



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

RAPHAELA CANUTO SILVA

**SORRISO GENGIVAL - MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA OBTENÇÃO DE UM
RESULTADO IDEAL: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2025

RAPHAELA CANUTO SILVA

SORRISO GENGIVAL - MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA OBTENÇÃO DE UM
RESULTADO IDEAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Nicolly Parente
Ribeiro Frota.

FORTALEZA

2025

RAPHAELA CANUTO SILVA

SORRISO GENGIVAL - MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA OBTENÇÃO DE UM
RESULTADO IDEAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharela em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Nicolly Parente
Ribeiro Frota

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Nicolly Parente Ribeiro Frota
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Ma. Mayra Sabiá de Moura
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Ma. Andrea Galvão Marinho Bonfim
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586s Silva, Raphaela Canuto.
SORRISO GENGIVAL - MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA
OBTENÇÃO DE UM RESULTADO IDEAL: RELATO DE CASO /
Raphaela Canuto Silva. - 2025.
52 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Nicolly Parente Ribeiro Frota.

1. Sorriso Gengival. 2. Preenchimento Labial. 3. Ácido
hialurônico. I. Título.

CDD 617.632

Dedico este trabalho à minha mãe, Cristina Canuto Silva Couto, pela dedicação e pelos sacrifícios que fez para que este momento se concretizasse. Este sonho também é dela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus e a Nossa Senhora** pela infinita graça e misericórdia que me foram concedidas, por me abençoarem com saúde, fé, esperança e força para concluir minha graduação.

À minha mãe, **Cristina Canuto Silva Couto**, por estar sempre ao meu lado e compartilhar dos meus sonhos. E, como diz a letra de Jorge Vencílio, “Ela só precisa existir para me completar”. Só tenho a agradecer por tê-la como mãe.

Ao meu pai de coração, **Fernando César Barreto Couto**, agradeço profundamente por estar ao nosso lado, ajudando-nos a superar os desafios que a vida nos apresentou. Sua generosidade, amor e carinho foram essenciais para que eu pudesse estar aqui. Sua presença faz toda a diferença em minha vida.

Ao meu namorado, **Átila Vinícius Vitor Nobre**, pelo companheirismo e incentivo que foram essenciais nesta jornada. E à minha **sogra**, por me acolher com tanto carinho.

À minha **família**, em especial aos meus avós, não tenho palavras suficientes para expressar o meu amor. Cada membro da “Arena Ratinho” é uma parte essencial da minha vida. Os “Pirretas” tornam minha vida completa. Sou grata a Deus por ter me abençoado com essas famílias.

À minha dupla, **Gabriela Siqueira**, pela amizade e parceria. A caminhada ao seu lado tornou tudo mais leve e doce.

Aos **meus amigos**, agradeço pelo apoio e ajuda durante essa jornada. Muitas vezes, temos tanta pressa de chegar ao destino que nos esquecemos de aproveitar o caminho. Espero que nosso companheirismo continue firme, além da faculdade.

À minha orientadora, **Prof^a. Nicolly Parente Ribeiro Frota**, agradeço por ter aceitado o meu convite para ser minha orientadora e por todo o apoio, paciência e inspiração ao longo desses cinco anos.

À minha banca, **Prof^a. Mayra Sabiá de Moura e Prof^a. Andrea Galvão Marinho Bonfim**, sou grata pelos ensinamentos compartilhados. Agradeço por estarem presentes neste momento tão especial.

Aos professores e colaboradores do **Centro Universitário Christus**, que contribuíram para a minha formação acadêmica.

“Confie no Senhor de todo o seu coração e não se apoie em seu próprio entendimento; reconheça o Senhor em todos os seus caminhos, e ele endireitará as suas veredas.”

(Provérbios 3:5-6)

RESUMO

O sorriso é uma das maneiras mais poderosas e expressivas de comunicação não verbal, além de representar beleza e bem-estar. A harmonia e simetria do sorriso consistem não apenas pela forma, posição e cor dos dentes, mas também pela gengiva e lábios, responsáveis por definir a zona estética do sorriso. A exposição de gengiva maxilar superior a 3 milímetros ao sorrir, caracterizada como sorriso gengival (SG), pode impactar, negativamente, a percepção estética dento-gengival do paciente. O SG pode ter causa única ou multifatorial, o que destaca a importância de um diagnóstico preciso. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de correção do SG por meio do manejo interdisciplinar da cirurgia periodontal associada ao preenchimento labial. Paciente, gênero feminino, normossistêmica, 22 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus, relatando insatisfação ao sorrir por apresentar excesso de exposição gengival juntamente a coroas clínicas curtas. A paciente considerava seu sorriso com aspecto “infantil” e desejava aumentar a coroa clínica dos dentes anteriores superiores. Além disso, mostrou interesse em atribuir volume aos lábios. Após a anamnese, exame clínico e radiográfico, o diagnóstico foi de SG derivado do quadro da Erupção passiva alterada (EPA) - subtipo IA, com presença de afinamento labial bilateral superior. Respeitando os critérios do paciente candidato à cirurgia periodontal, foi realizada a técnica cirúrgica de gengivectomia associada à ressecção óssea para o reestabelecimento da inserção dos tecidos supracrestais. O tratamento prosseguiu para o protocolo de preenchimento labial com ácido hialurônico (AH) lips-lido® (Renova) para atribuir volume aos lábios, respeitando as expectativas previamente estabelecidas com a paciente. Conclui-se que a gengivectomia associada à osteotomia e à osteoplastia é uma técnica segura e eficaz ao promover resultados satisfatórios e estáveis no tratamento da EPA. O preenchimento labial com AH pode atuar como coadjuvante ao tratamento do SG de maneira construtiva e gradual. O resultado proporcionou aperfeiçoamento do sorriso e satisfação da paciente.

Palavras-chave: sorriso gengival; preenchimento labial; ácido hialurônico.

ABSTRACT

The smile is one of the most powerful and expressive forms of nonverbal communication, in addition to representing beauty and well-being. The harmony and symmetry of the smile consist not only of the shape, position and color of the teeth, but also of the gums and lips, which are responsible for defining the aesthetic zone of the smile. The exposure of the maxillary gum greater than 3 mm when smiling, is characterized as a gummy smile (GS), and it can negatively impact the patient's dentogingival aesthetic perception. GS can have a single or multifactorial cause, which highlights the importance of an accurate diagnosis. The objective of this study is to report a clinical case of GS correction through the interdisciplinary management of periodontal surgery associated with lip filling. A female patient, normosysthetic, 22 years old, attended the School of Dentistry Clinic of the Christus University Center reporting dissatisfaction with smiling due to excessive gingival exposure together with short clinical crowns. The patient considered her smile to have a "childish" appearance and wanted to increase the clinical crown of the upper anterior teeth. Furthermore, the patient showed interest in adding volume to the lips. After anamnesis, clinical and radiographic examination, the diagnosis was GS derived from EPA - subtype IA, with the presence of bilateral upper lip thinning. Respecting the discretion of the patient as a candidate for periodontal surgery, the surgical technique of gingivectomy associated with bone resection was performed to reestablish the insertion of the supracrestal tissues. The treatment continued with the lip filling protocol with hyaluronic acid (HA) lips-lido® (Rennova) to add volume to the lips, respecting the expectations previously established with the patient. It is concluded that gingivectomy associated with osteotomy and osteoplasty is a safe and effective technique that promotes satisfactory and stable results in the treatment of EPA. Lip filling with HA can act as an adjunct to the treatment of GS in a constructive and gradual manner. The result provided improvement of the smile and patient satisfaction.

Keywords: Gummy Smile; Lip Fillers; Hyaluronic Acid

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 -	Medição do comprimento do lábio superior: a) lábio superior longo; b) lábio superior curto.....	17
Figura 02 -	Classificação da EPA.....	19
Figura 03 -	Fotos extraorais em condições dinâmicas: (a) sorriso social frontal; (b) sorriso máximo frontal; (c) sorriso social lateral direito; (d) sorriso social lateral esquerdo.....	27
Figura 04 -	Avaliação do lábio em gavota: (a) frontal; (b) lateral direito; (c) lateral esquerdo.....	27
Figura 05 -	Aspecto inicial da proporção entre a estética branca e vermelha da paciente.....	27
Figura 06 -	Imagem tomográfica em corte sagital: (a) visualização das distâncias da JAC à margem gengival e à crista óssea; (b) representando, aproximadamente, 1.4 mm e 1.8 mm, respectivos.....	28
Figura 07 -	Relação da altura do zênite gengival: (a) inicial; (b) demarcação dos pontos sangrantes.....	30
Figura 08 -	Incisão em bisel interno realizada com uma lâmina de bisturi 15C.....	30
Figura 09 -	Altura do zênite gengival após a remoção do colarinho: (a) hemi-arcada superior direita; (b) arcada superior completa.....	30
Figura 10 -	Reposicionamento dos tecidos supracrestais: (a) retalho de espessura total sem desgaste do osso alveolar; (b) osteotomia e osteoplastia; (c) sondagem da margem da crista óssea a JEC; (c) retalho de espessura total com desgaste do osso alveolar.....	32

Figura 11 -	Aspecto gengival pós-operatório (a) pós-imediato; (b) 7 dias pós- operatório.....	32
Figura 12 -	Relação do contorno gengival e zênite: (a) pré-operatória; (b) pós-cirúrgico com 7 dias.....	33
Figura 13 -	Aspecto do sorriso social: (a,b,c) inicial; (d,e,f) pós-gengivectomia com 1 ano.....	33
Figura 14 -	Lábio gaivota: (a) entreaberto; (b) sorriso social.....	35
Figura 15 -	Medição do comprimento do lábio superior: (a) em repouso, 28 mm; (b) em condição dinâmica, 19 mm lábio gaivota: (a) entreaberto; (b) sorriso social.....	35
Figura 16 -	Protocolo para preenchimento labial com 1,2ml de AH.....	36
Figura 17 -	Pertuito realizado com a agulha 21G (Rennova): (a) inferior esquerdo; (b) superior esquerdo.....	36
Figura 18 -	Entrada da microcânula 22Gx50MM (Rennova).....	36
Figura 19 -	Preenchimento labial. (a,b) pós imediato; (c,d) 7 dias pós-operatório.....	37
Figura 20 -	7 Dias pós-preenchimento labial: (a) repouso; (b) sorriso social; (c) sorriso máximo.....	37
Figura 21 -	Projeção labial: (a) inicial; (b) resultado final do preenchimento labial.....	38
Figura 22 -	Tratamento finalizado: (a) inicial; (b) pós-gengivectomia; (c) pós- preenchimento labial.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Diagnóstico da etiologia do SG associada com as principais opções de tratamento.....	21
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AH	Ácido Hialurônico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EPA	Erupção Passiva Alterada
HOF	Harmonização Orofacial
JAC	Junção Amelocementária
mm	Milímetros
RRA	Retalho Reposicionado Apicalmente
SG	Sorriso Gengival
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCFC	Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico
TBA	Toxina Botulínica Tipo A
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Sorriso harmônico	16
3.2	Sorriso gengival	16
3.3	Etiologia	16
3.3.1	Lábio superior curto ou hiperativo	17
3.3.2	Crescimento vertical excessivo da maxila.....	18
3.3.3	Erupção passiva alterada.....	18
3.3.4	Hiperplasia gengival.....	19
3.3.5	Extrusão dento-alveolar anterior	19
3.4	Diagnóstico	19
3.5	Tratamento	20
3.5.1	Gengivectomia	21
3.5.2	Cirurgia ortognática.....	22
3.5.3	Toxina botulínica.....	22
3.5.4	Preenchimento labial com ácido hialurônico	23
3.5.5	Reposicionamento labial superior	25
4	MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Comitê de ética	26
4.3	Relato de caso	26
5	DISCUSSÃO	39
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES	48
	ANEXOS	51

1. INTRODUÇÃO

O sorriso representa um meio de socialização e também uma forma de comunicação. A harmonia do sorriso é vista como um símbolo de beleza e bem-estar na sociedade contemporânea. Com o avanço das redes sociais e outras mídias, formou-se uma imagem estereotipada do sorriso que leva à sua padronização e, conseqüentemente, ao aumento na demanda dos pacientes por tratamentos que tornem seus sorrisos mais estéticos e agradáveis (Cruz *et al.*, 2021). A harmonia e simetria do sorriso consiste não apenas pela forma, posição e cor dos dentes, mas também pela face, pelos lábios e pelo tecido gengival (Melo *et al.*, 2022).

A exposição gengival excessiva durante o sorriso, comumente chamado de sorriso gengival (SG), é uma das desarmonias estéticas na face que mais causa desconforto aos pacientes. A exibição excessiva do tecido gengival em um sorriso espontâneo trata de uma situação clínica não patológica relacionada à desproporção entre a coroa clínica e os demais componentes do sorriso (Sousa *et al.*, 2022).

O diagnóstico de SG é caracterizado quando essa exposição gengival ao sorrir apresenta mais de 2 milímetros (mm) de tecido gengival exposto. Diante do diagnóstico, existem múltiplos tratamentos e diferentes possibilidades de atuação, e cada uma delas são destinadas à sua respectiva etiologia e ao diagnóstico, individualizando cada caso do paciente com características do SG (Sousa *et al.*, 2022).

Os procedimentos estéticos, com o objetivo de reparar o SG, contam com as habilidades minuciosas do cirurgião-dentista, e a capacidade que terá de transformar a aparência dentofacial (Sousa *et al.*, 2022). A odontologia é uma grande aliada, não apenas no restabelecimento da função e do bem-estar, mas, principalmente, na busca por um sorriso em harmonia com uma face equilibrada, o que é definida como beleza e jovialidade (Cruz. *et al.*, 2021).

Diante disso, este estudo visa relatar um caso clínico no qual a paciente buscou atendimento na Clínica-Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS com a queixa de SG, elucidando os métodos estabelecidos para o correto diagnóstico e posterior abordagem cirúrgica adotada.

2. OBJETIVO

Relatar um caso clínico de correção do sorriso gengival por meio do manejo interdisciplinar da cirurgia periodontal associada ao preenchimento labial.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sorriso Harmônico

O sorriso é uma expressão facial capaz de transmitir aspectos como satisfação pessoal, alegria, bondade, confiança, representando não só um meio de comunicação, mas também um meio de socialização (Espíndola *et al.*, 2022). Para que o sorriso seja considerado esteticamente agradável, são avaliadas as qualidades dos elementos que o compõe, como dentes, gengiva, lábios, incluindo, também, características como posição, formato, cor do dente, além da harmonia com a estrutura facial. (Melo *et al.*, 2022). Quando esses componentes se encontram na proporção correta, o sorriso torna-se esteticamente agradável. O posicionamento dos pacientes sobre o que consideram belo em um sorriso pode influenciar, de modo direto, o sucesso do tratamento odontológico/estético (Espíndola *et al.*, 2022).

3.2 Sorriso Gengival

O SG é o termo utilizado para se referir à condição de desenvolvimento, caracterizado pela exposição gengival exagerada quando o paciente sorri, causando um desequilíbrio entre os elementos que compõem o sorriso, e, conseqüentemente, pode resultar em um sorriso não estético (Espíndola *et al.*, 2022).

A faixa de gengiva exposta considerada normal em um sorriso atraente varia entre os autores, sendo considerado aceitável até 4 mm de exposição. Com isso, a classificação do SG surge em 3 níveis, levando em consideração a severidade na exposição gengival: grau I (leve), com exposição da gengiva de 2 a 4 mm; no grau II (moderado), com 4 a 6 mm do tecido gengival exposto; e no grau III (grave), uma exposição maior que 6 mm (Espíndola *et al.*, 2022).

3.3 Etiologia

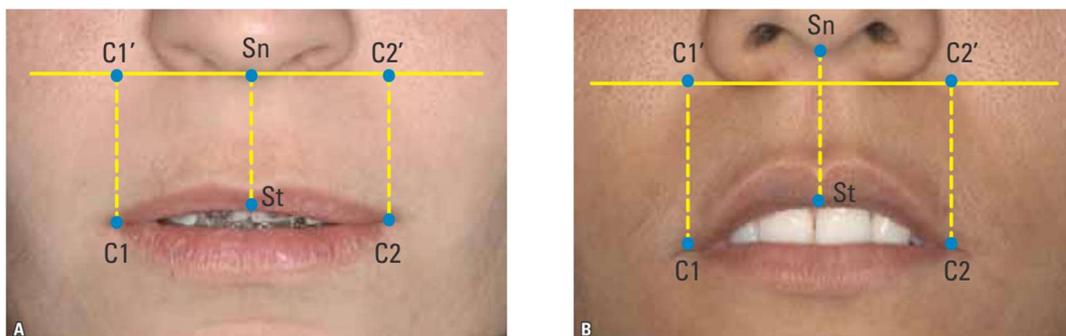
Uma vez caracterizado o quadro de SG, deve-se investigar o fator etiológico responsável por esse excesso de exposição gengival. A etiologia do SG normalmente é multifatorial e pode incluir alterações musculares no lábio superior (lábio curto e hiperatividade labial), alterações ósseas (excesso vertical do osso maxilar), alterações gengivais (erupção passiva alterada e hiperplasia gengival) e alterações dentárias (extrusão dentoalveolar anterior) (Oliveira *et al.*, 2022). Essa condição pode surgir

como resultado de um fator etiológico isolado ou pela combinação destes (Espíndola *et al.*, 2022).

3.3.1 Lábio superior curto ou hiperativo

Os lábios podem apresentar variações morfofuncionais individuais, como espessura e comprimento, além de alterações nas fibras musculares relacionadas a eles (Berwanger *et al.*, 2023). Para avaliar o comprimento do lábio superior, mede-se a altura do filtro e das comissuras labiais. A altura do filtro é representada pela distância entre os pontos subnasal (Sn) e o estômio (St) do lábio superior. Já as alturas das comissuras são obtidas medindo-se, perpendicularmente, a distância entre essas estruturas (C1 e C2) e suas projeções (C1' e C2') numa linha horizontal que une as duas bases alares. Os valores lineares dessas medidas não são particularmente importantes, mas sim a relação entre o comprimento do filtro e das comissuras. Quanto ao comprimento, tem-se um valor médio para os lábios superiores de 24 mm para o sexo masculino, e 20 mm para o sexo feminino. Em adultos, quando a altura do filtro é significante mais curta que a altura das comissuras, ocasiona uma exposição aumentada dos incisivos durante a posição de repouso e fala (Seixas *et al.*, 2011).

Figura 01- Medição do comprimento do lábio superior: a) lábio superior longo; b) lábio superior curto.



Fonte- Seixas *et al.*, 2011.

Em relação à mobilidade do lábio superior, a movimentação durante o sorriso é a resultante da ação de diversos músculos, entre eles: elevador da asa do nariz, elevador do lábio superior, zigomático maior, zigomático menor e depressor do septo nasal (Berwanger *et al.*, 2023). Em casos de portadores do SG com proporções faciais dentro dos parâmetros de normalidade, comprimento dos lábios dentro dos limites médios, gengiva marginal localizada próximo à junção cimento-esmalte (JAC) e

dentes com relação à largura-comprimento normal, a etiologia pode estar associada a hiperatividades dos músculos envolvidos na movimentação. Em condições normais, o lábio move-se cerca de 6 a 8 mm em direção superior; contudo, em casos de lábio hiperativo, a movimentação pode ser de 1,5 a 2 vezes maior. Sabe-se, também, que lábios finos se apresentam mais tensionados e respondem mais intensamente, tanto às modificações dentoalveolares, como aos padrões contráteis da musculatura (Seixas *et al.*, 2011).

3.3.2 Crescimento vertical excessivo da maxila

O excesso no crescimento vertical da maxila é caracterizado pelo crescimento anormal dos ossos da face nessa região, fazendo com que o terço inferior se mostre mais alongado em relação ao terço médio e ao superior. Clinicamente, o paciente possui características típicas, como terço inferior alongado: exposição excessiva dos incisivos superiores em repouso, tendência à má oclusão Classe II, falta de selamento labial e SG (Medeiros *et al.*, 2014).

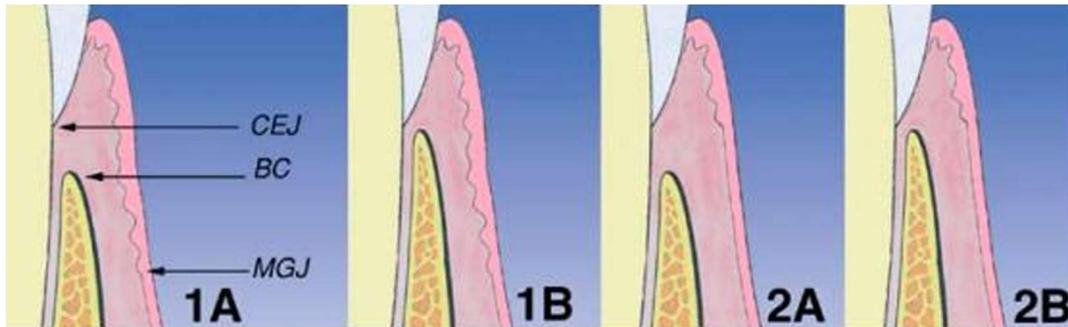
3.3.3 Erupção passiva alterada

A erupção dentária é considerada ativa ou passiva. A erupção ativa é a movimentação do dente a partir do osso até a altura gengival, enquanto a erupção passiva é a migração apical da margem gengival. A erupção passiva possui 4 estágios de acordo com a localização da margem gengival em relação JAC : (1) junção epitelial está no esmalte, (2) junção epitelial sobre o esmalte e o cimento, (3) junção epitelial está sobre o cimento, (4) e junção epitelial e a margem gengival estão apicais à JAC. Quando a migração apical da margem gengival não ocorre de forma correta e permanece posicionada sobre o esmalte, a condição é conhecida como erupção passiva alterada (EPA), causando o cobrimento de parte da coroa pela gengiva e gerando uma exposição gengival excessiva (Macedo *et al.*, 2012; Chan, 2015).

A EPA pode ser dividida em dois tipos de acordo com a localização da junção mucogengival em relação à crista óssea: tipo 1 - a dimensão da gengiva queratinizada é grande e a margem gengival está mais apical que a crista óssea; tipo 2 - a dimensão da gengiva queratinizada é estreita enquanto a margem gengival está na linha cimento-esmalte. Além disso, podem ser subdivididos em subtipos relacionados à posição da crista óssea em relação à linha de cimento: subtipo A – a distância entre

a JAC e a crista óssea é maior que 1 mm, subtipo B – a crista óssea está próximo a linha de cemento, apresentando menos que 1 mm de distância (Mahardawi *et al.*, 2019; Macedo *et al.*, 2012).

Figura 02 -Classificação da EPA.



Fonte- Coslet *et al.*, 1977.

3.3.4 Hiperplasia gengival

O SG oriundo da hiperplasia gengival é definido pelo aumento tecidual com origem medicamentosa e/ou causado pela presença de placa bacteriana e inflamação gengival devido à má higiene. A etiopatogenia da hiperplasia gengival possui diversas hipóteses, sendo a principal delas o biofilme dentário (Pedron *et al.*, 2009). A origem medicamentosa é comum em pacientes que fazem tratamento com substâncias à base de fenitoína, nifedipina e ciclosporina-A, devido à alteração fibrótica que essas drogas causam nos tecidos gengivais (Zimiani *et al.*, 2023).

3.3.5 Extrusão dentoalveolar anterior

A extrusão dento-alveolar anterior ocorre quando um ou mais dentes erupcionam além da normalidade, o que ocorre, principalmente, nos incisivos centrais (Silberberg *et al.*, 2009). Os incisivos extruem levando junto todo o seu periodonto de inserção e proteção, acarretando a exposição exagerada de gengiva (Seixas *et al.*, 2011). O processo está possivelmente relacionado a uma oclusão inadequada, ao desgaste nos dentes anteriores ou aos casos de sobremordida (Silberberg *et al.*, 2009).

3.4 Diagnóstico

Para o diagnóstico, é necessário incluir a realização de exames dos tecidos moles e ósseos da estrutura facial. Torna-se primordial a avaliação da cavidade oral

com a mensuração da harmonia dos arcos dentários e da proporção altura/largura dos incisivos centrais superiores, relacionando as estruturas dentárias e gengivais com a posição labial. Além disso, deve ser considerada a altura da linha do sorriso, podendo ser classificada como alta, média ou baixa, de acordo com a localização da linha gengival. O sorriso é considerado baixo quando for visível apenas 50% ou menos dos incisivos, enquanto que no sorriso médio, há a exposição de 75 a 100%. Em casos de sorriso alto, ocorre a aparição das coroas dos dentes anteriores, além de uma faixa de tecido gengival. Ademais, devem ser analisados o comprimento facial, a medição labial superior e a exposição dos dentes em estado de repouso e em atividade, para que, assim, a elevação labial superior durante o sorriso seja avaliada (Oliveira *et al.*, 2022).

Para o planejamento cirúrgico periodontal, são necessários os exames clínico e complementar radiográfico. A sondagem clínica permite a avaliação da condição periodontal e a determinação da profundidade de bolsa e nível de inserção clínico. Em relação aos exames radiográficos, ao contrário da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), os convencionais apresentam uma deficiência no diagnóstico preciso por não permitirem a avaliação tridimensional das estruturas. A TCFC permite determinar relações importantes para o planejamento da correção do SG, relacionando medidas entre tecidos duros e moles, com as distâncias entre margem gengival e crista óssea, crista óssea e JAC, além de mostrar as espessuras gengival e óssea. Além disso, analisa e mensura defeitos ósseos vestibulares e linguais, as perdas ósseas alveolares vertical, horizontal e oblíqua, mapeando-as tridimensionalmente, e avalia as lesões de furca e os defeitos ósseos, além de auxiliar no diagnóstico de fraturas e perfurações radiculares horizontais e oblíquas (Áreas *et al.*, 2016).

Para complementar a eficiência da TCFC, optou-se pelo uso de afastadores labiais durante a realização do exame. Essa técnica permite a avaliação do tecido ósseo e dos tecidos gengivais sem que ocorra distorção de imagem por influência do lábio/bochecha. (Silva, 2015)

3.5 Tratamento

Uma vez elucidada a etiologia do SG, diversas opções de tratamento podem ser consideradas, unificando a resolubilidade da causa do SG com o alinhamento e

relacionando às expectativas do paciente com o tratamento (Dym, 2020). Da mesma forma que as etiologias, a terapêutica do SG é diversificada (Oliveira *et al.*, 2022). Entre as opções de tratamento, há a gengivectomia, cirurgia ortognática, cirurgia com retalho reposicionado apicalmente (RRA), cirurgia com RRA e ressecção óssea, aplicação de toxina botulínica e preenchimento com ácido hialurônico (AH) e cirurgia de reposicionamento labial (Brizuela *et al.*, 2022).

Tabela 1- Diagnóstico da etiologia do SG associada com as principais opções de tratamento.

CRESCIMENTO VERTICAL DA MAXILA	LÁBIO HIPERATIVO	LÁBIO CURTO	HIPERPLASIA GENGIVAL	ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA
↓	↓	↓	↓	↓
Cirurgia Ortognática	Aplicação de toxina botulínica	Reposicionamento labial / Aplicação de ácido hialurônico	Gengivectomia / Gengivoplastia	Gengivectomia / Osteotomia

Fonte: Dym, 2020; Brizuela *et al.*, 2022.

Vale salientar que procurar corrigir o SG não é uma regra, pois existem indivíduos satisfeitos com esse tipo de sorriso por considerá-lo atrativo. Por outro lado, quem sente a necessidade de corrigir o SG pode recorrer aos tratamentos citados (Sousa *et al.*, 2022).

3.5.1 Gengivectomia

A gengivectomia tem como finalidade remover tecido gengival quando ocorre situações em que a localização da crista óssea alveolar em relação à JAC seja de, aproximadamente, 1,5 a 2 mm, quando existir espessura adequada de osso alveolar (acima de 3 mm) e houver uma faixa larga de gengiva queratinizada (Oliveira *et al.*, 2022). A cirurgia é indicada em casos de EPA e hiperplasia gengival (Penteado, 2015), como também pode ser uma alternativa em casos de extrusão dento-alveolar anterior (Seixas *et al.*, 2011).

Em casos em que a cirurgia de gengivectomia resultaria em uma largura

gengival pós-operatória inferior a 3 mm, pode-se optar pela RRA. Ao contrário da gengivectomia, o RRA permite preservar a largura gengival presente e também poderá aumentar a largura da gengiva aderida no pós-operatório. A técnica consiste em elevar um retalho de espessura total e posicioná-lo apicalmente à JAC, expondo parte da coroa clínica que estava coberta pela gengiva (Xavier *et al.*, 2018). O RRA sem ressecção óssea é a técnica de eleição quando o indivíduo apresenta um nível ósseo adequado, porém uma cirurgia de gengivectomia deixaria menos de 3 mm de distância entre a margem da gengiva e a crista óssea. O RRA com ressecção óssea é a técnica recomendada para as situações em que a crista óssea está próxima da JAC, e, dessa forma, a osteotomia é necessária para formação dos tecidos de inserção supracrestal (Oliveira *et al.*, 2022).). Para definir a quantidade de osso alveolar a ser removida, devem ser analisados fatores como: a altura do dente ao lado, a possibilidade de exposição radicular e a proporção coroa/raiz (Xavier *et al.*, 2018).

3.5.2 Cirurgia Ortognática

Técnica cirúrgica capaz de reposicionar a maxila para reduzir a exposição gengival em casos de SG causado pelo crescimento vertical excessivo da maxila. Na cirurgia, é feita uma osteotomia Le Fort I, fratura horizontal da maxila, na qual o excesso maxilar é retirado mediante um desgaste na parte superior. Em seguida, a maxila é fixada por placas e parafusos de titânio. A Le Fort I também possibilita que o cirurgião segmente a maxila e tenha maior controle sobre a assimetria. Trata-se da possibilidade de tratamento mais invasiva, apresentando um pós-operatório complexo, mas apresenta, como vantagem, uma melhoria esquelética e estética significativa nos pacientes (Medeiros *et al.*, 2014).

3.5.3 Toxina Botulínica

A toxina botulínica é uma proteína proveniente de bactérias anaeróbicas Gram-positivas que, quando injetada na musculatura, tem um mecanismo de ação nas terminações nervosas, o que provoca um bloqueio nos canais de cálcio, com a diminuição da liberação de acetilcolina, ocasionando um relaxamento ou paralisia do músculo-alvo temporariamente. A história do uso da toxina botulínica teve origem em 1817, após vários estudos, sendo utilizado para tratar a espasticidade muscular (musculatura hipertônica) realizado apenas em 1989, o que fez neurologistas

perceberem o potencial benéfico da toxina no tônus muscular e/ou suas excessivas contrações (Dressler *et al.*, 2005). A toxina botulínica do tipo A (TBA) é voltada para o uso terapêutico. Na odontologia brasileira, foi devidamente regulamentada por meio da Resolução 112/11 do Conselho Federal de Odontologia desde setembro de 2011 (Resolução CFO-112/2011).

A TBA é utilizada no tratamento do SG em pacientes que optam por um método não invasivo, rápido e simples, indicada para sorrisos gengivais provocados pela hiperfunção muscular (Furlan, 2015). A técnica consiste na aplicação da TBA em pontos de sobreposição dos músculos responsáveis por movimentar o músculo elevador do lábio superior e da asa do nariz, zigomático maior e o zigomático menor (Oliveira *et al.*, 2022). Após aplicada, a TBA age impedindo a contração muscular e causando uma paralisia temporária. Os resultados aparecem após um a três dias e duram de três a seis meses (Furlan, 2015). O seu uso para tratar a exposição excessiva de tecido gengival pode ser classificado de três formas: corretivo, quando a causa é unicamente muscular; adjuvante, quando mais de uma causa está presente; ou paliativo, quando o tratamento recomendado é cirúrgico (Oliveira *et al.*, 2022).

3.5.4 Preenchimento labial com ácido hialurônico

A anatomia dos lábios é variável, podendo apresentar diferenças em relação ao volume (cheios ou finos), à largura horizontal (largos ou estreitos) e ao comprimento vertical (longos ou curtos). O lábio compreende a porção cutânea e o vermelhão. Didaticamente, o vermelhão dos lábios é dividido em tubérculos que se entrelaçam e apresentam entre si áreas de projeção e reentrâncias. O superior apresenta três tubérculos (central e laterais direito e esquerdo). Na região cutânea central do lábio superior, há uma região chamada de filtro que é delimitada por duas linhas chamadas de pilares do filtro que saem da ponta mais alta do arco do cupido e convergem para a columela. O filtro apresenta uma dupla concavidade, tanto no sentido vertical quanto no horizontal. O arco do cupido tem um formato de V e é formado pela porção central do contorno do lábio superior, sendo delimitado pelos pilares do filtro (Kar *et al.*, 2018; Tedesco, 2019).

O lábio inferior é limitado lateralmente pelo sulco labiomentual e inferiormente pelo sulco mental. A porção vermelha apresenta dois tubérculos laterais (direito e esquerdo). Quando selados, os tubérculos dos lábios superiores e inferiores

encaixam-se em oclusão. Entretanto, quando o tubérculo central é pouco pronunciado, um espaço interlabial central pode existir (Tedesco, 2019).

O comprimento do lábio superior deve ter em média de 18 a 20 mm nas mulheres, podendo chegar a 24 mm nos homens. Nos lábios caucasianos jovens, o lábio superior, em relação ao inferior, deve respeitar uma proporção intrínseca vertical ideal de 1:1,6, seguindo a proporção Áurea, ou seja, o lábio superior deve corresponder entre 61 a 75% do lábio inferior (Braz *et al.*, 2015; Tedesco, 2019). Os negros, geneticamente, apresentam maior volume labial, não respeitando esta proporção (Kar *et al.*, 2018).

Em relação à porção cutânea, o lábio superior pode ser classificado em curto, normal ou longo. Lábios curtos proporcionam maior exposição dentária e são favoráveis ao preenchimento labial. Como ocorre um aumento em altura do lábio pós-procedimento, ocasionando uma menor visibilidade dentária, o preenchimento pode ser contraindicado em lábios longos. Em relação ao vermelhão labial, a partir de uma referência vertical, os lábios podem ser classificados em finos, médios ou grossos (Tedesco, 2019). Lábios finos deve-se à musculatura orbicular que se apresenta mais fina, enquanto nos lábios volumosos, essa musculatura é mais calibrosa. A região perioral é a área facial de maior metabolismo muscular. Vários são os músculos envolvidos na motricidade do terço inferior da face e na dinâmica do sorriso, tais como orbicular da boca, elevador do lábio superior, elevador do lábio superior e da asa do nariz, zigomático menor, zigomático maior, risório, bucinador, mentoniano, depressor do lábio inferior e depressor do ângulo da boca (Braz *et al.*, 2015).

O uso de alguns materiais bastante biocompatíveis, como AH, para correção de desarmonias faciais, também podem ser usados no tratamento do SG na tentativa de restaurá-lo temporariamente. O AH é um composto de alto peso molecular, sintetizado em várias células. É uma glicosamina-glicana que ocorre, naturalmente, na matriz extracelular da derme que proporciona sustentação estrutural e nutrientes e, por meio de sua capacidade hidrofílica, adiciona volume e enchimento à pele. O procedimento exige manutenção periódica para manter os efeitos desejados, necessitando ser refeitos de 6 meses a 1 ano (Vasconcelos *et al.*, 2020).

O aumento labial é usado para melhorar a relação dimensional dos lábios com a face, aumentando a altura do vermelhão, criando projeção, suavizando as linhas periorais e rugas, adicionando volume e reduzindo o excesso de dentição visível. O procedimento de aumento labial ideal deve fornecer resultados esteticamente

agradáveis que sejam naturais em aparência e toque, reversíveis, substituíveis, ajustáveis e com baixo índice de complicações (Arruda *et al.*, 2023).

3.5.5 Reposicionamento labial superior

O reposicionamento labial constitui uma terapia para SG, originado pela hiperatividade do lábio superior, e tem como finalidade limitar a ação dos músculos. Nessa técnica, remove-se uma faixa de mucosa do vestíbulo, deixando-o mais superficial, o que restringe a tração dos músculos zigomático menor, elevador do ângulo da boca, orbicular da boca e elevador do lábio superior; limitando, assim, a exposição da gengiva ao sorrir (Oliveira de *et al.*, 2022).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

O presente trabalho trata de um Relato de Caso Clínico, caracterizado como um estudo observacional descritivo de braço único, que descreve o tratamento do SG com a associação de técnicas interdisciplinares: gengivectomia com osteotomia e preenchimento Labial.

4.2 Aspectos Éticos

Os riscos e benefícios foram explicados à paciente em conjunto com a solicitação de autorização do uso dos dados presentes em prontuários, resultados de exames clínicos e de imagens no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em conjunto com o projeto de pesquisa, termo de anuência e folha de rosto. O projeto de pesquisa foi aprovado na data 9 de dezembro de 2024, com o número de Parecer 7.277.191 (Anexo A).

4.3 Relato de Caso

Paciente L SVC, de 22 anos, gênero feminino, normosistêmica, apresentou-se à Clínica- Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus - Unichristus, insatisfeita com o seu sorriso devido ao excesso de gengiva aparente e coroas dentárias pequenas consideradas com aspecto “infantil. Além disso, a paciente apresentava-se com uma desproporção no corpo labial, evidenciado durante o sorriso, e mostrava-se interesse em atribuir volume aos lábios.

Durante o exame clínico extraoral, foram realizados os testes do sorriso social e sorriso máximo (figura 03), e notou-se uma exposição gengival excessiva, característica do SG. Além disso, foi observado que o lábio superior se apresentava com um afinamento bilateral considerável e marcado pela proeminência do arco do cupido (figura 04). No teste clínico, foi descartado o quadro de hiperatividade muscular e de lábio curto, e notou-se que o contorno labial apresentava características do “lábio de gaivota”, contribuindo para o SG. Na avaliação intraoral, pode-se relacionar a proporção da estética branca e vermelha (figura 05).

Figura 03 - Fotos extraorais em condições dinâmicas: (a) sorriso social frontal; (b) sorriso máximo frontal; (c) sorriso social lateral direito; (d) sorriso social lateral esquerdo.



Acervo do autor.

Figura 04 - Avaliação do lábio em gaiivota: (a) frontal; (b) lateral direito; (c) lateral esquerdo.



Acervo do autor.

Figura 05 - Aspecto inicial da proporção entre a estética branca e vermelha da paciente.

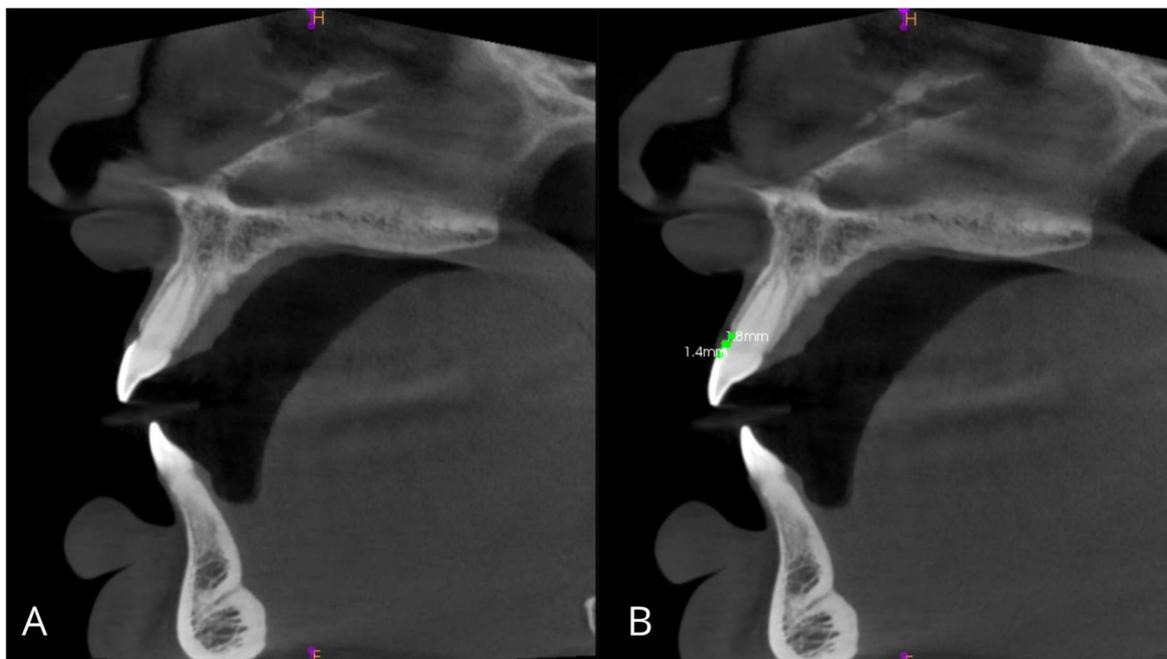


Acervo do autor.

Ainda nesse momento inicial, foi realizada uma sondagem periodontal convencional, utilizando a sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy, Carolina do Norte, EUA), com o intuito de localizar a JAC. Em seguida, a paciente foi anestesiada, e foi feita uma nova sondagem, desta vez, até o nível ósseo. Esse procedimento foi feito nos elementos dentários 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25. Em seguida, foi realizado o protocolo fotográfico para documentação, e solicitada a TCFC como exame de imagem complementar. Com isso, pôde-se planejar o caso com uma maior previsibilidade e segurança.

Ao exame tomográfico com afastamento labial (figura 06), utilizando o programa RadiAnt DICOM viewer para análise, observou-se distância média de 1.4 mm da margem gengival até a JAC, e cerca de 1.8 mm da JAC até a crista óssea. Após análise clínica juntamente aos resultados do exame complementar solicitado, foi constatado o diagnóstico de SG derivado de um quadro de EPA do subtipo IA. Dado o diagnóstico, as expectativas da paciente foram estabelecidas, e foi definido o plano de tratamento: adequação do meio bucal com raspagem supragengival; cirurgia periodontal para aumento de coroa com osteotomia para reposicionamento da inserção supracrestal e, posteriormente, a realização do preenchimento labial.

Figura 06 - Imagem tomográfica em corte sagital: (a) visualização das distâncias da JAC à margem gengival e à crista óssea; (b) representando, aproximadamente, 1.4 mm e 1.8 mm, respectivos.



Acervo do autor.

A primeira etapa do tratamento foi realizada com a cirurgia periodontal para a melhora da proporção da estética branca e vermelha do sorriso. A técnica cirúrgica estabelecida foi o aumento de coroa clínica por meio da gengivectomia e osteotomia. Como protocolo cirúrgico, foi realizada a antissepsia extraoral com digliconato de clorexidina 2% (RIOHEX 2%, São Paulo, Brasil) dos terços inferior e médio da face e antissepsia intraoral, utilizando bochecho pré-operatório com digliconato de clorexidina 0,12% (Periogard Colgate, São Paulo, SP, Brasil), seguido pelo posicionamento do campo cirúrgico. Em seguida, a técnica anestésica foi realizada por meio da técnica terminal Infiltrativa em região anterior superior e complemento com anestesia interpapilar na margem gengival palatina e vestibular, com o anestésico de escolha Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil), totalizando 3 tubetes anestésicos.

Posteriormente, a sondagem periodontal, com o auxílio de uma sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy, Carolina do Norte, EUA), foi realizada em 3 pontos na face vestibular de cada elemento dentário, dos dentes 15 ao 25, realizando a marcação dos pontos sangrantes na região do zênite gengival para determinação das distâncias entre a margem gengival e a JAC, demarcando o tecido gengival em excesso, respeitando a anatomia do contorno gengival e concedendo as coroas uma proporção largura-altura harmoniosa (figura 07).

Após a realização da marcação dos pontos sangrantes, conforme a proporção da coroa clínica pela linha do sorriso máximo da paciente e da JAC, foi realizada a incisão com a lâmina número 15c (Swann Morton, Sheffield England, Inglaterra) acoplada a um cabo de bisturi em posição de bisel interno em uma angulação de 45° em relação ao tecido ósseo (figura 08), desenhando o colarinho gengival, posteriormente retirado com associação de incisões intrasulculares, preservando as papilas (figura 09).

Figura 07 - Relação da altura do zênite gengival: (a) inicial; (b) demarcação dos pontos sangrantes.



Acervo do autor.

Figura 08 - Incisão em bisel interno realizada com uma lâmina de bisturi 15C.



Acervo do autor.

Figura 09 - Altura do zênite gengival após a remoção do colarinho. (a) hemiarcada superior direita; (b) arcada superior completa.



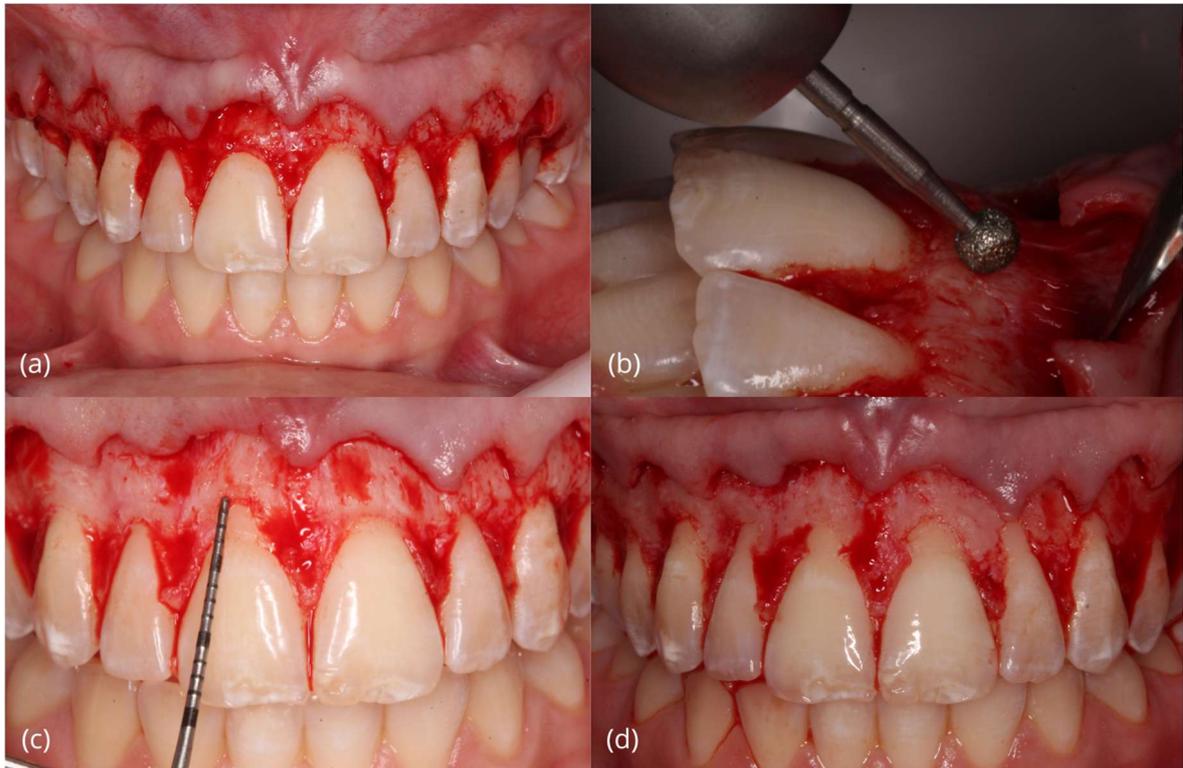
Acervo do autor.

Dada a incisão em todos os elementos dentários, foi feita a remoção do colarinho gengival e a sondagem para verificação da JAC. Então, o procedimento prosseguiu para o descolamento mucoperiosteal do tecido com o deslocador de Molt 2-4 (Trinity Odontologia, São Paulo, Brasil), e, seguidamente, o retalho de Widman modificado foi elevado para a visualização da crista óssea nas faces vestibular e interproximais. Em seguida, foram realizadas a osteotomia e a osteoplastia com a ponta esférica diamantada 3018 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil), acoplada à peça peça reta sob refrigeração constante e irrigação com soro fisiológico estéril 0,9% e finalizada o uso de microcinzel de Ochsensbein (Quinelato, São Paulo, Brasil), garantindo o restabelecimento dos tecidos supracrestais com a distância entre a JAC e a crista óssea de ≥ 3 milímetros (figura 10).

Com os espaços supracrestais reestabelecidos, o retalho foi reposicionado com a síntese em colchoeiro vertical em região de papila dos elementos 13 ao 23, e sutura com ponto simples em região papilar do 14, 15, 24 e 25, utilizando fio nylon preto, 5.0 triangular corte reverso/siliconada 15 mm – 1/2 (Shalon®). Em seguida, para controle pós-operatório, a prescrição medicamentosa foi antibiótico amoxicilina 500 mg de 8/8h por 7 dias, e analgésico paracetamol 750 mg de 6/6h por 3 dias. Ademais, para auxiliar no controle do biofilme, uso do bochecho com clorexidina em solução a 0,12% de 12/12h por 1 minuto, juntamente as orientações pós-operatórias de higienização e alimentação.

O acompanhamento pós-operatório deu-se com 7 dias para avaliação e remoção de sutura. Foi observado o tecido em fase de cicatrização nos parâmetros de normalidade (figura 11). Ainda nesse período, pôde-se avaliar a relação do contorno gengival e zênite, em relação ao sorriso social, e notar a satisfação da paciente pelo resultado (figura 12). Em 30 dias, a paciente foi reavaliada, apresentando excelente cicatrização do tecido conjuntivo. A estabilidade tecidual foi avaliada com o acompanhamento de 1 ano após a cirurgia periodontal (figura 13).

Figura 10 - Reposicionamento dos tecidos supracrestais: (a) Retalho de espessura total sem desgaste do osso alveolar; (b) osteotomia e osteoplastia; (c) sondagem da margem da crista óssea a JAC; (c) retalho de espessura total com desgaste do osso alveolar.



Acervo do autor.

Figura 11 - Aspecto gengival pós-operatório: (a) pós- imediato; (b) 7 dias pós operatório.



Acervo do autor.

Figura 12 - Relação do contorno gengival e zênite: (a) pré-operatória; (b) pós-cirúrgico com 7 dias.



Acervo do autor.

Figura 13 - Aspecto do sorriso social: (a,b,c) inicial; (d,e,f) pós-gingivectomia com 1 ano.



Acervo do autor.

Após finalizado a cirurgia periodontal, o tratamento prosseguiu para o preenchimento labial. Foi realizado o protocolo fotográfico para o planejamento do caso (figura 14).

A mensuração da altura labial (figura 15) e marcação dos pontos de aplicação (figura 16) foram essenciais para o correto projeto de volumização dos lábios, evitando assimetrias.

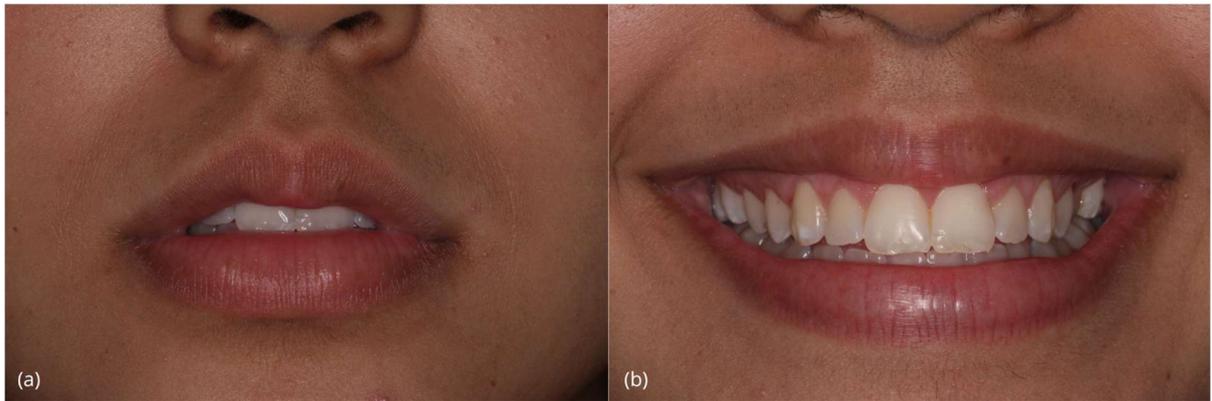
Como protocolo para o preenchimento labial, foi realizada a higienização da região perioral com clorexidina degermante 2% riohex, e seguido para a anestesia intraoral com lidocaína 2% com epinefrina a 0,01mg/ml por bloqueio do nervo infraorbitário, bilateralmente e também do nervo mentual, bilateralmente – totalizando 3 tubetes.

O procedimento foi realizado, utilizando uma seringa com 1,2 ml de AH lips-lido® (Rennova), sendo distribuída no corpo do lábio de acordo com o planejamento prévio, seguindo a necessidade da paciente. Para isso, foi feito o pertuito (figura 17) com a agulha 21G (Rennova), em 4 pontos a fim de abrir espaço na derme para a entrada da cânula. Com a Técnica de Única - entrada (retroinjeção), o preenchimento cutâneo no tecido foi realizado inserindo a microcânula (figura 18) 22Gx50MM (Rennova) na profundidade desejada. Assim, a cânula foi retirada suavemente, e a quantidade programada de AH foi retroinjetada em cada ponto previamente demarcado e pressionada para favorecer a acomodação do material. Foram aplicados 0,8 ml no lábio superior e 0,4 ml no inferior.

A paciente foi orientada sobre os cuidados após o preenchimento labial, e foram alinhadas as expectativas sobre o resultado final com 1,2ml de preenchedor de AH. O pós-operatório ocorreu com 7 dias, sem intercorrências, quando o edema já estava normalizado, e pôde-se visualizar o resultado final do preenchimento labial (figura 19). A paciente foi reavaliada tanto em condições dinâmicas quanto em repouso para a conclusão do caso. Foi realizada a comparação do volume na projeção labial, e a paciente demonstrou satisfação com o resultado final, optando por não realizar novas intervenções (figura 20 e 21).

O protocolo fotográfico utilizado ao longo do tratamento permitiu a comparação entre o início e o término do processo (figura 22).

Figura 14 - Lábio Gaivota: (a) entreaberto; (b) sorriso social.



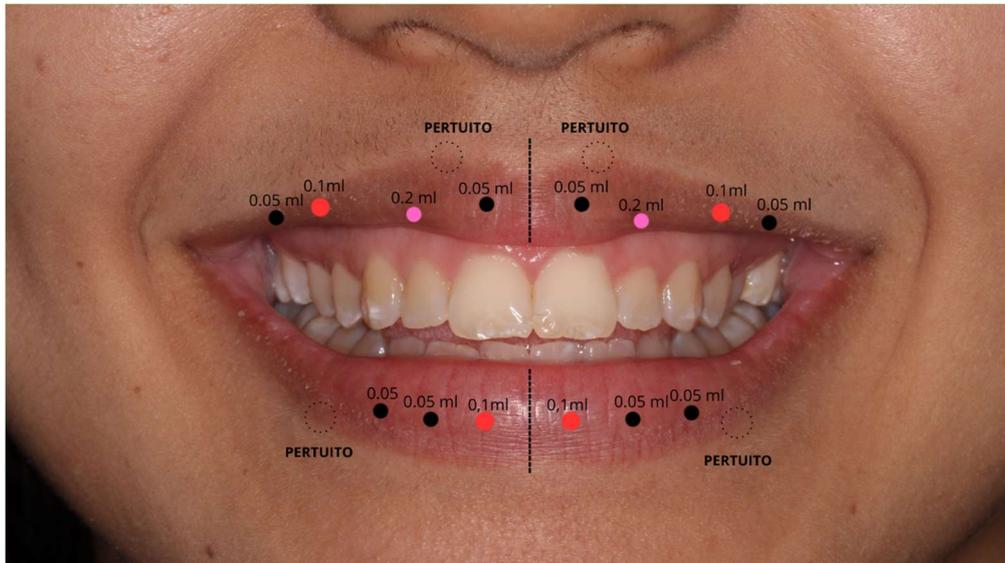
Acervo do autor.

Figura 15 - Medição do comprimento do lábio superior: (a) em repouso, 24 mm; (b) em condição dinâmica, 19 mm.



Acervo do autor.

Figura 16 - Protocolo para preenchimento labial com 1,2ml de AH.



Acervo do autor.

Figura 17 - Pertuito realizado com a agulha 21G (Renova): (a) inferior esquerdo; (b) superior esquerdo.



Acervo do autor.

Figura 18 - Entrada da microcânula 22Gx50MM (Renova).



Acervo do autor.

Figura 19 - Preenchimento labial: (a,b) pós-imediato; (c,d) 7 dias pós-operatório.



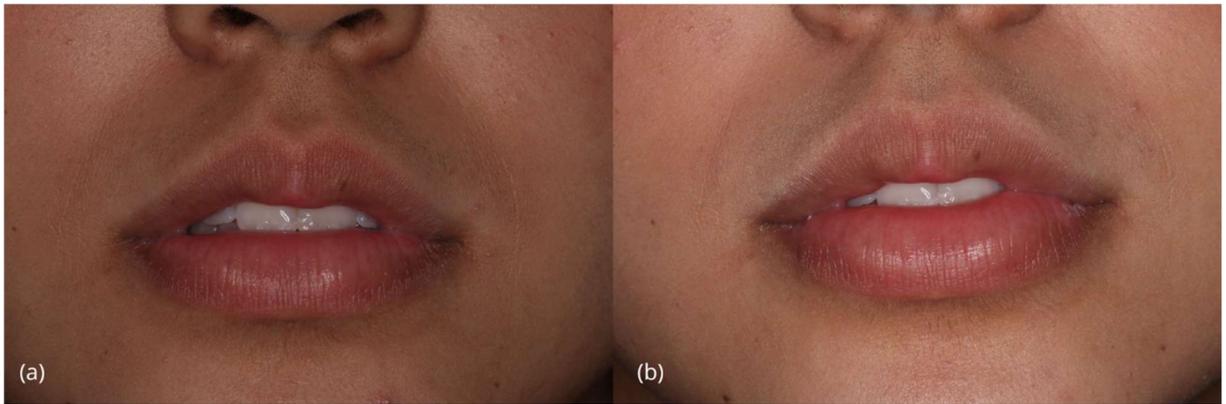
Acervo do autor.

Figura 20 - 7 dias pós-preenchimento labial: (a) repouso; (b) sorriso social; (c) sorriso máximo.



Acervo do autor.

Figura 21- Projeção labial: (a) inicial; (b) resultado final do preenchimento labial.



Acervo do autor.

Figura 22 - Tratamento finalizado: (a) inicial; (b) pós-gengivectomia; (c) pós-preenchimento labial.



Acervo do autor.

5. DISCUSSÃO

O resultado obtido neste caso clínico mostrou-se satisfatório ao atender às expectativas da paciente, mesmo com o resultado limitado em relação à exposição gengival ao sorrir. O estudo ilustrado como um caso de SG pode ser abordado de maneira interdisciplinar, envolvendo diferentes áreas da Odontologia, como periodontia e harmonização orofacial (HOF), para alcançar resultados satisfatórios por meio de diversas técnicas, conforme o diagnóstico.

Em relação à terapia para correção do SG derivado da EPA tipo IA, foi indicada a gengivectomia com osteotomia. A técnica tem como objetivo remover a faixa de gengiva queratinizada que se apresentava em excesso ao recobrir parte da coroa dentária, reestabelecendo forma, contorno e anatomia entre a estética branca e rosa. A associação da osteotomia e osteoplastia juntamente à remoção do excesso gengival têm como finalidade reestabelecer o espaço dos tecidos supracrestais, respeitando a distância de cerca de 3 mm entre a crista óssea alveolar e a base do sulco gengival, parâmetro fundamental para a aderência do epitélio juncional e das fibras conjuntivas gengivais às estruturas dentárias. Para isso, torna-se necessário elevação do retalho mucoperiosteal, permitindo o acesso livre ao tecido ósseo para ressecção necessária. A cirurgia periodontal realizada, respeitando seus princípios, proporciona segurança no resultado, evitando casos de reicidiva (Galdino *et al.*, 2021).

O sorriso harmônico depende de diversos fatores, incluindo a relação entre os dentes e a gengiva. Para proporcionar um resultado estético e equilibrado, é essencial considerar a proporção da estética gengival e dentária, baseando-se nos zênites gengivais. Esses pontos representam o ponto mais alto (eixo mais apical e distal) da linha de contorno da gengiva do respectivo dente. A altura ideal dos zênites gengivais segue um padrão específico, criando uma ilusão de simetria e naturalidade, o que proporciona um contorno gengival harmonioso. Os incisivos centrais são os dentes de maior destaque no sorriso; eles devem apresentar a mesma altura gengival, com seus zênites estabelecidos inicialmente, e servem como pontos de referência para a construção do sorriso. Os incisivos laterais, tanto esquerdo quanto direito, devem ter o zênite gengival com cerca de 1 mm abaixo dos incisivos centrais. Por outro lado, os caninos deverão possuir a mesma altura gengival dos incisivos centrais. Assim, a disposição dos dentes anteriores superiores cria a proporção conhecida como triângulo invertido, conferindo ao sorriso uma aparência harmônica (Marson *et al.*,

2012; Nascimento *et al.*,2022).

O resultado cirúrgico proporcionou à paciente dimensões de coroa clínica com parâmetros próximos ao “padrão-ouro”, diminuindo, significativamente, a exposição gengival durante o sorriso, obedecendo às expectativas estabelecidas inicialmente. Todavia, optou-se por alternativas coadjuvantes para complementar o resultado, respeitando os limites anatômicos da paciente.

A paciente apresentava uma anatomia labial com afinamento lateral bilateral, fator considerável na exposição gengival ao sorrir. A literatura destaca dois principais métodos na HOF, que podem ser associados ao SG: uso da TBA e preenchimento com AH (Berwanger *et al.*, 2023; Vasconcelos *et al.*, 2020). Para isso, é importante o correto diagnóstico para planejar o tratamento mais adequado e assertivo ao paciente.

A TBA é amplamente empregada em diversos procedimentos estéticos e apresenta resultados satisfatórios. Além de atenuar rugas, também pode ser utilizada no tratamento do SG. A aplicação da TBA é um procedimento não cirúrgico, minimamente invasivo, temporário, dependente da dose, seguro e eficaz, que atua como um potente inibidor neuromuscular, bloqueando a liberação de acetilcolina, neurotransmissor responsável pela contração muscular no sistema nervoso periférico somático. Em casos de SG causado pela hiperatividade muscular, a TBA proporciona resultados satisfatórios (Berwanger *et al.*, 2023). O AH é utilizado como preenchedor dérmico com a função de amenizar sinais do envelhecimento, promovendo rejuvenescimento facial e aumento de volume tecidual (Vasconcelos *et al.*, 2020). A combinação da TBA com preenchedores de AH e hidroxapatita de cálcio também pode resultar em resultados mais satisfatórios, graças à sua ação preventiva no processo de envelhecimento (Berwanger *et al.*, 2023).

Variáveis são consideradas, como a presença de assimetria, idade, volume inicial e formato facial do paciente. Em casos de assimetrias, é essencial realizar o diagnóstico diferencial para determinar se a assimetria é estática ou dinâmica. As assimetrias dinâmicas, causadas por alterações musculares, manifestam-se durante o sorriso. Nesse contexto, a TBA é uma ferramenta eficaz para corrigir essas condições (Berwanger *et al.*, 2023). Por outro lado, o preenchimento com AH é indicado para corrigir assimetrias estáticas, ou seja, aquelas de origem anatômica, visíveis mesmo com os lábios em relaxamento (Vasconcelos *et al.*, 2020). Diante disso, verificou-se que o preenchimento labial com AH pôde atuar como uma opção complementar neste estudo por se tratar de uma anatomia labial caracterizada como

Lábio em Gaivota, marcado pela proeminência do arco do cupido e o corpo pouco volumoso. Aos exames clínicos, excluíram-se os quadros de hiperatividade muscular e lábio curto.

O planejamento da HOF deve ser personalizado, dada a condição fisiológica da paciente quanto aos seus desejos individuais em relação ao que ela considera esteticamente bonito. Com isso, dois fatores são primordiais durante a escolha do AH para a paciente: a área a ser tratada e o efeito desejado.

O AH apresenta graus variados de viscosidade e rigidez. Em região de lábios, geralmente, indica-se aquele que apresenta menor grau de viscosidade e maior maciez (Afra *et al.*, 2019; Arruda *et al.*, 2023). Para o tratamento do SG, é essencial considerar a capacidade do preenchimento em projetar e aumentar o volume dos lábios, controlando, ao mesmo tempo, o movimento muscular. No caso clínico em questão, foi utilizado o Lips-lido® (Renova), um AH que proporciona maleabilidade para a região, condizente com as expectativas estabelecidas, além de possuir lidocaína em sua composição. A presença da lidocaína é um fator diferencial entre os injetáveis disponíveis comercialmente. Quando associado ao AH, diminui as sensações dolorosas durante as injeções, possibilitado, conseqüentemente, maior conforto ao paciente (Arruda *et al.*, 2023).

O AH tornou-se o preenchimento mais utilizado no mundo devido às suas propriedades, biocompatibilidade e reversibilidade. Permite aumentar o volume labial de maneira construtiva e gradual. Contudo, as desvantagens do preenchimento facial são: possível edema, dor, hiperemia e equimose, ou, em casos raros, nódulos e complicações vasculares (Daher *et al.*, 2020). A duração dos preenchedores de AH, em geral, varia entre 6 a 18 meses. Isso depende da concentração, reticulação e profundidade da aplicação (Vasconcelos *et al.*, 2020).

A técnica estabelecida tem como objetivo principal garantir maior segurança, com as aplicações realizadas exclusivamente no plano supramuscular. Utilizam-se cânulas de ponta romba, inseridas por quatro pontos estratégicos de entrada — dois nos lábios superiores e dois nos lábios inferiores. O preenchimento é realizado em pontos específicos para volumização, projeção, melhora do contorno e sustentação do arco do cupido e comissuras labiais (Amaral *et al.*, 2023).

Em casos de intervenção por complicações, o AH possui uma enzima mucolítica, a hialuronidase, capaz de degradar o AH tanto na sua forma natural quanto cross-linked. Promove a hidrólise do AH, rompendo suas ligações e gerando

aumento da permeabilidade na pele e no tecido conectivo. Sua meia-vida sérica é de aproximadamente dois minutos, sendo inativada durante sua passagem pelo fígado e pelos rins. No entanto, seu efeito no tecido subcutâneo é imediato, com longa duração, variando de 24 a 48h (Daher *et al.*, 2020).

Mesmo diante do edema imediato pós-preenchimento, o resultado foi satisfatório, mas observou-se a necessidade de realizar uma construção gradual do volume labial com maiores quantidades de ml de AH, a fim de atingir o objetivo de suavizar o aspecto de SG. No entanto, a paciente já ficou satisfeita com o resultado final, apresentando maior definição labial e uma projeção ligeiramente mais destacada. A combinação de diferentes técnicas, como a cirurgia periodontal e o preenchimento labial, pode ser uma opção eficaz para obter resultados estéticos mais aprimorados, como demonstrado no caso clínico aqui apresentado.

O conhecimento da anatomia local, das regras de biossegurança e das técnicas adequadas e seguras garantiu um planejamento sem intercorrências. Dentro do padrão esperado, o pós-operatório da cirurgia periodontal apresentou leve desconforto e edema, sintomas que foram resolvidos no período de 7 dias, com cicatrização completa do epitélio em 30 dias. O edema imediato após o preenchimento labial com AH é esperado; a paciente relatou dor leve nos primeiros dias, mas sem sinais de equimose. Cerca de 1 ano após o aumento de coroa clínica, o resultado mostrou-se estabilizado.

6. CONCLUSÃO

A cirurgia periodontal, em casos de SG resultante de um quadro de EPA subtipo IA, demonstrou ser uma abordagem terapêutica eficaz e estável ao utilizar a técnica de gengivectomia associada à osteotomia e osteoplastia, garantindo o aumento da coroa clínica e o restabelecimento do espaço supracrestal. Ademais, o preenchimento labial com AH pode ser utilizado como tratamento complementar para a correção do SG em pacientes com lábio superior fino. No entanto, para alcançar os melhores resultados, é recomendado realizá-lo de forma construtiva e gradual para atingir o objetivo ou associá-lo a outros procedimentos, como a aplicação de TBA nos músculos responsáveis pelo sorriso.

REFERÊNCIAS

- AFRA, T. P. *et al.* Hyaluronic acid fillers for correction of midface volume deficit in Barraquer-Simons syndrome. **Journal of cosmetic dermatology**, Oxford, v. 18, n. 5, p. 1264-1266, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocd.12847>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- AMARAL, V. C. *et al.* Técnica KISS: sistematização para um preenchimento labial simples e seguro. **Dermatologia Cirúrgica e Cosmética**, v. 15, p. e20230187, 2023. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/2655/265574898032/html/>. Acesso em: 17 de mar. de 2025.
- ÁREAS, A. *et al.* Tomografia computadorizada no planejamento cirúrgico em Periodontia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 4, p. 305, 2016. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/762/558>. Acesso em: 16 set. 2024.
- ARRUDA, É. M. G. de *et al.* Preenchimento Labial com Ácido Hialurônico: Revisão de Literatura. **Archives of Health Investigation**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 103-110, 2023. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5377/7483>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BERWANGER, F. Y. G. *et al.* Toxina botulínica em procedimentos estéticos: Uma revisão integrativa da literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. e27612642271-e27612642271, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42271/34255>. Acesso em: 10 mar. 2025
- BRAZ, A. *et al.* Lower face: clinical anatomy and regional approaches with injectable fillers. **Plastic and reconstructive surgery**, Baltimore, v. 136, p. 235S-257S, 2015. Suppl 5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26441104/>. Acesso em: 17 nov. 2024.
- BRIZUELA, M.; INES, D. Excessive gingival display. *In*: STATPEARLS PUBLISHING. **StatPearls**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470437/>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- COSLET, J. G. *et al.* Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. **The Alpha Omegan**, v. 70, n. 3, p. 24-28, 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/276255/>. Acesso: 10 jan. 2025.
- CHAN, D. K. Predictable treatment for “Gummy Smiles” due to altered passive eruption. **Inside Dent**, [s. l.], v. 11, n. 7, p. 11-18, 2015. Disponível em: <https://insidedentistry.net/2015/07/predictable-treatment-for-gummy-smiles-due-to-altered-passive-eruption/>. Acesso em: 07 dez. 2024.
- CRUZ, G. S. *et al.* Os impactos da harmonização orofacial na odontologia: necessidade x vaidade. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais,

v. 4, n. 6, p. 26571-2680, 2021. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/40328/pdf>.
 Acesso em: 18 ago. 2024.

DAHER, J. C. *et al.* Complicações vasculares dos preenchimentos faciais com ácido hialurônico: confecção de protocolo de prevenção e tratamento. **Revista brasileira de cirurgia plástica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 2-7, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbcp/a/bH39HpzQWcSXQzXHdrpycKQ/?lang=pt>. Acesso em:
 15 mar. 2025.

DRESSLER, D. *et al.* Botulinum toxin: mechanisms of action. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, [s. l.], v. 63, n. 1, p. 180-185, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/anp/a/W8GxPmf8mkb7cz4tXb3bWMt/?lang=en>. Acesso em:
 10 jan. 2025.

DYM, H; PIERRE, R. Diagnosis and treatment approaches to a "gummy smile". **Dental Clinics**, Philadelphia, v. 64, n. 2, p. 341-349, 2020. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001185321930103X?via%3Dihub>. Acesso em: 15 nov. 2024.

ESPÍNDOLA, L. C. P. *et al.* Diagnóstico e técnicas de correção do sorriso gengival. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e45411226051-e45411226051, 2022. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26051/22746>. Acesso em: 18 ago. 2024.

FURLAN, A. C. S. **Uso da toxina botulínica para tratamento do sorriso gengival**. 2015. 58 p. Monografia (Graduação em Odontologia), Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Odontologia, Florianópolis, 2015. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/133517>. Acesso em: 10 jan. 2025.

GALDINO, D. A. *et al.* Correção do sorriso gengival através do aumento de coroa clínica usando a técnica flapless: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e10210512753-e10210512753, 2021. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12753/13197>. Acesso em: 03 fev. 2025.

KAR, M. *et al.* É possível definir os lábios ideais?. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, Pisa, v. 38, n. 1, p. 67, 2018. Disponível em:
<https://old.actaitalica.it/article/view/38>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MACEDO, A. C. V. B. de *et al.* O sorriso gengival-tratamento baseado na etiologia: uma revisão de literatura. **Periodontia**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 36-44, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707571>. Acesso em: 07 dez. 2024.

MAHARDAWI, Basileia; CHAISAMUT, Teeranut; WONGSIRICHAT, Natthamet. Sorriso gengival: uma revisão de etiologia, manifestações e tratamento. **Revista Médica Siriraj**, v. 2, pág. 168-174, 2019. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/331961722_Gummy_Smile_A_Review_of_

Etiology_Manifestations_and_Treatment. Acesso: 10 jan. 2025.

MARSON, F. C. *et al.* Análise da inter-relação entre estética periodontal e dentária. **Revista Dental Press de Estética**, [s. l.], v. 9, n. 2, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-857620>. Acesso em: 28 fev. 2025.

MEDEIROS, P. J. *et al.* Sorriso gengival: limitações e possibilidades da Cirurgia Ortognática. **Rev Clín Ortod Dental Press**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 76-87, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bbo-40938>. Acesso em: 16 nov. 2024.

MELO, L. de O. *et al.* Definições estéticas do sorriso harmônico. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 16, p. e127111638095, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38095/31475>. Acesso em: 29 ago. 2024.

NASCIMENTO, J. V. M. do *et al.* Prevalência do sorriso gengival e da posição da margem e zênite gengival entre universitários. **Revista da Faculdade Paulo Picanço**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://revista.facpp.edu.br/index.php/rfpp/article/view/10/19>. Acesso em: 03 mar. 2025.

OLIVEIRA, L. F. M. de *et al.* Diagnóstico e Terapêutica do Sorriso Gengival: Revisão da Literatura. **Id on Line. Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 16, n. 60, p. 662-671, 2022. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3450/5385>. Acesso em: 18 mar. 2025.

PEDRON, I. G. *et al.* A doença periodontal como fator etiopatogênico à hiperplasia gengival inflamatória. **Rev. odonto**, [s. l.], v. 17, n. 34, p. 76-81, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276378977_A_Doenca_Periodontal_como_Fator_Etiopatogenico_a_Hiperplasia_Gengival_Inflamatoria. Acesso em: 03 set. 2024.

PENTEADO, L. A. M. Gengivectomia e Gengivoplastia na Estética do Sorriso: Relato de caso. **Revista Incelências**, [s. l.], v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/inceleacias/article/view/386>. Acesso em: 03 nov. 2024.

SEIXAS, M. R. *et al.* Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press Journal of Orthodontics**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 131-157, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/Y7Fpn4YmNFDcgbJBWyyCXyK/?lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2024.

SILBERBERG, N. *et al.* Excessive gingival display--etiology, diagnosis, and treatment modalities. **Quintessence international**, Berlin, v. 40, n. 10, 2009. Disponível em: <https://www.quintessence-publishing.com/deu/en/article/840187>. Acesso em: 13 out. 2024.

SILVA, J. N. N. **Influência do afastamento labial na avaliação tomográfica dos tecidos ósseo e gengival da maxila anterior**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/161>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SOUSA, G. V. de *et al.* O sorriso gengival e o resgate da auto-estima mediante a odontologia estética: Revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. e24913-e24913, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/24913/14897>. Acesso em: 20 out. 2024.

TEDESCO, A. **Harmonização facial: a nova face da odontologia**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2019. p. 52-59

VASCONCELOS, S. C. B. *et al.* O uso do ácido hialurônico no rejuvenescimento facial. **Revista brasileira militar de ciências**, [s. l.], v. 6, n. 14, 2020. Disponível em: <https://rbmc.org.br/rbmc/article/view/28/24>. Acesso em: 15 mar. 2025.

XAVIER, I. *et al.* Retalho de reposição apical no tratamento de erupção passiva alterada: Caso Clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, [s. l.], v. 59, n. 2, p. 119-124, 2018. Disponível em: <https://revista.spemd.pt/article/1069>. Acesso em: 03 out. 2024.

ZIMIANI, G. de S. *et al.* Hiperplasia Gengival Induzida Por Medicamento: Relato De Caso. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 5, n.5,p.956-968,2023. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/644/809>. Acesso em: 03 out. 2024.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: **SORRISO GENGIVAL - MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA OBTENÇÃO DE UM RESULTADO IDEAL: RELATO DE CASO.**

Pesquisadores Responsáveis: **RAPHAELA CANUTO SILVA, NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA.**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: **CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS.** Telefones para contato: (85) 9.9900-3980 - (85)8643-4667.

CEP/Faculdade Christus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 – Fone: (85) 3265-6668.

Nome do voluntário: **LETÍCIA SHAYENE VIEIRA CAVALCANTE.**

Idade: **23 anos.**

R.G: **20081984230**

A Srta. **LETÍCIA SHAYENE VIEIRA CAVALCANTE** está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **SORRISO GENGIVAL - MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA OBTENÇÃO DE UM RESULTADO IDEAL: RELATO DE CASO**, de responsabilidade dos pesquisadores **RAPHAELA CANUTO SILVA** e **NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA**, a qual pretende relatar uma opção terapêutica para a correção do sorriso gengival com a associação de técnicas interdisciplinares: Cirurgia periodontal e Preenchimento labial. Esse estudo tem como relevância a abordagem interdisciplinar entre Periodontia e Harmonização Orofacial para correção do sorriso gengival e, conseqüente, melhora na autoestima da paciente. Sua participação é voluntária e se dará riscos por meio da cirurgia de Gengivectomia com osteotomia, e posteriormente, ao preenchimento labial com 1ml de Ácido Hialurônico. Os decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis complicações nos procedimentos referidos. Assim como em qualquer procedimento cirúrgico, a Gengivectomia pode estar associados aos principais riscos: Infecção trans e/ou pós cirúrgicas e edema pos operatório. O procedimento é contraindicado caso haja sinais de doença periodontal e possui a desvantagem de poder apresentar desconforto e sangramento pós-operatório. Todavia, o procedimento torna-se seguro seguindo as regras de biossegurança e aos princípios da cirurgia periodontal. Para o preenchimento labial, as maiores contraindicações para a realização de preenchimento facial são a presença de infecção ativa próxima (intraoral, envolvendo mucosas, dental ou até mesmo sinusite) ou no local da injeção, alergia ou hipersensibilidade ao material preenchedor. As adversidades com o uso de preenchedores de ácido hialurônico incluem edema, eritema, infecções, ativação herpética, nódulos, granulomas e conseqüentes danos/oclusões vasculares. Contudo, o conhecimento da anatomia local, o uso de técnicas prudentes e adequadas ao tipo de material usado, com injeção lenta

e livre de resistência, no local apropriado, podem evitar essas adversidades. Caso uma dessas vivências ocorram, a Srta. será devidamente tratada por responsabilidade do pesquisador até que sua saúde seja reestabelecida. Os resultados obtidos por essa pesquisa poderão contribuir para os avanços da correção do sorriso gengival. Se depois de consentir a sua participação a Srta. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, Srta. poderá entrar em contato com o pesquisador no seguinte endereço profissional: Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060, Bairro: Papicu; ou pelo telefone da Clínica: (085) 3265-8139.

Eu, Leticia Shayene Vieira Cavalcante,
RG nº 20081984290, declaro ter sido informado e concordo em
participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, 18 de setembro de 2024

Leticia Shayene Vieira

Nome e assinatura do paciente

Nicoley Costa

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

SOFIA RAQUEL BRAGA

Testemunha

Gabriela Ferreira de Souza

Testemunha

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM E DADOS**AUTORIZAÇÃO**

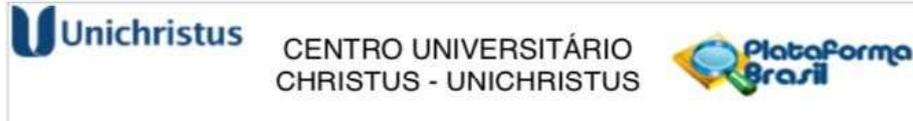
Após ter sido informado (a) sobre as características da pesquisa, AUTORIZO a realização dos questionários e fotos, e permito que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas e apresentados em congressos, desde que mantido o sigilo absoluto das nossas identidades.

Fortaleza, 16 de outubro de 2023

Leticia Shayene Vieira Cavalcante
Nome do Voluntário (a)

Leticia Shayene
Assinatura do Voluntário (a)

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

Continuação do Parecer: 7.277.191

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2426898.pdf	04/11/2024 21:14:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_plataforma_brasil.docx	04/11/2024 21:13:55	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/11/2024 21:09:45	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/10/2024 10:58:18	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	24/09/2024 20:34:59	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	24/09/2024 20:29:20	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/09/2024 20:28:30	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Dezembro de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br