando na respiração, porém sua oclusão permanecerá comprometida.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

5. Em relação ao preparo ortodôntico descompensatório cirúrgico, pode-se afirmar que:

- ☐ deve ser conduzido da mesma forma que o tratamento ortodôntico corretivo compensatório.
- ☐ deve eliminar as sobressaliências (overjets positivos e negativos) e corrigir as discrepâncias maxilo-mandibulares previamente à cirurgia ortognática.
- ☐ deve promover as descompensações das inclinações dentárias, revelando as discrepâncias maxilo-mandibulares previamente à cirurgia ortognática.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

6. A cirurgia ortognática:

- ☐ promove benefício estético e funcional de pacientes portadores de discrepâncias maxilo-mandibulares.
- ☐ atua na correção de maloclusões que não podem ser facilmente tratadas ortodonticamente, como nos casos de mordidas abertas esqueléticas e alterações transversais em pacientes adultos.
- ☐ pode promover o aumento do espaço aéreo faríngeo, auxiliando no tratamento da SAHOS (síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono).
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

7. Em relação ao envelhecimento da face, pode-se afirmar que:

- ☐ pode ser causado por fatores intrínsecos e extrínsecos.
- ☐ sofre influência da altura facial anterior inferior (AFAI), em virtude de perdas dentárias, apinhamento dental e desgaste de dentes.
- ☐ ocorrem alterações de volume em todos os tecidos que compõem a face, como estrutura óssea, músculos, coxins gordurosos e pele.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

8. A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:

- ☐ age impedindo a liberação da acetilcolina nas fendas sinápticas.
- ☐ tem a capacidade de paralisar todos os tecidos moles que compõem a face.
- ☐ é um gel volumizador que preenche os tecidos faciais.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

9. Em relação aos preenchedores faciais:

- ☐ se injetados no interior de um vaso sanguíneo, podem causar embolia e necrose nos tecidos da face do paciente
- ☐ podem ser materiais permanentes ou temporários (absorvíveis).
- ☐ de todos os materiais disponíveis no mercado, o ácido hialurônico é o preenchedor mais utilizado atualmente.
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

10. A cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal, conhecida como Bichectomia, é indicada para:

- ☐ obtenção de material de enxertia em sequelas de comunicação buco-sinusal.
- ☐ prevenir traumatismos recorrentes quando o paciente morde a mucosa jugal durante a mastigação.
- ☐ o tratamento estético da face muito côncava, promovendo uma divisão entre a área da projeção do arco zigomático e o contorno da mandíbula (efeito Blush).
- ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

11. Você teria interesse em realizar um curso de atualização sobre a integração dos procedimentos de harmonização orofacial para complementar, otimizar e potencializar os resultados estéticos obtidos por meio dos tratamentos odontológicos de dentística, periodontia, prótese dentária, ortodontia e ortognático-cirúrgicos?

- ☐ Sim, gostaria de me aperfeiçoar no assunto.
- ☐ Não, não tenho interesse.

[Voltar](#)

[Enviar](#)

Página 3 de 3

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Gabarito de respostas Parte II: 1) d; 2) d; 3) a; 4) b; 5) c; 6) d; 7) d; 8) a; 9) d; 10) d.

Apêndice 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Juízes



CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ABORDAGEM *FULL FACE* EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado **“Conhecimento dos cirurgiões-dentistas na abordagem *Full Face* em odontologia”**, em virtude de seu conhecimento temático e/ou metodológico.

Para você contribuir com esta pesquisa, precisará saber no que consiste sua contribuição, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do aceite digital desse termo de consentimento livre e esclarecido.

A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e você poderá se recusar a participar ou se retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência.

Caso possua qualquer questionamento durante ou após a leitura desse termo, sinta-se à vontade para esclarecer suas possíveis dúvidas entrando em contato com a pesquisadora Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa, condutora do estudo e aluna do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Fabiane de Amorim Almeida.

Esta fase da pesquisa tem como objetivo elaborar e validar um instrumento criado para avaliar o conhecimento de dos cirurgiões-dentistas (CD) sobre a abordagem da Odontologia sobre a estética da face e funcional do sistema estomatognático de forma completa (*Full Face*).

Tipo de participação

Sua forma de participação no estudo consiste em atuar como membro integrante do comitê de especialistas ou juízes, com a finalidade de avaliar um questionário elaborado pela pesquisadora, consistindo em 20 questões, quanto à

adequação de sua estrutura, sua compreensibilidade de conteúdo e quanto ao seu cumprimento quanto ao objetivo do objeto de sua pesquisa, com a finalidade de perceber se o instrumento elaborado será capaz de gerar dados estatísticos válidos para investigar sobre o conhecimento de cirurgiões-dentistas (CD) na abordagem *Full Face* em Odontologia. Sua tarefa consistirá em ajuizar se os itens avaliados se referem ou não ao propósito do instrumento em questão, onde uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes poderá servir de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item que teoricamente se refere.

Riscos e Inconveniências

Durante a sua participação, caso se sentir constrangido, desconfortável ou inseguro em responder às perguntas ou se encontrar cansado devido ao tempo de aplicação do questionário, poderá interromper sua participação e continuar posteriormente se for do seu desejo, ou recusar o nosso convite, tendo o direito de desistir no decorrer da pesquisa, sem penalização alguma. Para minimizar o risco de exposição e garantir seu anonimato, os pesquisadores se comprometem a registrar os dados que possam ocasionalmente identificar o pesquisado na forma de dados sensíveis na plataforma *Google Forms*.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, garantindo seu anonimato e privacidade, com a omissão de qualquer dado que possa identificá-lo em nenhuma circunstância como participante em possíveis publicações científicas resultantes deste estudo, cujos dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade, conforme a política de privacidade e a declaração de segurança da Plataforma *Online* e a Lei brasileira n. 12.965/2014.

Benefício do estudo

Apesar de não lhe trazer benefícios diretos, sua participação poderá ajudar a conscientizar, orientar e atualizar o profissional cirurgião-dentista em gerenciar pacientes afetados por problemas funcionais e estéticos que afetam a face, revertendo em promoção de saúde para a sociedade.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se o assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como também não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Ao aceitar este termo você renuncia a nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção de participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein pelo telefone (11) 2151-3729, ou pelo e-mail cep@einstein.br. O Comitê funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h e está localizado à Av. Albert Einstein, 627 – 2º ss do Bloco A- Morumbi – São Paulo – SP - 05652-900.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo, Ana Paula Tanko de Vasconcellos Balboa pelo telefone +55 (11) 99978-3840 ou e-mail anapaulatvb@icloud.com.

Reclamações, elogios e sugestões poderão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou do formulário identificado como “fale conosco”, disponível na página da pesquisa clínica, ou pessoalmente.

Assinaturas de Consentimento

Após a leitura minuciosa das informações constantes neste Termo de consentimento Livre e Esclarecido, devidamente explicada em seus mínimos detalhes, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, declaro e firmo meu consentimento livre e esclarecido, concordando em participar da pesquisa. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu consentimento livre

e esclarecido, e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. III, Art. 9º do Código de Ética Odontológica (Res. CFO-118/2012).

Ao concordar *via online* com o presente termo, declaro, para todos os fins de direito, ter ciência do objetivo e da metodologia que será adotada no presente estudo, sendo orientado a salvar uma cópia digital ou impressa deste documento, cuja assinatura é digital manifestando meu livre consentimento assinalando em SIM, concordo em participar dessa pesquisa voluntariamente” ao final deste documento.

- () Sim, concordo em participar desta pesquisa voluntariamente
- () Não, prefiro não participar

Apêndice 4. Versão final do questionário de Pesquisa aos Juízes



“CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ABORDAGEM FULL FACE EM ODONTOLOGIA”

Questionário de pesquisa

Sua forma de participação neste estudo consiste em atuar como membro integrante do comitê de especialistas ou juízes, com a finalidade de avaliar um questionário elaborado pela pesquisadora, consistindo em 20 questões, quanto à adequação de sua estrutura, sua compreensibilidade de conteúdo e quanto ao seu cumprimento quanto ao objetivo do objeto de sua pesquisa, para perceber se o instrumento elaborado será capaz de gerar dados estatísticos válidos para investigar sobre o **“Conhecimento de cirurgiões-dentistas (CD) na abordagem *Full Face* em Odontologia”**.

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ:

Data de avaliação: ____/____/____

Número do juiz: _____

Idade: _____

Sexo biológico:

() Masculino

() Feminino

Especialidade: _____

Ano de graduação: ____/____/____

Titulação:

() Especialista/Área: _____

() Mestrado/Área: _____

() Doutorado/Área: _____

() Pós-doutorado/Área: _____

PARTE 2 – AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

Instruções:

Sua tarefa será ajuizar se os itens avaliados se referem ou não ao propósito do instrumento em questão, onde a validação do questionário como instrumento de

pesquisa dependerá de 80% de concordância entre todos os juízes, que deverão julgar o instrumento de pesquisa para atender também aos seguintes critérios:

- A. Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão;
- B. Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada;
- C. Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.

Este questionário *online* estará disponível na plataforma *Google Forms*, levando em torno de 3 a 5 minutos, sem nenhum gasto ou remuneração por sua participação nessa pesquisa. A avaliação da validade desse questionário será realizada por meio de abordagem qualitativa, onde você no papel de juiz deverá pontuar as questões de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

- 1 = questão inadequada (I)
- 2 = questão parcialmente adequada (PA)
- 3 = questão adequada (A)
- 4 = questão totalmente adequada (TA)

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Conhecimento sobre a relação entre a Odontologia e a função e a estética facial.

1. A Harmonização Orofacial deve ser realizada por cirurgiões-dentistas porque:
- () necessita de conhecimentos de anatomia facial.
 - () deve harmonizar os dentes, o sorriso e a face como um todo.
 - () a reabilitação dentária e o tratamento ortodôntico auxiliam na prevenção do envelhecimento facial.
 - () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

Crítérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				

C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				
---	--	--	--	--

Sugestões:

2. Em relação ao envelhecimento da face, pode-se afirmar que:
- ☐ pode ser causado por fatores intrínsecos e extrínsecos.
 - ☐ sofre influência da altura facial anterior inferior (AFAI), em virtude de perdas dentárias, apinhamento dental e desgaste de dentes.
 - ☐ ocorrem alterações de volume em todos os tecidos que compõem a face, como estrutura óssea, músculos, coxins gordurosos e pele.
 - ☐ todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

Critérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

3. A análise facial é útil para:
- ☐ encontrar as proporções dos terços faciais que compõem a face.

- () restabelecer a altura facial anterior e inferior na confecção de próteses e laminados dentários estéticos.
- () estabelecer diagnóstico e tomada de decisões terapêuticas em Harmonização Orofacial.
- () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

Crítérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

4. Em relação à classificação dos indivíduos em padrões faciais pode-se afirmar que:

- () as proporções dos terços faciais em norma frontal e de perfil, devem ser observadas, assim como a relação maxilo-mandibular.
- () o posicionamento da maxila em relação à mandíbula é irrelevante, não devendo ser levado em consideração para esta classificação.
- () os indivíduos devem ser classificados de acordo com sua relação de oclusão e não quanto à sua face.
- () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

Crítérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa				

quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

5. A cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal, conhecida como Bichectomia, é indicada para:
- () obtenção de material de enxertia em sequelas de comunicação buco-sinusal.
 - () prevenir traumatismos recorrentes quando o paciente morde a mucosa jugal durante a mastigação.
 - () o tratamento estético da face muito côncava, promovendo uma divisão entre a área da projeção do arco zigomático e o contorno da mandíbula (efeito *Blush*).
 - () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

Critérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

6. Em relação ao preparo ortodôntico descompensatório cirúrgico, pode-se afirmar que:
- () deve ser conduzido da mesma forma que o tratamento ortodôntico corretivo compensatório.
 - () deve eliminar as sobressaliências (overjets positivos e negativos) e corrigir as discrepâncias maxilo-mandibulares previamente à cirurgia ortognática.
 - () deve promover as descompensações das inclinações dentárias, revelando as discrepâncias maxilo-mandibulares previamente à cirurgia ortognática.
 - () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

CrITÉRIOS	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

7. A cirurgia ortognática:
- () promove benefício estético e funcional de pacientes portadores de discrepâncias maxilo-mandibulares.
 - () atua na correção de má oclusões que não podem ser facilmente tratadas ortodonticamente, como nos casos de mordidas abertas esqueléticas e alterações transversais em pacientes adultos.

- () pode promover o aumento do espaço aéreo faríngeo, auxiliando no tratamento da SAHOS (síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono).
- () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

CrITÉRIOS	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

8. Em relação ao Padrão Face Longa, pode-se afirmar que:

- () de todos os padrões faciais, é o que apresenta as menores alterações estéticas faciais e funcionais.
- () sua alteração de crescimento e desenvolvimento da face pode prejudicar as funções respiratória e mastigatória e comprometer a estética facial.
- () o tratamento ortodôntico pode beneficiar a estética da face, ajudando na respiração, porém sua oclusão permanecerá comprometida.
- () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

CrITÉRIOS	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra				

alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

9. A toxina botulínica é um fármaco utilizado no tratamento de rugas e marcas de expressão, porque:

- () age impedindo a liberação da acetilcolina nas fendas sinápticas.
 () tem a capacidade de paralisar os tecidos moles que compõem a face.
 () é um gel volumizador que preenche os tecidos faciais.
 () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

CrITÉRIOS	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

10. Em relação aos preenchedores faciais:

- () se injetados no interior de um vaso sanguíneo, podem causar embolia e necrose nos tecidos da face do paciente
- () podem ser materiais permanentes ou temporários (reabsorvíveis).
- () de todos os materiais disponíveis no mercado, o ácido hialurônico é o preenchedor mais utilizado atualmente.
- () todas as alternativas anteriores estão corretas.

Como o juiz avalia essa pergunta?

Crítérios	1 (I)	2 (PA)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				
B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

11. Você teria interesse em realizar um Curso de Atualização sobre a integração dos procedimentos de Harmonização Orofacial para otimizar e potencializar os resultados estéticos obtidos por meio dos tratamentos odontológicos de dentística, periodontia, prótese dentária, ortodontia e cirurgia ortognática?

- () Sim () Não

Como o juiz avalia essa pergunta?

Crítérios	1 (I)	2 (A)	3 (A)	4 (TA)
A) Presença de empecilho na questão que a comprometa quanto à sua clareza e compreensão				

B) Sugestão de exclusão ou de inclusão de outra alternativa na questão a ser elaborada.				
C) Verificar se existe viés de indução de resposta do participante na elaboração do enunciado da questão.				

Sugestões:

Apêndice 5. Proposta de um curso de atualização sobre a abordagem *full face* em Odontologia

Curso de Atualização em Abordagem *Full Face* em Odontologia.

Ementa: curso de atualização teórico-prático na Abordagem *Full Face* em Odontologia, que se propõe à abordar conteúdos que possibilitem a atualização de profissionais cirurgiões-dentistas, de modo a prepará-los à adoção de práticas clínicas de harmonização orofacial em suas reabilitações dentárias, voltadas ao diagnóstico e ao tratamento morfofuncional da face, em suas reabilitações, promovendo assim uma abordagem integral da face do paciente.

Público-alvo: cirurgiões-dentistas, num total de 20 vagas.

Objetivos: Ao término da disciplina, o aluno deverá ser capaz de compreender os aspectos relacionados à fundamentação científica e à prática clínica da harmonização orofacial, com destaque para a abordagem facial morfofuncional do paciente de forma completa.

Crterios de avaliaão da aprendizagem: O desempenho dos alunos será avaliado por meio da aplicaão de testes individuais de múltipla escolha sobre o assunto estudado ao final das aulas; apresentaão e discussão dos casos clínicos realizados pelos alunos em grupo; e atividades de autoavaliaão a respeito de participaão do aluno ao final das atividades desenvolvidas em grupo.

Conteúdo programático: O conteúdo abordado no curso será distribuído em 10 módulos, apresentados a seguir:

MÓDULO 1: Aula introdutória sobre o papel da Odontologia na fisiologia e sua repercussão estética sobre a face.

MÓDULO 2: Análise facial, fotografia, fisiologia do envelhecimento e senescência, e classificaão dos padrões faciais.

MÓDULO 3: Anatomia da cabeça e pescoço, bioética, legislaão e prontuário.

MÓDULO 4: Fisiologia cutânea, técnica de microagulhamento, laser fotobiomodulaão e dermocosméticos.

MÓDULO 5: Toxina botulínica.

MÓDULO 6: Fios faciais.

MÓDULO 7: Preenchedores faciais.

MÓDULO 8: Cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal (Bichectomia).

MÓDULO 9: Preparo ortodôntico descompensatório cirúrgico e cirurgia ortognática.

MÓDULO 10: Abordagem *Full Face* em Odontologia.

Cronograma: O curso será oferecido em 10 encontros presenciais com duração de 6 horas/aula, sendo que em cada encontro será abordado um dos módulos apresentados no conteúdo programático.

Planejamento pedagógico:

- **MÓDULO 1: Aula introdutória sobre o papel da Odontologia na fisiologia e sua repercussão estética sobre a face.**

Objetivos de aprendizagem

- Criar um fluxograma explicativo sobre a influência da função mastigatória e respiratória sobre o crescimento e desenvolvimento das estruturas faciais e sua repercussão sobre a forma (estética) da face.
- Criticar a abordagem estética da face exagerada e sem critérios.
- Julgar a realização de procedimentos estéticos sem necessidade.
- Determinar as alterações funcionais que evoluem para as desordens dentofaciais.

Objetivos fundamentais

- Compreender a influência entre a forma e a função do sistema estomatognático.
- Reconhecer a necessidade do papel da Odontologia sobre a função e a estética da face.
- Entender a relevância do tema para a qualidade de vida e autoestima da população.

Material pré-classe

- Vídeo “Airway and TMJ” – YouTube.

Estratégia de ensino

- Questionamentos sobre fatores que possam influenciar sobre a estética facial por meio da aplicação da ferramenta *Mentimeter* (nuvem de palavras) e posterior discussão sobre o tema.

- Aula teórica expositiva sobre a interferência de fatores genéticos e funcionais do sistema estomatognático, sobre o crescimento e desenvolvimento da face alterando negativamente sobre sua estética (relação entre a forma e a função).
 - Formação de grupos para a formulação de um fluxograma base desses fatores de interferência sobre a estética da face.
- **MÓDULO 2: Análise facial, Fotografia, fisiologia do envelhecimento e senescência, e classificação dos padrões faciais**

Objetivos de aprendizagem

- Conseguir empreender os métodos e ferramentas para realizar a análise facial.
- Classificar os indivíduos quanto ao seu padrão facial.
- Identificar os sinais e as estruturas faciais afetadas pelo processo de envelhecimento facial.
- Utilizar a fotografia como ferramenta de diagnóstico

Objetivos fundamentais

- Utilizar as ferramentas de fotografia e análise facial.
- Identificar os sinais e as estruturas afetadas pelo processo de envelhecimento facial.
- Reconhecer as principais diferenças entre os padrões faciais.

Material pré-classe

- Leitura do artigo de Celano L, Labuto MM. A importância da análise facial no planejamento da harmonização orofacial. Caderno de Odontologia do UNIFESO. 2022; 4(2):110-9.
- Leitura do artigo de Pereira FF, Braga CT, Souza MS, Souza DM. Camadas da face e mudanças associadas com o envelhecimento facial. Aesthetic Orofacial Science. 2021; 2(2): 129-43.

Estratégia de ensino

- Realização de um pré-teste sobre o material pré-classe, utilizando a ferramenta *online Socrative* e discussão com os alunos sobre as questões abordadas e elucidação de possíveis dúvidas.
- Aula expositiva dialogada sobre análise facial e princípios básicos da fotografia e protocolo fotográfico.
- Formação de grupos para a realização do treinamento do protocolo fotográfico entre os alunos.
- Implementação prática das ferramentas de diagnóstico e análise facial, nas fotografias realizadas.
- Aula expositiva dialogada sobre envelhecimento facial e senescência, e classificação dos padrões faciais.

- Aplicação prática para a classificação dos padrões faciais e sinais de envelhecimento facial, com a projeção das fotografias e discussão dos casos clínicos em grupo.

- **MÓDULO 3: Anatomia da cabeça e pescoço, bioética, legislação e prontuário.**

Objetivos de aprendizagem

- Identificar as estruturas anatômicas (pele, músculos da mímica facial, coxins adiposos da face, vasos sanguíneos, nervos facial e trigêmeo, e esqueleto facial).
- Conhecer os princípios de bioética e a legislação que rege a atividade odontológica.
- Avaliar anamnese, exame físico dos pacientes, solicitação e avaliação de exames complementares, e preenchimento do prontuário.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer as estruturas anatômicas da cabeça e pescoço.
- Conhecer bioética e a legislação que rege a Odontologia.
- Realizar o prontuário do paciente.

Material pré-classe

- Vídeos de anatomia facial fornecidos pela docente (plataforma *Kenhub* e outros).
- Leitura do Capítulo 1 do Livro “Harmonização Orofacial a outra face da Odontologia” (A legislação sobre a Harmonização Orofacial em Odontologia), de Duarte DA, Giro G, Feres M. Editora Napoleão. 2019.

Estratégia de ensino

- Aula expositiva dialogada sobre as estruturas anatômicas, realizada em centro de treinamento em anatomia, com demonstração prática das estruturas abordadas em cadáver *fresh frozen*.
- Aula expositiva com professor convidado, sobre legislação odontológica e bioética.
- Apresentação de peças processuais em Odontologia, com discussão pela estratégia *Think-Pair-Share*.
- Aula expositiva dialogada sobre anamnese, exame físico dos pacientes, solicitação e avaliação de exames complementares, e preenchimento do prontuário.
- Formação de duplas de trabalho, e atendimento a pacientes na clínica ambulatorial para realização de anamnese, exame físico, protocolo fotográfico dos pacientes, solicitação de exames complementares, e preenchimento do prontuário.

- **MÓDULO 4: Fisiologia cutânea, técnica de microagulhamento, laser fotobiomodulação e dermocosméticos.**

Objetivos de aprendizagem

- Conhecer a anatomia cutânea e as alterações da fisiologia cutânea e sua importância para os procedimentos minimamente invasivos da HOF.
- Selecionar os pacientes com indicação para os tratamentos cutâneos faciais.
- Realizar as técnicas de microagulhamento, laser fotobiomodulação com a aplicação de dermocosméticos.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer as alterações da fisiologia cutânea.
- Realizar técnicas de microagulhamento.
- Realizar protocolos de biofotônica, com dermocosméticos e fotobiomodulação.

Material pré-classe

- Vídeo da palestra gravada “HOF na estética no pré e pós-procedimentos”, da docente realizado no meeting Estética e Cosmética no Novo Mundo.
- Vídeo “Introdução à Biofotônica aula 1: Introdução geral – Luz e Vida”, do Professor Vanderlei Salvador Bagnato.
- Video “Dermapen Micro Needling 3D Animation” – YouTube.

Estratégia de ensino

- Aula expositiva dialogada sobre a anatomia e fisiologia cutânea.
- Realização de um *quizz* utilizando a plataforma *Kahoot* sobre a anatomia e a fisiologia cutânea.
- Aula expositiva dialogada sobre as técnicas de microagulhamento e a laser fotobiomodulação com dermocosméticos.
- Prática de aplicação do microagulhamento utilizando folhas de *ethylene vinyl acetate (EVA)*.
- Formação de duplas de trabalho, e atendimento a pacientes na clínica ambulatorial para realização de procedimentos de biofotônica com aplicação de lasers, leds, dermocosméticos e técnica de microagulhamento.

• MÓDULO 5: Toxina botulínica

Objetivos de aprendizagem

- Selecionar os pacientes que se beneficiam pela aplicação de toxina botulínica.
- Realizar a aplicação funcional e estética da toxina botulínica, dentro da área de atuação do cirurgião-dentista.
- Compreender o mecanismo de ação da toxina botulínica, suas vantagens e desvantagens.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer e identificar os músculos faciais que devem ser tratados pelo fármaco em questão.

- Realizar técnicas de aplicação de toxina botulínica.
- Saber solucionar as possíveis intercorrências que possam ocorrer no trans e pós-tratamento.

Material pré-classe

- Vídeo “15. BÓTOX: Mecanismo de acción”, de Francisco Bueno Manso – YouTube.
- Vídeo “A Hipótese do Mecanismo de Ação de BOTOX”, Pixel Friends – YouTube.
- Vídeo “Diluição de BOTOX 100U”, Pixel Friends – YouTube.

Estratégia de ensino

- Realização de um pré-teste sobre o material pré-classe, utilizando a ferramenta *online Socrative* e discussão com os alunos sobre as questões abordadas e elucidação de possíveis dúvidas.
- Aula expositiva dialogada sobre toxina botulínica.
- Aula prática de diluição e aplicação de toxina botulínica por meio de simulação realística em manequim estático.
- Aplicação do mesmo teste utilizando a ferramenta *online Socrative*.
- Formação de duplas de trabalho, e atendimento a pacientes na clínica ambulatorial para aplicação de toxina botulínica.

• MÓDULO 6: Fios faciais

Objetivos de aprendizagem

- Selecionar os pacientes que se beneficiam pela aplicação dos fios faciais.
- Realizar a implantação de fios faciais, dentro da área de atuação do cirurgião-dentista.
- Compreender o mecanismo de ação mecânica e bioestimuladora de colágeno promovida pela implantação de fios faciais na hipoderme facial.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer e identificar a ptose dos coxins adiposos da face que devem ser reerguidos por meio da implantação dos fios faciais de lifting.
- Reconhecer e identificar as áreas que necessitam de bioestimulação de colágeno que podem ser beneficiadas por fios faciais.
- Realizar técnicas de aplicação de fios faciais.
- Saber solucionar as possíveis intercorrências que possam ocorrer durante e após o procedimento.

Material pré-classe

- “Manual de Protocolos de fios faciais de sustentação” da i-Medical, (a ser enviado pela docente).
- Livro “FIOS PDO – nova abordagem ao rejuvenescimento da pele”, de Irina Lopandina (*PDF* a ser enviado pela docente).

Estratégia de ensino

- Construção de uma nuvem de palavras relacionadas à implantação de fios na derme facial, através das informações fornecidas por meio do material pré-classe, utilizando a ferramenta *Mentimeter* e posterior discussão sobre o tema.
- Aula expositiva dialogada sobre fios faciais.
- Aula prática de instalação de fios faciais em cadáver *fresh frozen* e posterior dissecação da peça anatômica.
- Formação de duplas de trabalho, e atendimento a pacientes na clínica ambulatorial para a implantação dos fios faciais.

• MÓDULO 7: Preenchedores faciais

Objetivos de aprendizagem

- Selecionar os pacientes que se beneficiam pela aplicação dos preenchedores faciais.
- Realizar a injeção de preenchedores faciais, dentro da área de atuação do cirurgião-dentista.
- Compreender as indicações, as vantagens e as desvantagens da injeção de preenchedores volumizadores sobre a face humana.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer e identificar as estruturas da face que necessitem de ser reestruturadas e/ou remodeladas.
- Realizar técnicas injetoras de preenchimento facial.
- Saber solucionar as possíveis intercorrências que possam ocorrer durante e após o tratamento.

Material pré-classe

- “Guia Ilustrado para Preenchimentos Injetáveis”, de Gerhard Satter e Uliana Gout (*PDF* a ser enviado pela docente).
- Artigo de Antonio CR, Antonio JR, Garcia AC, Correia AA. Preenchimento na região glabellar – dissecando as razões da alta incidência de complicações e cegueira. *Surg Cosmet Dermatol*. 2012; 4(2): 111-3.

Estratégia de ensino

- Aula expositiva dialogada sobre os preenchedores e volumizadores injetáveis para as estruturas faciais.
- Apresentação de fotografias de casos clínicos para discussão pela estratégia *Think-Pair-Share*.
- Aula prática de injeção de preenchedores faciais em cadáver *fresh frozen*.
- Formação de duplas de trabalho, e atendimento a pacientes na clínica ambulatorial para a realização de técnicas preenchedoras e volumizadoras da face.

- **MÓDULO 8: Cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal (Bichectomia)**

Objetivos de aprendizagem

- Selecionar os pacientes que se beneficiam pela remoção dos coxins adiposos bucais.
- Realizar a cirurgia de exérese do corpo adiposo bucal (Bichectomia)
- Compreender as indicações, as vantagens e as desvantagens de realizar o procedimento cirúrgico em questão.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer e identificar os pacientes que possuam excesso nocivo de volume dos coxins adiposos bucais.
- Realizar técnicas cirúrgicas para a exérese do corpo adiposo bucal (Bichectomia).
- Realizar técnicas cirúrgicas de enxertia dos coxins adiposos bucais para área doadora que necessite de volume ou oclusão.
- Saber solucionar as possíveis intercorrências que possam ocorrer durante e após o procedimento cirúrgico.

Material pré-classe

- “Guia prático ilustrado BICHECTOMIA”, de Fonseca MB. Editora Napoleão. (PDF a ser enviado pela docente).

Estratégia de ensino

- Realização de um pré-teste sobre o material pré-classe, utilizando a ferramenta *online Socrative* e discussão com os alunos sobre as questões abordadas e elucidação de possíveis dúvidas.
- Aula expositiva dialogada sobre a cirurgia de Bichectomia.
- Aplicação do mesmo teste utilizando a ferramenta *online Socrative*.
- Aula prática demonstrativa de exérese do corpo adiposo bucal (Bichectomia) em cadáver *fresh frozen*.
- Formação de duplas de trabalho, e atendimento a pacientes na clínica ambulatorial para a realização de procedimento cirúrgico de exérese do corpo adiposo bucal (Bichectomia).

- **MÓDULO 9: Preparo ortodôntico descompensatório cirúrgico e cirurgia ortognática.**

Objetivos de aprendizagem

- Selecionar os pacientes que se beneficiam pela realização da cirurgia ortognática.
- Compreender as indicações, as vantagens e as desvantagens de realizar o procedimento cirúrgico em questão.

- Formular opções de tratamento ortodôntico descompensatório preparatório para a cirurgia ortognática.
- Indicar corretamente a realização de cirurgia ortognática.

Objetivos fundamentais

- Reconhecer os pacientes que possuam indicação funcional para a cirurgia ortognática.
- Reconhecer os pacientes que possuam indicação estética para a cirurgia ortognática.
- Reconhecer a importância funcional do procedimento cirúrgico ortognático.
- Reconhecer a importância da cirurgia ortognática para a estética facial.
- Reconhecer a importância do preparo ortodôntico descompensatório para o resultado final da cirurgia ortognática

Material pré-classe

- “Manual de Orientação aos pacientes com vistas à cirurgia ortognática”, Prof. Dr. Antenor Araújo e colaboradores. Dental Press, 2005. (enviado pela docente).
- Vídeo “Cirurgia ortognática: sorriso gengival” – YouTube.
- Vídeo “Cirurgia ortognática: deformidade dentofacial classe II” – YouTube.
- Vídeo “Cirurgia ortognática: deformidade dentofacial classe III” – YouTube.
- Vídeo “Expansão da maxila assistida cirurgicamente” – YouTube.

Estratégia de ensino

- Aula expositiva dialogada sobre preparo ortodôntico descompensatório para cirurgia ortognática.
- Aula expositiva com professor convidado, sobre cirurgia ortognática.
- Formação de grupos para análise e discussão de casos clínicos de pacientes ortognáticos.
- Cirurgia ortognática demonstrativa em centro cirúrgico àqueles que desejem assistir ao procedimento.

• MÓDULO 10: Abordagem *full face*

Objetivos de aprendizagem

- Selecionar os pacientes que necessitem beneficiem de uma abordagem facial completa.
- Saber indicar os procedimentos necessários para promover um benefício facial
- Realizar a abordagem facial completa (*full face*).

Objetivos fundamentais

- Reconhecer a necessidade de realização da abordagem facial *full face*.
- Compreender a abordagem facial *full face*.
- Entender a relevância do tema para a qualidade de vida e autoestima da população.

Material pré-classe

- Vídeo da gravação da *live* “Abordagem *full face* em Odontologia”, realizada na Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, em abril de 2023.

Estratégia de ensino

- Realização de um *quiz* utilizando a plataforma *Kahoot* sobre todos os temas abordados nos módulos anteriores.
- Aula expositiva dialogada sobre a abordagem morfofuncional da face – a abordagem *full face* em Odontologia.
- Apresentação dos casos clínicos tratados pelos alunos durante os módulos anteriores e discussão sobre o planejamento e os resultados obtidos, e elucidação de dúvidas.
- Entrega dos certificados, mensagem final e confraternização com os alunos.