



Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia

LUCAS LOPES MOREIRA

**ANÁLISE DA CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PROPORÇÕES DE ALTURA E
LARGURA DO INCISIVO CENTRAL SUPERIOR E DA FACE**

Belém
2018

LUCAS LOPES MOREIRA

**ANÁLISE DA CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PROPORÇÕES DE ALTURA E
LARGURA DO INCISIVO CENTRAL SUPERIOR E DA FACE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Andréa Ferreira Santos Cruz

Coorientadora: Prof.^a Dra. Camila Lima de Andrade

Belém

2018

LUCAS LOPES MOREIRA

**ANÁLISE DA CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PROPORÇÕES DE ALTURA E
LARGURA DO INCISIVO CENTRAL SUPERIOR E DA FACE**

Data de Defesa: ____ / ____ / ____

Julgamento: _____

Banca examinadora:

Prof^a. Dra. Andréa Ferreira Santos Cruz - Orientadora

Prof^a. Dra. Jesuína Lamartine Nogueira Araújo - Membro

Prof. Dr. Bruno Pereira Alves - Membro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	7
METODOLOGIA	9
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO A	22
REGRAS DA REVISTA CONTEMPORARY CLINICAL DENTISTRY	25

RESUMO

Introdução: os princípios e parâmetros estéticos usados no planejamento na odontologia protética e restauradora têm resultado em sorrisos agradáveis.

Objetivo: este trabalho visa analisar a proporção biométrica de largura e altura dos incisivos centrais superiores em relação a largura e altura da face.

Método: a pesquisa foi realizada através da medição de largura e altura da face e dos incisivos centrais superiores de 71 participantes e posterior análise estatística dos valores obtidos.

Resultados: os valores da relação de proporção entre largura da face e dos incisivos centrais superiores obtidos, apesar de positivos moderados, não foram estatisticamente significativos ($p > 0,05$), entretanto, os valores da relação de proporção entre altura da face e dos incisivos centrais superiores obtidos foram positivos moderados e estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Conclusão: conclui-se que não há uma relação de proporção matemática tabelada e definida entre as medidas horizontais e verticais dos incisivos centrais superiores e da face.

Palavras-chave: prótese total; dentes artificiais; estética; face.

ABSTRACT

Context: *the aesthetic principles and parameters used for planning in prosthetic and restorative dentistry have been resulting in pleasant smiles.* **Objective:** *this work aims to analyze the biometric proportion of width and height of the maxillary central incisors in relation to the width and height of the face.* **Method:** *The research was executed through the measurement of width and height of the face and maxillary central incisors of 71 participants with a later statistical analysis of the obtained data.* **Results:** *The values of the proportion ratio between face and maxillary central incisors width, although moderated positive, were not statistically significant ($p>0,05$), however, the values of the proportion ratio between face and maxillary central incisor height were moderated positive and statistically significant ($p<0,05$).* **Conclusion:** *it is concluded that there is no tabulated and defined mathematical ratio relation between the horizontal and vertical measurements of the maxillary central incisors and the face.*

Key words: *complete denture; artificial teeth; aesthetics; face*

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A importância do conhecimento e aplicabilidade das normas, princípios e parâmetros estéticos na Odontologia protética e restauradora tem auxiliado a tornar o sorriso dos pacientes o mais agradável possível. Algumas teorias existentes na literatura sugerem uma relação entre forma de rosto e forma de dente, tal como das dimensões faciais em relação às dimensões dentárias. Algumas contribuíram através de métodos e técnicas auxiliares que hoje são amplamente utilizadas no planejamento estético protético e restaurador, tais como: o método antropométrico cefálico e a relação matemática entre a distância interpupilar e a largura do incisivo central superior. Outras teorias, como a teoria do método da proporção biométrica, inicialmente proposta por Berry, em 1906, têm sido estudadas e tem-se desenvolvido técnicas que possam auxiliar no planejamento do sorriso adequado do paciente. Essa teoria diz que o comprimento e a largura dos incisivos centrais superiores são proporcionais ao comprimento e largura da face, onde a largura dos incisivos centrais superiores equivale a $1/16$ ou $1/18$ da largura da face, medida pela distância bizigomática, e a altura destes mesmos dentes equivale a $1/20$ do comprimento facial, medido da linha de inserção do couro cabeludo até o ponto gnático (Berry, 1906; Sears, 1941; House et al., 1937).

Estudos diversos seguiram a mesma linha de pesquisa, a fim de comprovar a validade do uso destas proporções para um planejamento estético e seleção de dentes artificiais. Moraes (1958) não encontrou relação significativa entre a largura bizigomática e a largura dos incisivos centrais superiores, nem entre a altura da face e a altura dos incisivos centrais superiores. Mesmo assim, alguns autores continuaram usando essas proporções como método auxiliar em seus trabalhos com resultados estéticos satisfatórios (Krajicek, 1960, e Pound, 1962).

Candelária, em 1973, estudou a relação de proporção entre medidas faciais e medidas dentárias em indivíduos brancos, negros, amarelos e pardos, e concluiu que, com exceção do grupo de indivíduos negros, os demais grupos de estudados apresentaram proporção de $1/16$ da largura dos incisivos centrais superiores em relação à largura da face.

Diversos autores (Hasanreisoglu et al., 2005; Almeida et al., 2011; Daher, 2014; Brito, 2014; Radia et al., 2016; Hasan et al., 2017; Yadav et al., 2017) encontraram respostas positivas sobre as proporções, considerando-as válidas

como auxílio no planejamento estético e seleção de dentes, porém não como método único e definitivo. Alguns, entretanto, encontraram apenas resultados negativos, como Furtado et al. (2014), que afirmaram que as medidas faciais não podem ser usadas como referência para determinar o tamanho da morfologia da coroa dos incisivos centrais superiores.

Ainda, Raghavendra et al., em 2015, afirmaram que, quando se deseja encontrar medidas dentárias a partir de medidas faciais, ou vice-versa, as medidas horizontais são mais confiáveis que as medidas verticais.

O desenvolvimento deste trabalho tem como objetivo medir, analisar e comparar a proporção entre as medidas faciais e dos incisivos centrais superiores, em altura e largura, para avaliar a relação entre ambas as medidas que possam servir como auxílio no planejamento estético.

2 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, foram selecionados 71 alunos do curso de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, na faixa etária de 18 a 28 anos, os quais concordaram em participar deste estudo assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Os critérios de exclusão para o desenvolvimento deste trabalho foram:

- O participante não poderia apresentar restaurações nos incisivos centrais superiores que alterassem a anatomia original do dente e/ou que comprometessem as faces proximais e incisal destes dentes.
- O participante não poderia apresentar desgastes provenientes de hábitos parafuncionais tais como bruxismo e/ou apertamento.
- O participante não poderia apresentar apinhamentos que dificultassem as medições dentárias.
- O participante não poderia apresentar grande assimetria facial que dificultasse as medições faciais.
- O participante não poderia estar sob tratamento ortodôntico.

Pontos anatômicos com a finalidade de orientar as medições foram definidos e marcados com uma caneta de tinta permanente de ponta média (2.0 mm), da marca Pilot, na face dos participantes. Tais pontos foram: para medir a altura facial, um ponto na linha de inserção do cabelo e outro ponto na região do mento; para medir a largura facial, um ponto na região mais protuberante de cada um dos dois ossos zigomáticos, nos dois lados da face, a fim de se obter a distância bizigomática (Berry, 1906).

Após marcados os pontos, o avaliador pediu para que o participante examinado ficasse em posição postural reta, com o plano de Frankfurt paralelo ao solo, em oclusão.

Com o auxílio do uso de um arco facial modelo Standard da marca BioArt, foram registradas as distâncias entre os pontos marcados na face, primeiramente entre os dois pontos referentes à altura facial (figura 2.1) e, posteriormente, entre os dois pontos referentes à largura facial (figura 2.2), posicionando as pontas auriculares plásticas do arco uma em cada ponto de referência marcado de caneta e travando o arco facial para que não fosse perdido o registro da distância (Varjão,

2005). Em seguida, esses pontos foram transferidos para o verso da ficha clínica do participante, marcando dois traços no papel com uma caneta esferográfica (figura 2.3). Em cima destes traços marcados no papel, com o auxílio de um paquímetro digital, realizou-se a medida e a obtenção do valor (figura 2.4). Em seguida, os valores foram tabulados para posterior análise estatística. Tal procedimento foi repetido três vezes, para que no final se obtivesse uma média das 3 medidas para cada distância, a fim de minimizar erros e se aproximar mais fielmente das medidas reais.



Figura 2.1 – Tomada da medida da altura da face

Figura 2.2 - Tomada da medida da largura da face

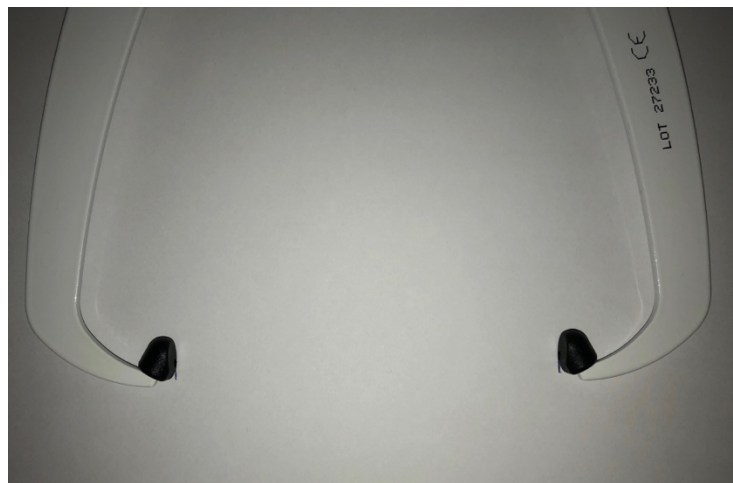


Figura 2.3 – Transferência das distâncias registradas com o arco facial para o papel



Figura 2.4 – Uso do paquímetro para medir e obter o valor das distâncias transferidas para o papel

Após a mensuração da face, foram realizadas as medições dentárias. O avaliador solicitou ao participante que o mesmo sorrisse de modo que fosse possível visualizar a face vestibular de seus incisivos centrais superiores em sua totalidade. Foi realizado, primeiramente, a medição da altura (distância cérvico-incisal) do incisivo central superior direito (dente 11), no longo eixo do elemento dentário, com o auxílio de um compasso de ponta seca da marca ICE, cujas pontas foram protegidas com papel filme e posicionadas da seguinte forma: uma ponta na extremidade cervical da coroa do dente, e a outra na extremidade incisal do dente (figura 2.5). A medida foi registrada e, então, transferida para o papel, encostando o compasso na folha e marcando dois traços com caneta esferográfica, um no final de cada ponta do compasso. Este passo foi repetido três vezes.

Para a medição da largura (distância méσιο-distal) do incisivo central superior direito (dente 11), foi posicionado o compasso de ponta seca nas duas regiões mais protuberantes das faces proximais do dente (entre o terço médio e o terço incisal, perpendicular ao longo eixo do dente), com uma ponta na mesial e uma ponta na distal (figura 2.6), a fim de se registrar o valor em largura presente neste dente. Posteriormente, foi repetido o mesmo procedimento de marcação de traços no papel, como realizado anteriormente para as medidas de altura do dente, para transferir para o papel as medidas obtidas (figura 2.7), o que também foi repetido três vezes. Os procedimentos todos foram, então, repetidos no incisivo central superior esquerdo (dente 21) para se obter e registrar as mesmas medidas deste dente.



Figura 2.5 - Medição da altura do incisivo central superior direito



Figura 2.6 - Medição da largura do incisivo central superior direito



Figura 2.7 – Transferência das medidas dentárias registradas com o compasso de ponta seca para o papel

Após este passo, utilizou-se o paquímetro digital para medir a distância entre os dois traços marcados no papel (figura 2.4), para cada uma das medidas obtidas. Os valores obtidos foram anotados em uma planilha no programa Excel, a partir do qual foi tirado o valor médio dos três valores registrados para cada medida.

Os dados tabulados foram analisados estatisticamente pelo BioEstat versão 5.3. Para determinar o tamanho da amostra, foi utilizado o Teste t, com base nas informações sobre o parâmetro da população (proporção entre a largura e a altura dos incisivos centrais superiores em relação a largura e altura da face respectivamente) e da estatística obtida em teste-piloto, utilizando um poder de teste igual a 0,85 e nível alfa de 0,05, pelo qual obteve-se um valor amostral de 46 indivíduos, mostrando que o tamanho da amostra da pesquisa estava dentro dos parâmetros estabelecidos. Para avaliar a proporção entre largura e altura da face

com a largura e altura dos incisivos centrais superiores, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. A comparação de média de dimensão dentária entre sexo foi realizada pelo teste de Mann-Whitney U. O nível de significância adotado foi de 5%.

3 RESULTADOS

Os valores máximo, mínimo, média e desvio padrão da altura da face (AF), largura da face (LF), altura do incisivo central superior direito (AICSD), largura do incisivo central superior direito (LICSD), altura do incisivo central superior esquerdo (AICSE) e largura do incisivo central superior esquerdo (LICSE) podem ser visualizados na tabela 3.1. Os valores de altura e largura estão expressos em mm.

Tabela 3.1 - Valores máximo, mínimo, média e desvio padrão da altura e largura de face; altura e largura do incisivo central superior direito, altura e largura do incisivo central superior esquerdo

	Máximo	Mínimo	Média
AF	204,1	155,6	179,2 ($\pm 8,6$)
LF	160	116,4	133,9 ($\pm 7,8$)
AICSD	13	8,6	10,4 ($\pm 0,93$)
LICSD	11	7,1	8,8 ($\pm 0,69$)
AICSE	13	8,6	10,2 ($\pm 0,82$)
LICSE	11	7,4	8,7 ($\pm 0,68$)

Os valores de largura dos Incisivos Centrais superiores direito e esquerdo e percentual encontrados neste estudo, encontram-se na tabela 3.2. Os valores de largura estão expressos em mm.

Tabela 3.2 - Valores de largura dos incisivos centrais superiores direito e esquerdo e percentual

LICSD (mm)	Número de participantes	%	LICSE (mm)	Número de participantes	%
7 +8	6	8,4	7 +8	8	11,2
8 +9	37	52,1	8 +9	40	56,3
9 +10	23	32,4	9 +10	17	23,9
10 +11	5	7	10 +11	6	8,4
Total	71	100		71	100

Os valores apresentados quanto a largura dos incisivos centrais superiores direitos (11) tiveram um valor mínimo de 7,1 mm e um valor máximo de 11 mm, sendo que 52,1% dos alunos avaliados apresentaram uma largura próxima de 8 mm. Para a largura dos incisivos centrais superiores esquerdos (21), observou-se o valor mínimo de 7,4 mm e o valor máximo de 11 mm, sendo que 56,3% dos alunos apresentaram uma largura também próxima de 8 mm.

Os valores de altura dos Incisivos Centrais superiores direito e esquerdo e percentual encontrados neste estudo, encontram-se na tabela 4.3. Os valores de largura estão expressos em mm.

Tabela 3.3 - Valores de altura dos incisivos centrais superiores direito e esquerdo e percentual

AICSD (mm)	Número de participantes	%	AICSE (mm)	Número de participantes	%
8 +9	3	4,2	8 +9	3	4,2
9 +10	21	29,6	9 +10	24	33,8
10 +11	32	45	10 +11	32	45
11 + 12	11	15,4	11 +12	10	14
12 +1 13	3	4,2	12 +1 13	2	2,8
Total	71	100		71	100

Os valores obtidos quanto a altura dos incisivos centrais superiores direito e esquerdo foram tanto para os incisivos centrais direitos (11), quanto para os incisivos centrais esquerdos (21) um valor mínimo de 8,6 mm e um valor máximo de 13 mm, sendo que a maioria dos participantes apresentaram uma altura próxima de 10 mm para o dente 11 (45%) e para o dente 21 (45%).

Os valores máximo, mínimo, média e desvio padrão da proporção da largura do incisivo central superior direito em relação à largura da face (PLICSDF), proporção da largura do incisivo central superior esquerdo em relação à largura da face (PLICSEF), proporção da altura do incisivo central direito em relação à altura da face (PAICSDF), proporção da altura do incisivo central esquerdo em relação à altura da face (PAICSEF) e desvio padrão, encontram-se na tabela 3.4. Os valores de proporção estão expressos em mm.

Tabela 3.4 - Valores máximo, mínimo, média e desvio padrão da proporção da largura do incisivo central superior direito em relação à largura da face, proporção da largura do incisivo central superior esquerdo em relação à largura da face, proporção da altura do incisivo central superior direito em relação à altura da face, proporção da altura do incisivo central superior esquerdo em relação à altura da face

	Máximo	Mínimo	Média
PLICSDF	18,6	12,3	15,4 ($\pm 1,5$)
PLICSEF	18,6	12	15,4 ($\pm 1,2$)
PAICSDF	20,6	14,1	17,4 ($\pm 1,4$)
PAICSEF	20,5	14,1	17,6 ($\pm 1,4$)

Quanto à relação da proporção entre largura da face e largura dos incisivos centrais superiores, obteve-se um valor médio de 15,4 mm e quanto à relação da proporção entre altura da face e altura dos incisivos centrais superiores, obteve-se um valor médio de 17,5 mm.

As tabelas 3.5 e 3.6 mostram a distribuição dessa proporção, sendo que cerca de 28% dos participantes apresentaram uma proporção de 1/15 da largura do ICSD (11) em relação à largura da face, e 36,6% dos participantes apresentaram uma proporção de 1/15 da largura do ICSE (21) em relação à largura da face. Quanto à proporção de altura, 29,6% apresentaram uma proporção de 1/16 da altura do ICSD (11) em relação à altura da face, enquanto para o ICSE (21), 30,9% apresentaram a proporção de 1/17 da altura do dente em relação à altura da face.

Tabela 3.5 - Distribuição da proporção quanto à largura dos incisivos centrais superiores direito e esquerdo em relação à largura da face

Proporção LICSD / LF	Número de participantes	%	Proporção LICSE/ LF	Número de participantes	%
12 ÷ 13	4	5,6	12 ÷ 13	2	2,8
13 ÷ 14	8	11,2	13 ÷ 14	5	7
14 ÷ 15	14	19,7	14 ÷ 15	18	25,3
15 ÷ 16	20	28,1	15 ÷ 16	26	36,6
16 ÷ 17	18	25,3	16 ÷ 17	12	16,9
17 ÷ 18	7	9,8	17 ÷ 18	8	11,2
Total	71	100		71	100

Tabela 3.6 - Distribuição da proporção quanto à altura dos incisivos centrais superiores direito e esquerdo em relação à altura da face

Proporção AICSD /AF	Número de participantes	%	Proporção AICSE/ AF	Número de participantes	%
14 +15	4	5,6	14 +15	3	4,2
15 +16	7	9,8	15 +16	5	7
16 +17	21	29,6	16 +17	11	15,4
17 + 18	8	11,2	17 + 18	22	30,9
18 + 19	20	28,1	18 + 19	20	28,1
19 + 20	10	14	19 + 20	7	9,8
20 + 21	1	1,4	20 + 21	3	4,2
Total	71	100		71	100

A análise de correlação de Pearson mostrou que houve uma correlação positiva moderada entre a largura da face e a largura dos incisivos centrais superiores, porém não foi estatisticamente significativa ($r=0,22$ e $p=0,06$) ao nível de significância de 5%. No entanto, houve uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre a altura da face e a altura dos incisivos centrais superiores ($r=0,32$ e $p=0,005$) ao nível de significância de 5%.

A maioria dos participantes foi do sexo feminino ($n=51$; 71,8%). Através do teste de Teste de Mann-Whitney realizou-se análise da média da altura e largura dos incisivos centrais superiores em relação ao sexo, não sendo verificado diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$), (Tabela 3.7) ao nível de significância de 5%.

Tabela 3.7 - Média de altura, largura dos incisivos, em relação ao sexo

	Feminino (Média)	Masculino (Média)	p
LICS	8,7mm	9mm	0,77
AICS	10,2mm	10,7mm	0,38

4 DISCUSSÃO

Neste trabalho, uma vez que, embora confirmadas as proporções de 1/16 da largura do ICS em relação à largura da face e de 1/20 da altura do ICS em relação à altura da face em diversos participantes da pesquisa, estas se mostraram presentes em menos de 50% da amostra, não se podendo afirmar que a teoria da proporção biométrica é totalmente válida.

Os incisivos centrais superiores direito e esquerdo foram analisados no estudo, assim como realizado no trabalho de Kumar et al. (2016), ao contrário do que é visto na maioria dos artigos que tratam do assunto, nos quais se tem o incisivo central superior direito como dente único de escolha para as análises. A inclusão dos dois elementos no presente estudo foi em virtude de haver uma diferença, em grande parte da amostra, no tamanho das coroas dos dois elementos dos participantes avaliados.

Os resultados deste estudo se apresentaram semelhantes aos de Radia et al. (2014) e de Varjão (2005) quanto à proporção da largura dos incisivos centrais superiores em relação a distância bizigomática, que foram, na maior parte da amostra, de 1/15, corroborando com o presente estudo. Os resultados da proporção da altura dos incisivos centrais superiores em relação à altura da face no estudo de Varjão foram, na maior parte da amostra, de 1/17, o que também corroborou com o presente estudo. Entretanto, os resultados de Radia para esta mesma proporção foram, na maior parte da amostra, de 1/18, o que se contrapõe aos dois trabalhos.

Hasanreisoglu (2011) observou em seu estudo a proporção de 1/16 apenas para o sexo feminino, e Hasan et. al. (2017) concluíram que a correlação entre a largura do incisivo central superior direito e a distância bizigomática pode ser diferente entre os sexos. Neste trabalho, através do Teste de Mann-Whitney, foi verificado que não havia diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os sexos, o que se contrapõe aos resultados dos estudos dos dois autores.

Este estudo corrobora os estudos de Daher (2014), que mostrou que proporções não devem ser empregadas de forma exata e sim como auxiliares no planejamento estético do sorriso, uma vez que as poucas correlações significativas entre as medidas se mostraram fracas; de Yadav et. al. (2017), que concluíram que não há uma associação altamente definida entre forma da face e forma dos incisivos centrais superiores; e de Résio (2014), Sandeep et. al. (2015), e Trevisan et. al.

(2018), que relataram que a estética na odontologia não pode ser definida matematicamente, uma vez que por conta de sua diversidade, indivíduos não devem ser normalizados da mesma forma, concluindo que a escolha dos dentes não deve se basear apenas em fórmulas matemáticas.

A metodologia estudada no presente trabalho pode ser útil para se iniciar a seleção do tamanho dos incisivos centrais superiores, mas não deve ser vista como suficiente para a escolha final. Se faz necessário que haja um conjunto de métodos que auxiliem e guiem o profissional responsável à essa escolha (Nazir et al., 2015).

5 CONCLUSÃO

De acordo com as limitações do presente estudo, concluiu-se que:

- Não há uma relação de proporção matemática tabelada e definida entre as medidas horizontais e verticais da face e dos incisivos centrais superiores, embora uma tendência do padrão seja observada em grande parte da população.
- O método da proporção biométrica pode ser utilizado como um método auxiliar na definição do tamanho dos incisivos centrais superiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berry FH. Is the theory of temperament the foundation to the study of prosthetic art? Dent Mag, Cleveland. 1906; 1:405-503.
2. Sears VH. Selection of anterior teeth for artificial denture. J Am Dente Assoc, Chicago. 1941 jun; 28:928-935.
3. House MM, Loop JL. Form and Color Harmony in the Dental Art. Whittier, California. 1937:3-33.
4. Moraes C. Relações dimensionais entre os incisivos centrais superiores e o crânio visceral. Tese (Livre-Docência em Prótese dentária) – Faculdade de Farmácia e Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1958:73.
5. Krajicek DD. Natural appearance for the individual denture patient. J Prosthet Dent, St. Louis. 1960 mar-abr; 10(2):205-214.
6. Pound E. Applying harmony in selecting and arranging teeth. Dent Clin North Am. 1962; 6:241-58.
7. Candelária LFA. Contribuição para o estudo da proporcionalidade entre a medida bi-zigomática e a largura do incisivo central superior. Rev Fac Odontol São Paulo, São Paulo. 1973 jan-jun; 11(1):83-90.
8. Hasanreisoglu U, Berksun S, Aras K, Arslan I. An analysis of maxillary anterior teeth: facial and dental proportions. J Prosthet Dent 2005; 94(6):530-38.
9. Almeida RKM, Magalhães MPM, Kaieda AK, Kairalla SA, Torres FC, Paranhos LR. A forma do incisivo central superior na visão da literatura. RFO UPF, Passo Fundo, 2011; 16(3):337- 341.
10. Daher MRG. Análise de medidas faciais utilizadas na determinação da largura dos dentes anteriores superiores. Dissertação de mestrado. Faculdade de

Odontologia da Universidade Federal de Goiás, [s.n.], 2014.

11. Brito L. Critérios para seleção de dentes artificiais em prótese total: revisão da literatura. Piracicaba, SP: [s.n.], 2014.
12. Radia S, Sherriff M, McDonald F, Naini FB. Relationship between maxillary central incisor proportions and facial proportions. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2016; 115(6):741-748.
13. Hasan AS, Habeeb SH, Qadir AQM, Kasanji M. Relation of Maxillary Central Incisors Width to some Facial Measurements. *Journal of Oral and Dental Research*. 2017; 4(2).
14. Yadav M, Singh V, Bidkar D, Hazari P. A Study To Correlate Face Form And Tooth Form In Anterior Tooth Selection. *Journal Of Applied Dental and Medical Sciences*. 2017; 3(1).
15. Furtado GC, Furtado A, Abu El Haje O, Butignon LE, Pesqueira AA, Paranhos LR. Relationship between the morphology of the maxillary central incisor and horizontal and vertical measurements of the face. *Indian Journal of Dental Research*. 2014; 25(2):110-5.
16. Raghavendra N, Venkatesh VK, Krishnanand PS, Komali R. Prediction of Facial Profile Based on Morphometric Measurements and Profile Characteristics of Permanent Maxillary Central Incisor Teeth. *Journal of Forensic Science and Medicine*. 2015 jan; 1(1).
17. Varjão FM. Correlation between the face size and the maxillary central incisor size in four racial groups. Araraquara: [s.n.], 2005.
18. Kumar BS, Selvi GP, Shastri D. Estimating the facial height and width of an individual from the mesiodistal width of incisors and its correlation with the bite marks. *National Journal of Basic Medical Sciences*. 2016; 7(1):13-18.

19. Résio MIC. A importância da proporção estética dos dentes na harmonia/beleza do sorriso. Porto: [s.n.], 2014.
20. Sandeep N, Satwalekar P, Srinivas S, Reddy CS, Reddy GR, Reddy BA. An Analysis of Maxillary Anterior Teeth Dimensions for the Existence of Golden Proportion: Clinical Study. *Journal of International Oral Health* 2015; 7(9):18-21.
21. Trevisan AG, Vermudt A, Ghizoni JS, Pereira JR, Pamato S. Confiabilidade das medidas da face na escolha da largura dos dentes antero-superiores. *Journal of Research in Dentistry* 2018, 6(1):1-15.
22. Nazir S, Zargar NM, Khurshaid SZ, Shah AF, Mir S, Rashid R. The Selection of Maxillary Anterior Teeth Width in Kashmiri Population. *Journal of Orofacial Research*, 2015 abr-jun; 5(2):40-42.



**Universidade Federal do Pará
Núcleo de Medicina Tropical**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa *Análise da correspondência entre as proporções de altura e largura do incisivo central superior e da face*.
2. **Justificativa da pesquisa:** Verificar a existência de uma relação entre as medidas faciais e dentais humanas (face/incisivo central superior), de forma que tal relação possa ser melhor utilizada como auxílio em reabilitações orais.
Objetivo da pesquisa: Analisar de forma comparativa e aprofundada as medidas faciais e dentais em altura e largura de um grupo de pessoas, com a finalidade de verificar a existência de uma proporção exata entre ambas as medidas, algo já sugerido em teorias anteriores.
Procedimentos que serão realizados na pesquisa: Serão medidos a face e os incisivos centrais superiores dos participantes, ambos em altura e largura, com o auxílio de um paquímetro digital, compasso de ponta seca e arco facial; será realizada telerradiografia frontal, com processamento digital; serão realizadas duas fotografias frontais da face dos pacientes, as quais serão posteriormente analisadas digitalmente.
 - a. Você foi selecionado por meio de avaliação clínica e sua participação não é obrigatória.
 - b. Os objetivos deste estudo são analisar e comparar as medidas faciais e dentais que serão obtidas da sua face e de seus incisivos centrais superiores.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir que sejam realizadas: medições da sua face e de seus incisivos centrais superiores; uma telerradiografia frontal de seu crânio; duas fotografias frontais da sua face (uma ocluindo e uma sorrindo) e posterior análise destas.
3. Um leve e breve desconforto poderá ser sentido no momento do uso do compasso de ponta seca e do arco facial para as medições que serão realizadas, para o qual haverá tentativa de redução ao máximo com a proteção das pontas destes instrumentos.
 - a. Os procedimentos não oferecem risco ao participante. A radiação para obtenção da telerradiografia frontal será de exposição mínima e única.
4. A pesquisa será acompanhada, após realizadas as medições, a telerradiografia frontal e as fotos, através da análise de todos os dados obtidos, pelo discente responsável, Lucas Lopes Moreira; a docente orientadora, Andrea Cruz; e a docente coorientadora, Camila Lima.
5. Serão realizados esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, a respeito de todos os procedimentos que serão executados e de tudo o que se mostre como interesse do participante estudado, sempre que este demonstrar que é necessário.
6. O participante tem toda a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
 1. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

2. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Federal do Pará.
7. É assegurado o sigilo, de forma que seja mantida a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
 1. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
 2. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A análise dos dados obtidos com a pesquisa será realizada com sigilo pelo pesquisador, protegendo e assegurando a privacidade dos participantes da pesquisa.
8. A pesquisa não possuirá despesas decorrentes da participação nesta.
9. Caso algum dano decorra da pesquisa, será compreendida eventual indenização por parte do participante.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de necessidade, você pode também entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado a Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, primeiro andar, ou ainda pelo telefone: (91) 3201-0961 e pelo e-mail: cepbel@ufpa.br.

Lucas Lopes Moreira
(91) 98252-3529
Trav. 14 de abril, 1186, apto 1006.
São Brás. Belém – PA.

Termo de Consentimento

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belém, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Regras da Revista Contemporary Clinical Dentistry

The text of observational and experimental articles should be divided into sections with the headings: Introduction, Methods, Results, Discussion, References, Tables, Figures, Figure legends, and Acknowledgment. Do not make subheadings in these sections.

Title Page

The title page should carry

1. Type of manuscript (e.g. Original article, Case Report)
2. The title of the article, which should be concise, but informative;
3. Running title or short title not more than 50 characters;
4. The name by which each contributor is known (Last name, First name and initials of middle name), with his or her highest academic degree(s) and institutional affiliation;
5. The name of the department(s) and institution(s) to which the work should be attributed;
6. The name, address, phone numbers, facsimile numbers and e-mail address of the contributor responsible for **uploading and correspondence** about the manuscript;
7. The total number of pages, total number of photographs and word counts separately for abstract and for the text (excluding the references and abstract);
8. Source(s) of support in the form of grants, equipment, drugs, or all of these;
9. Acknowledgement, if any; and
10. If the manuscript was presented as part at a conference/convention/meeting, the organization, place, and exact date on which it was read.

Abstract Page

The second page should carry the full title of the manuscript and an abstract (of no more than 150 words for case reports or brief reports and 250 words for original articles). The abstract should be structured and state the Context (Background), Aims, Settings and Design, Methods and Material, Statistical analysis used, Results and Conclusions. Below the abstract, authors should provide 3 to 10 keywords.

Introduction

Introduction should provide/give background of the subject, discuss existing research on the topic, identify the lacunae in the existing literature and explain exactly what the present paper will address, why, and how and summarize the rationale for the study or observation.

Methods

The methods section should include only information that was available at the time, the plan or protocol for the study was written; all information obtained during the conduct of the study belongs in the Results section.

Reports of randomized clinical trials should be based on the CONSORT Statement (<http://www.consort-statement.org/>). When reporting experiments on human subjects,

indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional or regional) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 (available at <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>). Accordingly the authors should follow the guidelines related to reporting observational studies (<http://www.strobe-statement.org/>), diagnostic accuracy studies (<http://www.stard-statement.org/>), systematic reviews and meta-analyses (<http://www.prisma-statement.org/>) or in-vitro studies(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127685/>).

Results

Present your results in logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first. Do not repeat all the data in the tables or illustrations in the text ; emphasize or summarize only important observations. Extra or supplementary materials and technical detail can be placed in an appendix where it will be accessible but will not interrupt the flow of the text; alternatively, it can be published only in the electronic version of the journal.

Discussion

include Summary of key findings (primary outcome measures, secondary outcome measures, results as they relate to a prior hypothesis); Strengths and limitations of the study (study question, study design, data collection, analysis and interpretation); Interpretation and implications in the context of the totality of evidence (is there a systematic review to refer to, if not, could one be reasonably done here and now?, what this study adds to the available evidence, effects on patient care and health policy, possible mechanisms); Controversies raised by this study; and Future research directions (for this particular research collaboration, underlying mechanisms, clinical research). Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or the Results section.

References

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text (not in alphabetic order). Identify references in text, with Arabic numerals in square brackets and superscript, after the punctuation mark (e.g. .^[1]) ; figures, tables, and graphs by Arabic numerals in square bracket (e.g. [Figure/Table/Graph.10]). Please refer to ICMJE Guidelines(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) for more examples.

1. Standard journal article: Nuvvula S, Gaddam KR, Kamatham R. Efficacy of tranexamic acid mouthwash as an alternative for factor replacement in gingival bleeding during dental scaling in cases of hemophilia: A randomized clinical trial. *Contemp Clin Dent* 2014;5:49-53. (If more than SIX authors, list the first **six contributors** followed by *et al.*)
2. Chapter in a book:Mc Donald RE, Avery DR, Dean JA, Jones JE. Local anesthesia and pain control for the child and adolescent. In: Mc Donald and Avery's *Dentistry for the Child and Adolescent*. Dean JA, Avery DR, Mc Donald RE, editors. 9th edition (Restricted South Asia) 2011, Reed Elsevier India Pvt. Ltd: p. 242–3.

3. Reference from URL: American Association of Endodontics. AAE Considerations for regenerative procedures. Available at: http://www.aae.org/uploadedfiles/publications_and_research/research/currentregenerativeendodonticconsiderations.pdf ". Accessed January 23, 2015.

Tables

Tables should be self-explanatory and should not duplicate textual material.

Tables with more than 10 columns and 25 rows are not acceptable.

Number tables, in Arabic numerals, consecutively in the order of their first citation in the text and supply a brief title/legend for each.

Explain in footnotes all the non-standard abbreviations that are used in each table.

For footnotes use the following symbols, in this sequence: *, ¶, †, ‡, ††,

Illustrations (Figures)

Send sharp, glossy, un-mounted, color photographic prints, with height of 4 inches and width of 6 inches.

Figures should be numbered consecutively according to the order in which they have been first cited in the text.

Each figure should have a label pasted (avoid use of liquid gum for pasting) on its back indicating the number of the figure, the running title, top of the figure and the legends of the figure. Do not write on the back of figures, scratch, or mark them by using paper clips.

Print outs of digital photographs are not acceptable. For digital images send TIFF files of minimum 1200x1600 pixel size.

Type or print out legends (maximum 40 words, excluding the credit line) for illustrations using double spacing, with Arabic numerals corresponding to the illustrations.

Electronic Version

Manuscript sent by post must be accompanied by a 3.5 inch (1.44 MB) floppy or CD containing the manuscript.