

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Maryelle Lopes de Paula

**Análise das dimensões anatômicas faciais, periodontais e dentais da
Erupção Passiva Alterada tipo 1B: relato de caso com avaliação fotográfica,
clínica e tomográfica**

Governador Valadares

2022

Maryelle Lopes de Paula

**Análise das dimensões anatômicas faciais, periodontais e dentais da
Erupção Passiva Alterada tipo 1B: relato de caso com avaliação fotográfica,
clínica e tomográfica**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Emília Farias Pontes

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Francielle Silvestre Verner

Governador Valadares

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lopes de Paula, Maryelle.

Análise das dimensões anatômicas faciais, periodontais e dentais da Erupção Passiva Alterada tipo 1B : relato de caso com avaliação fotográfica, clínica e tomográfica / Maryelle Lopes de Paula. -- 2022. 41 f. : il.

Orientador: Ana Emília Farias Pontes

Coorientador: Francielle Silvestre Verner

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2022.

1. Cefalometria. 2. Erupção dentária. 3. Face. 4. Gengivoplastia. 5. Tomografia. I. Farias Pontes, Ana Emília, orient. II. Silvestre Verner, Francielle, coorient. III. Título.

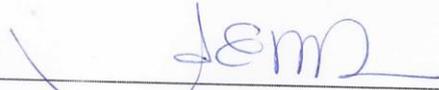
Maryelle Lopes de Paula

Análise das dimensões anatômicas faciais, periodontais e dentais da Erupção Passiva Alterada tipo 1B: relato de caso com avaliação fotográfica, clínica e tomográfica

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em 15 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA



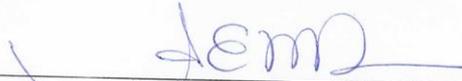
Prof.ª Dr.ª Ana Emília Farias Pontes – Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares



Prof.ª Dr.ª Larissa de Oliveira Reis

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares



Prof. Dr. Rogério Lacerda dos Santos

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, o autor da minha vida e da minha história, que sempre me amparou nos momentos de dificuldade, à minha família pelo apoio e confiança depositados em mim ao longo dessa caminhada, e aos professores pelos ensinamentos repassados durante a graduação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que me deu o dom da vida, me deu coragem, oportunidade e força de vontade para superar todos os desafios e obstáculos enfrentados no curso.

Agradeço imensamente à minha orientadora Prof.^a Ana Emília Farias Pontes, pela paciência, dedicação, suporte e ensinamentos ao longo da elaboração desse trabalho.

Agradeço à minha coorientadora Prof.^a Francielle Silvestre Verner, pela contribuição e pelo apoio para fazer com que esse estudo desse certo.

A todos aqueles que contribuíram e que ajudaram, de alguma forma, para a realização desse trabalho e que participaram do desenvolvimento da pesquisa, tornando esse momento mais leve e enriquecendo o meu aprendizado.

Às amigas feitas ao longo do curso, que sempre me incentivaram, me deram força e me apoiaram durante a caminhada.

À Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF-GV), na pessoa do Diretor do Instituto de Ciências da Vida, Prof. Dr. Leandro de Moraes Cardoso, por ter permitido o desenvolvimento desta pesquisa em suas instalações.

Ao Departamento de Odontologia da UFJF-GV, na pessoa da Chefe de Departamento Prof.^a Dr.^a Carla de Souza Oliveira, e do coordenador de Curso Prof. Dr. Cleverton Corrêa Rabelo, pelo suporte à realização desta pesquisa.

A todos que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

A avaliação da anatomia facial pode trazer importantes informações no processo de diagnóstico e definição do plano de tratamento de pacientes com Erupção Passiva Alterada (EPA). O objetivo deste estudo foi relatar o caso clínico de uma paciente com EPA em que foram analisadas as dimensões anatômicas faciais, periodontais e dentais, por meio de avaliação fotográfica, clínica e tomográfica. Paciente de 30 anos, sexo feminino, procurou atendimento com queixa de exposição gengival excessiva ao sorrir. Na análise facial, constatou-se que os terços superior e médio se encontravam bem distribuídos, porém o terço inferior estava aumentado. O comprimento do lábio superior em repouso foi considerado médio (21,4 mm), o espaço interlabial em repouso estava aumentado (3,8 mm), a discrepância entre o comprimento do lábio em repouso e sorriso também estava aumentada (9,8 mm). Na análise periodontal dos dentes 13 a 23, constatou-se que os índices de placa, de sangramento gengival, e sangramento à sondagem estavam abaixo de 10%; a profundidade de sondagem variou entre 2 a 3 mm, a faixa de gengiva queratinizada era ampla, e o fenótipo gengival e periodontal foram classificados como espessos. Na análise dental, observou-se que as coroas clínicas eram curtas (8 a 10 mm), e a distância da junção cimento-esmalte à crista óssea era reduzida (1,15 a 1,64 mm). No presente caso de Erupção Passiva Alterada tipo 1B, foram também diagnosticados alongamento do terço inferior da face, falta de selamento labial, sorriso gengival e hiperatividade labial.

Palavras-chave: Cefalometria. Erupção dentária. Face. Gengivoplastia. Osteotomia. Tomografia.

ABSTRACT

The evaluation of the facial anatomy can provide important information in the process of diagnosing and defining the treatment plan for patients with Altered Passive Eruption (APE). The objective of this study was to report the clinical case of a patient with APE in which the facial, periodontal and dental anatomical dimensions were analyzed through photographic, clinical and tomographic evaluation. A 30-year-old female patient sought care complaining of excessive gingival display when smiling. In facial analysis, it was found that the upper and middle thirds were well distributed, but the lower third was enlarged. The length of the upper lip at rest was considered medium (21.4 mm), the interlabial space at rest was increased (3.8 mm), the discrepancy between the length of the lip at rest and smile was also increased (9.8 mm). In the periodontal analysis of teeth 13 to 23, it was found that the rates of plaque, gingival bleeding, and bleeding on probing were below 10%; the probing depth ranged from 2 to 3 mm, the range of keratinized gingiva was wide, and the gingival and periodontal phenotype were classified as thick. In the dental analysis, it was observed that the clinical crowns were short (8 to 10 mm), and the distance from the cemento-enamel junction to the bone crest was reduced (1.15 to 1.64 mm). In the present case of Altered Passive Eruption type 1B, elongation of the lower third of the face, gummy smile, lip hyperactivity were also diagnosed.

Keywords: Cephalometry. Face. Gingivoplasty. Osteotomy. Tomography. Tooth Eruption.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CO- Crista Óssea

EPA- Erupção Passiva Alterada

IP- Índice de Placa

ISG- Índice de Sangramento Gengival

ISS- Índice de Sangramento à sondagem

MG- Margem Gengival

NIC- Nível de Inserção Clínica

PS- Profundidade de Sondagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 RELATO DE CASO CLÍNICO	13
2.1 ANÁLISE FOTOGRÁFICA	13
2.2 ANÁLISE CLÍNICA	19
2.3 ANÁLISE TOMOGRÁFICA.....	22
2.4 DIAGNÓSTICO	25
2.4.1 Padrão facial classe II	25
2.4.2 Crescimento Vertical Excessivo da Maxila Anterior / Dolicofacial ...	26
2.4.3 Sorriso Gengival.....	26
2.4.4 Lábio Superior de comprimento médio / falta de selamento labial ..	26
2.4.5 Hiperatividade do Lábio Superior	27
2.4.6 Fenótipo gengival espesso	27
2.4.7 Fenótipo periodontal espesso	27
2.4.8 Erupção Passiva Alterada tipo 1B	28
2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
3 DISCUSSÃO	29
4 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa. .	38
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	41

1 INTRODUÇÃO

A análise facial permite identificar as características gerais e específicas do indivíduo, sendo uma importante ferramenta na Odontologia, particularmente na Ortodontia, Cirurgia e Harmonização Orofacial. Embora não seja usual, parece plausível também que a análise de imagens da face traga informações relevantes para a Periodontia, afinal, tanto a exposição gengival durante o sorriso, quanto o contorno da maxila anterior podem afetar o paciente. Então, o reconhecimento dessas desarmonias anatômicas de tecidos moles e duros traz novos elementos para o diagnóstico, permitindo que o plano de tratamento seja traçado de forma mais eficiente (JORGENSEN; NOWZARI, 2001).

O sorriso esteticamente agradável, por exemplo, revela proporcionalidade entre a disposição dos lábios, dentes e gengiva. Neste senso, indivíduos com exposição gengival excessiva, também conhecida como “sorriso gengival” podem ter seu diagnóstico facilitado, considerando a variedade de etiologias descritas, que incluem: crescimento gengival, crescimento vertical excessivo da maxila anterior, extrusão dento-alveolar anterior, lábio curto, hiperatividade do lábio superior, erupção passiva alterada (EPA), e suas várias combinações (SILBERBERG et al., 2009). Enquanto as demais envolvem alterações nas dimensões anatômicas dos tecidos moles e duros da face, o crescimento gengival e a EPA são incluídos entre as deformidades mucogengivais descritas na classificação das doenças periodontais (CATON et al., 2018; CORTELLINI; BISSADA, 2018).

O crescimento vertical excessivo da maxila anterior e a extrusão dentoalveolar são desordens esquelética que promovem o distanciamento do dente à base óssea da maxila. A extrusão está associada a desgaste dental na incisal, que provoca uma sobreerupção compensatória ou mordida profunda e uma discrepância entre o plano oclusal no segmento anterior em comparação com o posterior (SILBERBERG et al., 2009). Já o crescimento vertical excessivo da maxila anterior, ocorre de forma generalizada, levando ao aumento do terço inferior da face, que pode comprometer o selamento labial, levando à ampla exposição da coroa dos dentes anteriores mesmo com o paciente em repouso, padrão facial dolicocefálico, caracterizado por uma face alongada, pela

direção de crescimento vertical maior do que a horizontal. Com isso, o indivíduo adquire uma face comprida e estreita, com mandíbula pouco marcada. O tratamento dessas condições, frequentemente envolve terapia ortodôntica e cirurgia periodontal e ortognática, a depender do grau de acometimento (GARBER; SALAMA, 1996).

Por sua vez, tanto o lábio curto quanto a hiperatividade do lábio superior são alterações que acometem os tecidos moles da face. Primeiro, nos casos de lábio curto, particularmente naqueles associados a incompetência labial, os recursos terapêuticos visam melhorar a harmonia facial e dentoalveolar, por meio de dispositivos ortodônticos, ou cirurgia, seja para correção de micrognatia ou outros diagnósticos, como excesso gengival (SMATT, 1991). Segundo, diante da hiperatividade do lábio o tratamento gira em torno da diminuição da ampla atividade muscular, por meio da aplicação de toxina botulínica, cirurgia de reposição do lábio, ou ressecção muscular cirúrgica (ANDIJANI; TATAKIS, 2019).

O crescimento excessivo da gengiva se dá por aumento do volume de tecido mole, e pode ser idiopático ou decorrente de uso de substâncias como antiepiléticos, bloqueadores de canais de cálcio, imunoreguladores, e altas doses de contraceptivos (MURAKAMI et al., 2018). Por outro lado, a EPA é uma alteração de desenvolvimento que acomete a fase passiva da erupção dental, na qual os tecidos gengivais não migram apicalmente de forma adequada e persistem recobrando grande parte da coroa clínica, tornando-a curta e quadrada. A classificação é feita, conforme descrito por Coslet et al. (1977) em dois tipos: tipo 1 com a faixa de gengiva queratinizada ampla, e tipo 2 com faixa de gengiva queratinizada estreita. Subtipo A se aplica a uma distância da junção cimento-esmalte (JCE) à crista óssea (CO) de 1,5 a 2 mm, e o subtipo B quando a CO está ao nível ou próxima da JCE. Sua classificação é determinante para a tomada de decisão cirúrgica, quanto ao tipo de retalho elevado, e a necessidade ou não de desgaste ósseo.

Outra ferramenta que tem se mostrado importante no diagnóstico periodontal é a análise tomográfica. Por meio da tomografia é possível identificar a posição e dimensão dos tecidos dentais e periodontais e suas relações com a JCE e a CO. Assim, somando as análises dental, periodontal e facial é possível estabelecer um tratamento integrado para o paciente com EPA, contudo os

estudos que abordam este assunto são escassos. Sendo assim, justifica-se o desenvolvimento do presente estudo, desenhado com o objetivo de relatar o caso clínico de uma paciente com EPA em que foram analisadas, com base em critérios descritos na literatura, as dimensões anatômicas faciais, periodontais e dentais, por meio de avaliação fotográfica, clínica e tomográfica.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

O presente estudo foi observacional e descritivo, do tipo relato de caso enfocando o processo de diagnóstico. A paciente de 30 anos, sexo feminino, leucoderma, com histórico de uso de aparelho ortodôntico, residente na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais, procurou o atendimento do projeto de extensão “Correção de Deformidades Mucogengivais” do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF- GV).

A queixa principal referia-se à “exposição da gengiva quando estava sorrindo”. Foi realizada anamnese, fotografias faciais e intra-orais, e exame clínico. Com base na avaliação dos dados coletados, chegou-se à conclusão de que a paciente apresentava EPA tipo 1B, sendo indicada cirurgia periodontal, para a qual foi encaminhada. A paciente foi convidada, e aceitou participar da pesquisa “Cirurgia plástica periodontal em pacientes com Erupção Passiva Alterada: série de casos”, que foi planejada em acordo com as normas de desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, conforme estabelecido na resolução nº. 466/12, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo parecer 3.134.154/2019 CAAE: 04179318.4.0000.5147 (Anexo A). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi assinado.

2.1 ANÁLISE FOTOGRÁFICA

A análise facial fotográfica foi realizada com o intuito de auxiliar o processo de diagnóstico e avaliação da harmonia facial. Para tanto foram usadas fotografias da paciente em vista frontal e lateral, de forma estática e dinâmica, traçando pontos, linhas e ângulos de referência (CHICHE; PINAULT, 1988; COLOMBO et al., 2004a; COLOMBO et al., 2004b, SEIXAS et al., 2011). Para tal, foram usados os programas de computador Canva (Sydney, Austrália) e ImageJ (NIH, Bethesda, EUA) considerando os seguintes parâmetros (Fig. 1 a 3):

- (1) Linha mediana da face: linha que passa pelo triquião, glabella,

subnasal e mento;

(2) Linha ofríaca: linha que passa acima das sobrancelhas;

(3) Linha bipupilar: linha que passa no centro das pupilas;

(4) Linha internalar: linha que passa abaixo do nariz;

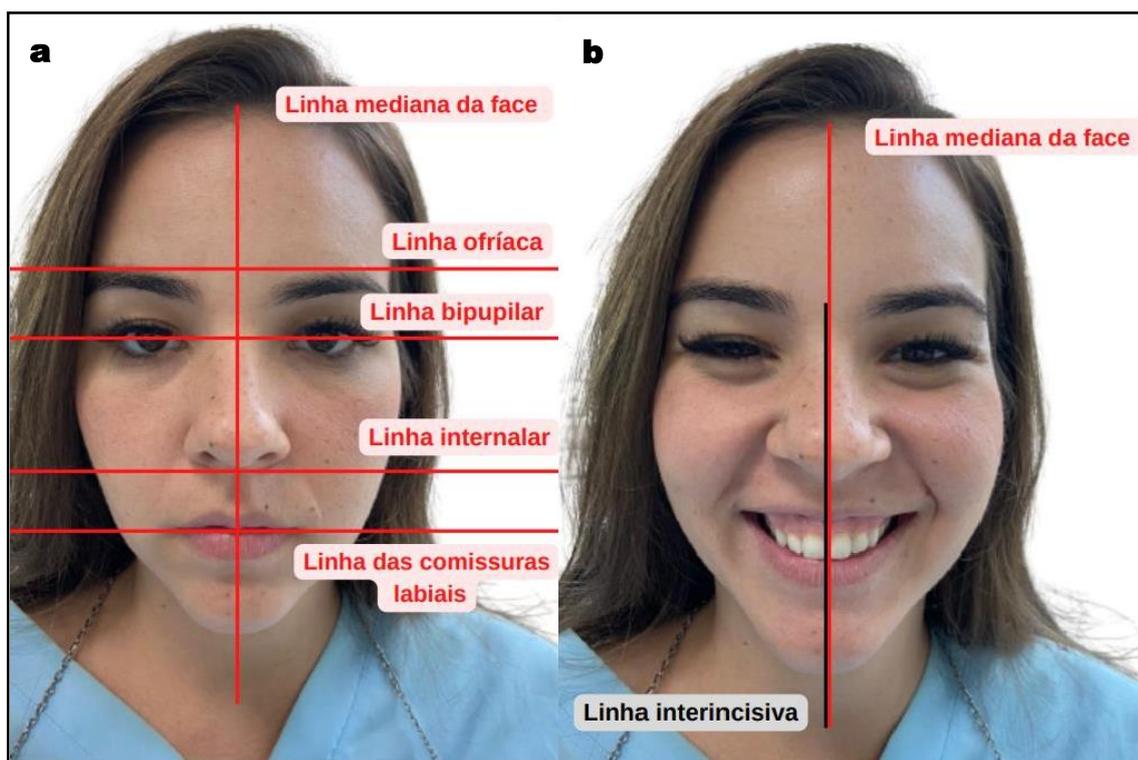
(5) Linha das comissuras labiais: linha que passa entre as comissuras;

(6) Linha interincisiva: linha que passa entre os incisivos centrais superiores;

(7) Linha vertical: Linha traçada da glabella ao mento para avaliar o ângulo de contorno facial na norma lateral;

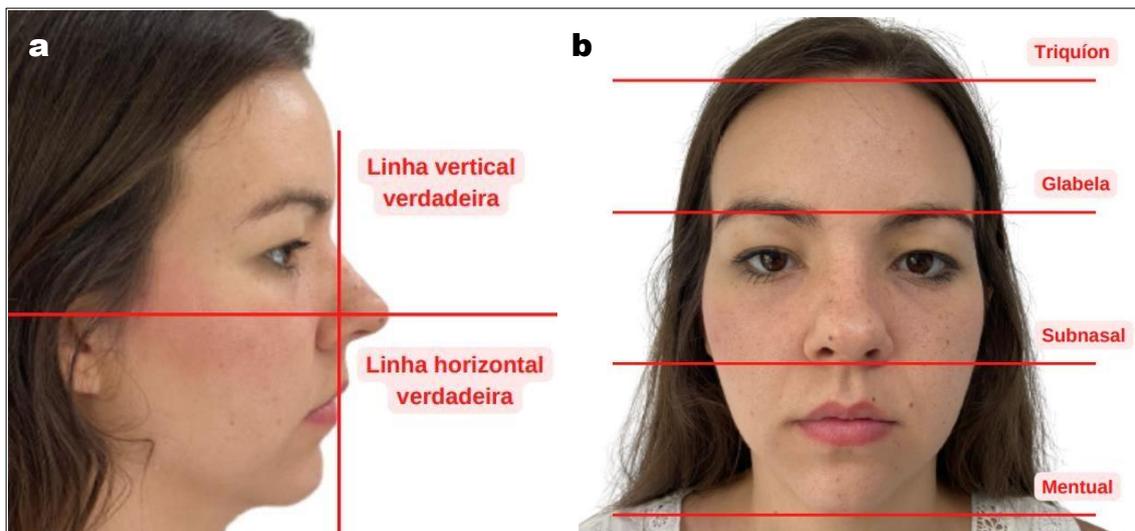
(8) Linhas horizontais no tríquion, glabella, subnasal e mental, que servem para delimitar os terços faciais;

Figura 1- Traçado de linhas faciais em com a paciente (a) séria e (b) sorrindo.



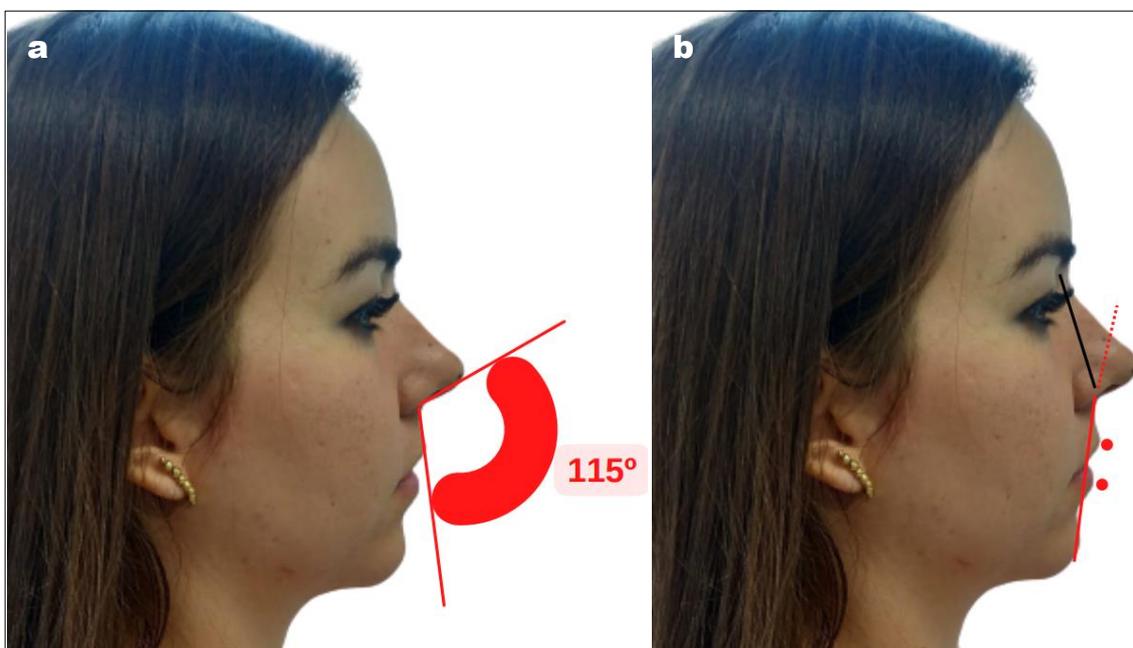
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Figura 2 – Traçado de linhas faciais em vista de (a) perfil e (b) frontal.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Figura 3- Traçado de linhas faciais em perfil para avaliação do (a) ângulo nasolabial e (b) da proporcionalidade labial usando o traçado que passa pelo ponto subnasal ao pogônio mole.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

As seguintes medidas foram aferidas usando um paquímetro digital (Fig. 4 a 6):

- (1) Comprimento da face, avaliada do Násio ao Mento;
- (2) Largura da face, avaliada do Zígio direito ao esquerdo;
- (3) Altura do terço superior, medida do ponto Tríquion à Glabela;
- (4) Altura do terço médio, medida da Glabela ao ponto Subnasal;
- (5) Altura do terço inferior, medida do ponto Subnasal ao Mentoniano;
- (6) Comprimento do lábio superior, medido do ponto Subnasal ao Estômio, avaliada com o lábio selado ou em repouso, em repouso ou sorriso;
- (7) Espaço interlabial em repouso;
- (8) Altura da comissura labial, medindo da linha Internalar à comissura; e
- (9) Ângulo nasolabial.

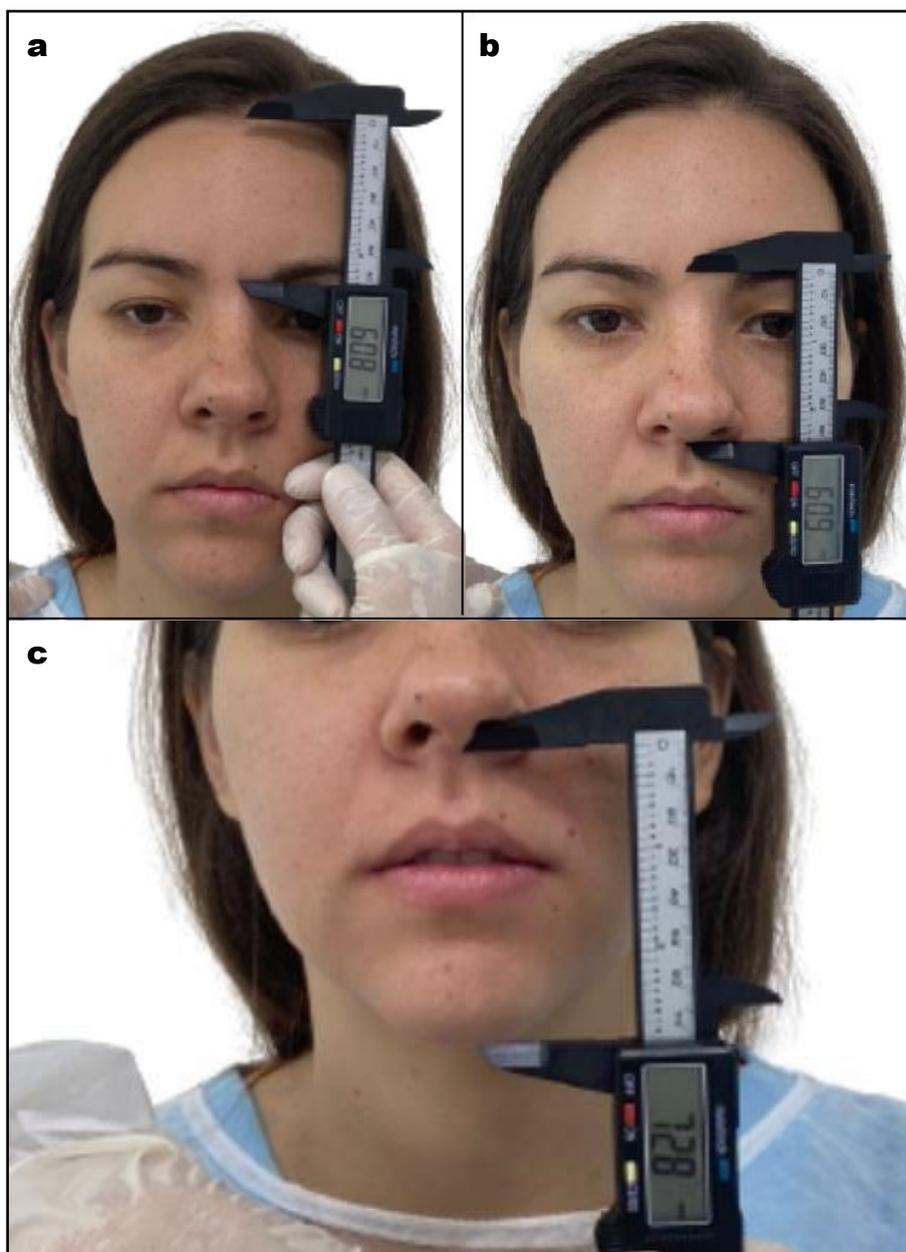
Adicionalmente, a proporção facial foi calculada pela altura facial multiplicada por 100 e dividida pela largura bizigomática. Dados coletados são apresentados na Tabela 1.

Figura 4- Medida do (a) comprimento e (b) largura da face.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Figura 5- Medida dos terços faciais (a) superior, (b) médio e (c) inferior.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Figura 6- Medida com paquímetro digital do (a,b) comprimento do lábio e das comissuras labiais com lábio selado e (c,d) em repouço, (e) ao sorrir, e a medida do (f) espaço interlabial.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Tabela 1 - Dados referentes à Análise Fotográfica.

Parâmetro	Valor
Comprimento da face	121,1 mm
Largura da face	121,0 mm
Índice facial	100 mm
Altura do terço superior	60,8 mm
Altura do terço médio	60,9 mm
Altura do terço inferior	72,8 mm
Comprimento do lábio selado	24,4 mm
Comprimento do lábio em repouso	21,4 mm
Comprimento do lábio ao sorriso	14,6 mm
Espaço interlabial em repouso	3,8 mm
Discrepância do comprimento do lábio (repouso x sorriso)	9,8 mm
Altura da comissura labial direita	26,4 mm
Altura da comissura labial esquerda	25,1 mm
Ângulo nasolabial	115°

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

2.2 ANÁLISE CLÍNICA

O exame clínico intrabucal foi realizado considerando os seguintes parâmetros correspondentes aos dentes 13 a 23:

(1) Altura da coroa clínica (Fig. 7), medida vertical realizada no centro da coroa, entre a borda incisal e a margem gengival;

(2) Largura da coroa clínica, medida horizontal da maior dimensão coroa;

(3) Faixa de Gengiva queratinizada, medida vertical realizada na área correspondente ao centro da coroa, entre a margem gengival e a linha mucogengival;

(4) Fenótipo Gengival, avaliada usando uma sonda periodontal que foi inserida no sulco no sítio vestibular. Por transparência tecidual, se a sonda fosse visível, o fenótipo gengiva foi classificada como fino, e se não fosse visível, foi classificado como espesso (KAN et al., 2010); e

(5) Desgaste dental por sextante, foi classificado em: nenhuma perda, perda inicial da textura, perda do tecido com menos de 50% da área desuperfície em dentina, perda do tecido com mais de 50% da área de superfície em dentina (BARTLETT et al., 2008).

Além disso, foi calculada a proporção da largura/altura da coroa clínica. A sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy, EUA) foi usada para avaliar a altura e largura da coroa clínica, faixa de gengiva queratinizada e do fenótipo gengival. As avaliações da gengiva queratinizada e do fenótipo foram feitas na posição mais vestibular. Os dados numéricos coletados são apresentados na Tabela 2.

Figura 7 – Aspecto clínico intra-oral na avaliação da altura da coroa clínica, em vista (a) frontal, (b) perfil direito e (c) esquerdo.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 2 – Dados coletados ao exame clínico intrabucal.

Parâmetro	Dente						Média ± DP
	13	12	11	21	22	23	
Altura da coroa clínica (mm)	8,0	8,0	10,0	9,0	8,0	9,0	8,7 ± 0,7
Largura da coroa clínica (mm)	8,0	8,0	9,0	9,0	7,5	7,5	8,2 ± 0,7
Proporção largura/altura	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	0,8	0,9 ± 0,1
Gengiva queratinizada (mm)	10,0	9,0	6,0	8,0	10,0	9,0	8,7 ± 1,5

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

2.3 ANÁLISE TOMOGRÁFICA

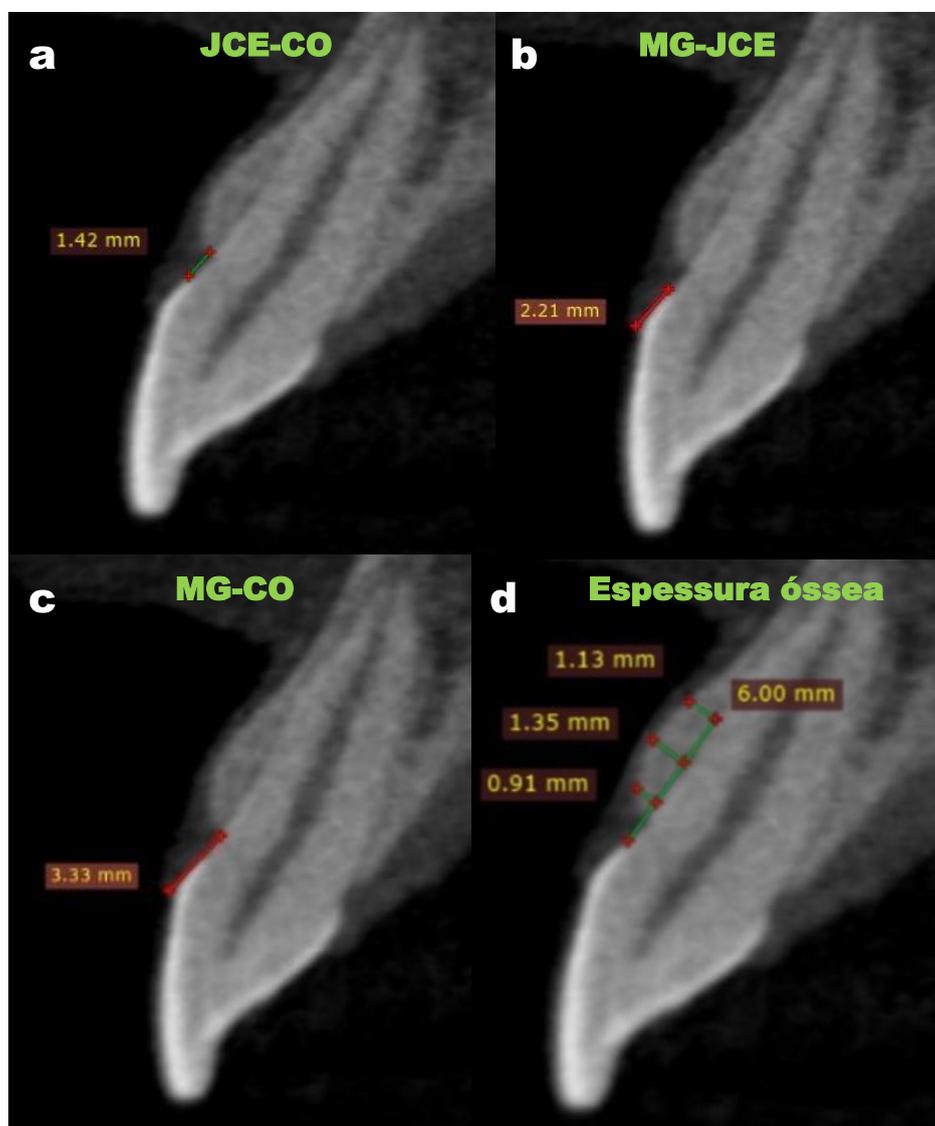
Para complementar o diagnóstico de EPA, é necessário a aquisição tomográfica da Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), por ser um exame no qual é possível analisar de forma mais detalhada e tridimensional os tecidos duros e moles. Dessa forma, foi solicitado à paciente que realizasse o exame de TCFC do tipo cone beam, na região de maxila, com o uso de afastador labial do tipo expandex para melhor visualização dos tecidos e diagnóstico de EPA. A paciente foi submetida ao exame de TCFC, através do aparelho tomógrafo de Cone Beam, que apresenta um feixe cônico de radiação e um receptor, que giram em 360° na região de interesse, formando cortes axiais, coronais e sagitais. Os parâmetros técnicos responsáveis pela aquisição em TCFC são o campo de visão, tamanho do voxel, tempo de exposição e miliamperagem. A análise tomográfica foi realizada por meio de um arquivo DICOM, através do software RadiAnt DICOM Viewer (Medixant, Posnânia, Polônia). Os parâmetros analisados na tomografia foram (Fig. 8):

- (1) Distância da JCE à CO (Fig. 9);
- (2) Distância da Margem Gengival (MG) à CO;

- (3) Distância da MG à JCE; e
- (4) Espessura da tábua óssea vestibular 1 mm, 2 mm, 4 mm, e 6 mm apical à JCE.

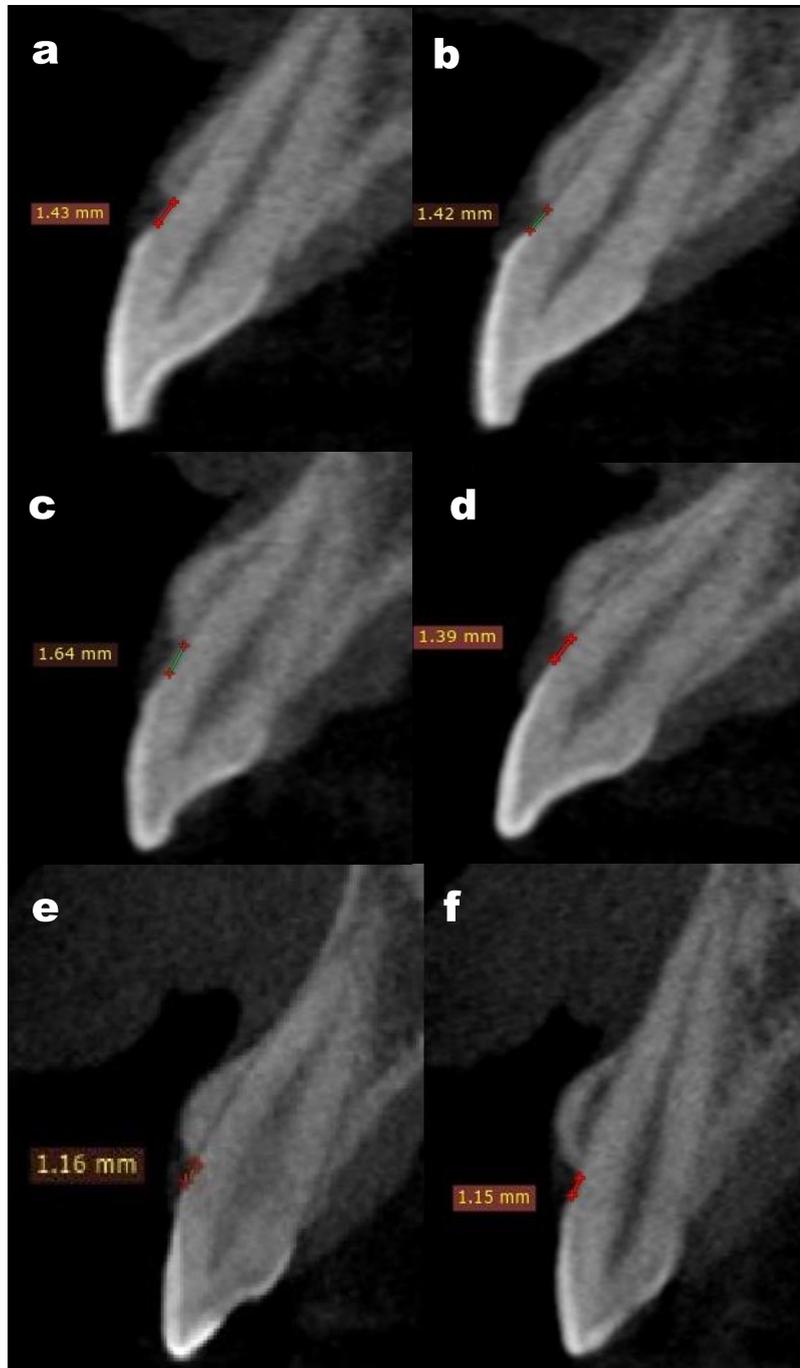
Os resultados são apresentados na Tabela 3.

Figura 8 – Reconstruções parassagitais de TCFC do dente 21 da paciente, representando as medidas (a) da Junção Cimento-Esmalte à Crista Óssea (JCE-CO), (b) da Margem Gengival à Junção Cemento-Esmalte (MG-JCE), (c) Margem gengival à Crista Óssea (MG-CO), e (d) espessura da tábua óssea vestibular 1 mm, 2 mm, 4 mm e 6 mm apical à Junção Cemento-Esmalte.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Figura 9- Imagens tomográficas com medida da JCE-CO nos dentes (a) 11, (b) 21, (c) 12, (d) 22, (e) 13 e (f) 23. As medidas obtidas classificam a paciente no subtipo B de EPA.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 3- Medidas (em milímetro) da Análise Tomográfica.

Parâmetro		Dente					Média	
		13	12	11	21	22		23
Coroa anatômica		9,71	9,33	10,5	10,5	9,88	9,95	9,98 ± 0,42
JCE-CO		1,16	1,64	1,43	1,42	1,39	1,15	1,36 ± 0,17
MG-JCE		1,01	1,95	1,20	2,21	2,64	1,90	1,82 ± 0,56
MG-CO		2,58	3,32	1,89	3,33	3,55	3,18	2,98± 0,57
Espessura óssea (JCE como referência)	1 mm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 ± 0,00
	2 mm	1,52	0,98	0,89	0,91	1,21	1,52	1,17 ± 0,27
	4 mm	2,51	2,11	1,34	1,35	2,15	2,07	1,92 ± 0,43
	6 mm	2,31	1,56	1,03	1,13	1,74	1,55	1,55 ± 0,42

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

2.4 DIAGNÓSTICO

Com base nos dados coletados foram conferidos os diagnósticos que se seguem.

2.4.1 Padrão facial classe II

As linhas ofríaca, internalar e da comissura labial traçadas na fotografia da paciente foram paralelas entre si. A linha interincisiva apresenta leve desvio com relação a linha mediana da face. Em uma vista lateral, traçando a linha horizontal verdadeira do tragus à ponta do nariz e uma linha vertical verdadeira perpendicular a essa, passando pelo ponto da glabella e mento, foi possível analisar o ângulo de contorno facial, e assim classificá-la em padrão II (RINO NETO et al., 2003).

Traçando a linha labial numa norma lateral, o lábio superior tem

levemente um menor volume que o lábio inferior, conferindo à paciente desproporcionalidade labial na norma lateral, pois segundo Dias et al. (2020) o lábio superior deve-se projetar 1,3 mm a mais que o inferior. Analisando o ângulo nasolabial da paciente, foi possível perceber um aumento do mesmo, uma vez que o padrão normal é até 110° segundo a análise facial de McNamara (1984) e na paciente constatou-se um ângulo de 115° . Esse aumento pode ser causado por espessura do lábio superior, retração labial ou projeção do nariz, assim como seu tamanho e inclinação (ALMEIDA et al., 2008).

2.4.2 Crescimento Vertical Excessivo da Maxila Anterior / Dolicofacial

A paciente foi classificada como dolicofacial, posto que o valor do índice facial (100 mm) foi maior que a referência (90,0 mm) citada por Colombo et al. (2004a). Os terços faciais superior (60,8 mm) e médio (60,9 mm) eram proporcionais, porém o terço inferior (72,8 mm) apresentava-se aumentado. Além disso, diagnóstico sugestivo de Crescimento Vertical Excessivo da Maxila Anterior foi conferido com base na informação de que a face é alongada, e a distância interlabial em repouso (3,8 mm) ser maior que o valor de referência (3,0 mm) citado por Seixas et al. (2011). O traçado cefalométrico pode confirmar tal hipótese diagnóstica.

2.4.3 Sorriso Gengival

A exposição gengival ao sorriso maior que 3 mm levou ao diagnóstico de sorriso gengival (ALLEN, 1988).

2.4.4 Lábio Superior de comprimento médio / falta de selamento labial

O lábio da paciente mediu 24,4 mm quando forçadamente selado; e 21,4 mm com a paciente em repouso, sem os lábios selados. Essa última medida, feita com os músculos periorais relaxados, e os dentes fora de oclusão, foi usada para aplicar a classificação de Ahmad (2005), que considerou lábio curto (10 a 15 mm), médio (16 a 25 mm), ou longo (26 a 36 mm). Assim sendo, a paciente

do relato em questão foi classificada como lábios de comprimento médio.

Sob outro ponto de vista, a falta de selamento labial pôde ser diagnosticada pela própria inspeção visual; pela medida do espaço interlabial em repouso (3,8 mm); e pela observação da discrepância entre as medidas da altura do lábio em repouso (21,4 mm) e da altura das comissuras labiais (que variaram de 25,1 a 26,4 mm, do lado direito e esquerdo, respectivamente) (SEIXAS et al., 2011).

2.4.5 Hiperatividade do Lábio Superior

A discrepância entre o comprimento do lábio superior em repouso e durante o sorriso (9,8 mm) foi considerada como referência para fechar o diagnóstico de hiperatividade do lábio superior, visto que o valor de referência para normalidade está entre 6 e 8 mm (SEIXAS et al., 2011).

2.4.6 Fenótipo gengival espesso

O fenótipo gengival foi classificado como espesso (KAN et al., 2010).

2.4.7 Fenótipo periodontal espesso

Na análise tomográfica, constatou-se que a espessura da tábua óssea era aumentada na vestibular nos dentes 13 ao 23, tendo sido inclusive identificada a presença de osso medular. Segundo Maynard e Wilson (1980), existem IV tipos de classificação para espessura do periodonto (tecido mole e duro). Sendo o tipo I classificado como largura da gengiva queratinizada de 3 a 5 mm e gengiva espessa com osso espesso à palpação; já o tipo II a largura da faixa queratinizada é menor que 2 mm e a gengiva é fina com osso espesso; o tipo III tem gengiva queratinizada de 3 a 5 mm com gengiva espessa, porém o osso alveolar é fino e o tipo IV tem largura de gengiva queratinizada menor que 2 mm com gengiva fina, porém com osso alveolar fino. Segundo a classificação de Maynard e Wilson (1980), a paciente apresenta osso espesso à palpação e largura da gengiva queratinizada de 3 a 5 mm e gengiva espessa, sendo

classificada como tipo I.

2.4.8 Erupção Passiva Alterada tipo 1B

O processo de diagnóstico inclui exame clínico intrabucal, para medir altura e largura da coroa clínica, avaliar o padrão de desgaste das incisais, o estado de saúde gengival e suas dimensões, com profundidade de sondagem, faixa de gengiva queratinizada e distância JCE-CO (COSLET, 1977).

Clinicamente, observou-se que as coroas clínicas eram curtas (variando entre 8 e 10 mm), com aspecto quadrado, com a proporção largura/altura de $0,9 \pm 0,1$ mm, e com leve desgaste nas incisais podendo ser classificada em Escore 1 de desgaste dental, com perda inicial da textura de superfície (BARTLETT et al., 2008). Na tomografia, observou-se que havia o recobrimento de gengiva sobre a estrutura dentária e que a distância da JCE-CO estava reduzida, com variações entre 1,15 e 1,64 mm.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A calibração dos avaliadores foi realizada por meio de um programa específico (Jamovi, Sydney, Austrália). Tendo sido inicialmente usado o teste de normalidade Shapiro-Wilk. O avaliador (M. L. P.) foi treinado e calibrado com relação à distância da JCE-CO e espessura da tábua óssea vestibular. Para isto, foram realizadas três medidas de cada parâmetro, e foram calculadas médias destas triplicatas. Depois de três dias, as medidas foram refeitas e calculadas novas médias. Os valores obtidos de reprodutibilidade das medidas tomográficas foram os seguintes: considerando a JCE-CO, o erro-padrão foi de 0,015 mm, e a correlação de Pearson foi de 0,998; quanto à espessura da tábua óssea 2 mm apical à JCE, o erro-padrão foi de 0,017 mm e a correlação de Pearson foi de 0,999; 4 mm apical à JCE, com erro-padrão de 0,024 mm e correlação de Pearson de 0,999; e 6 mm apical à JCE, com erro-padrão de 0,033 mm e correlação de Pearson de 0,998).

3 DISCUSSÃO

O sorriso antiestético é uma queixa estética comum na prática clínica, sendo que o diagnóstico e plano de tratamento podem ser multidisciplinares, na busca por resultados mais efetivos (SILVA et al., 2017). A análise facial tem se revelado como uma ferramenta de extrema importância no diagnóstico e plano de tratamento do sorriso gengival. Com uma avaliação frontal e lateral de maneira estática e dinâmica foi possível observar as características estéticas do paciente como um todo, que de uma forma geral, deve apresentar harmonia facial, simetria bilateral, proporcionalidade horizontal e vertical e equilíbrio entre os terços faciais.

A proporção facial deve estar entre 75% a 80%; a linha mediana da face e linha média dentária devem ser coincidentes ao traçar uma linha do triquion ao mento. Linhas bipupilar, internalar, ofríaca e linha das comissuras labiais devem estar paralelas entre si para que haja uma harmonia facial. O traçado da linha mediana da face e da linha bipupilar deve formar um ângulo de 90°. A linha horizontal verdadeira é feita de uma forma que gire a fotografia até que a linha esteja passando pelo tragus e ponta do nariz. Essa será considerada a posição natural da cabeça. Em seguida, se faz uma linha perpendicular a horizontal verdadeira e essa será a vertical verdadeira, que deve passar pelo ponto glabella (RINO NETO et al., 2003). Essas linhas, horizontal e vertical verdadeira determinam o padrão facial I, II e III. Os terços faciais (superior, médio e inferior) podem ser observados traçando linhas horizontais no tríquion, glabella, subnasal e mentual. Essas linhas devem ter proporcionalidade entre si, ou seja, apresentarem aproximadamente o mesmo tamanho. O perfil facial, deve ser observado numa vista lateral, traçando uma linha vertical da glabella ao mento. É possível observar se o paciente apresenta um perfil reto, côncavo ou convexo e assim consegue-se classificar como padrão I, II, III. Em um paciente com perfil reto tem-se um ângulo de 170°, em um paciente com perfil convexo, esse ângulo é reduzido, já um perfil côncavo obtém medidas superiores a 180° (FREITAS, 2007).

Em indivíduos com EPA, as coroas dos dentes anteriores apresentam-se encurtadas. A análise labial vista frontal e lateral permite observar o

comprimento, ângulo nasolabial, comissuras labiais, filtro e proporcionalidade labial. As medidas de referência do comprimento labial variam, tendo sido descrito um valor médio para o lábio superior de 24 mm para o sexo masculino, e 20 mm para o sexo feminino. Segundo Suguino et al. (1996), o comprimento do lábio superior no adulto mede de 19 a 22 mm, sendo as medidas maiores para o sexo masculino. Cattoni (2003) aponta que, no adulto, o lábio superior varia entre 21,2 e 26 mm para os homens e 17 a 23 mm para as mulheres. No caso clínico em questão, a paciente apresentou medida de 24,4 mm com lábio selado e 21,4 mm com lábio em repouso sem selamento, o que de acordo com Seixas et al. (2011) a caracteriza como comprimento labial de tamanho médio. Numa vista lateral do lábio, se uma linha reta é traçada do subnásio ao pogônio (ponto mais anterior do queixo na vista lateral), o lábio superior deve projetar-se 3,5 mm anterior à linha, e o lábio inferior deve projetar-se 2,2 mm; o lábio superior deve projetar-se aproximadamente 1,3 mm a mais que o lábio inferior, já na paciente deste relato de caso o lábio inferior que se projeta a frente do superior, conferindo à paciente uma desproporcionalidade labial na norma lateral (DIAS et al., 2020).

A paciente do presente caso clínico, apresenta os terços da face bem distribuídos, sendo o terço inferior aumentado com relação aos demais terços. Além disso, a mesma apresenta um perfil levemente convexo, linha queixo-pescoço curta, padrão facial II e face levemente alongada, o que a classifica como dolicofacial. Com relação ao excesso vertical de maxila, o diagnóstico definitivo é feito por meio da cefalometria, onde se tem o ângulo ANB aumentado, maior que $4,5^\circ$ ou um ângulo SNGoGn aumentado, maior do que 36° (TWEED, 1966). Clinicamente, os indícios de crescimento vertical podem ser observados avaliando os terços faciais, onde se tem o terço inferior aumentado. Pacientes com crescimento vertical tem excesso de exposição de dentes no repouso e de gengiva no sorriso, além de aumento da distância interlabial ou do comprimento labial. Com relação à linha queixo-pescoço, a mesma deve estar paralela ao plano de Camper, deve ser expressiva sem estar curta ou em excesso. Essa linha determina o equilíbrio mandibular. Quando está encurtada indica excesso maxilar ou deficiência mandibular (REIS et al., 2006). A face longa apresenta padrão de crescimento vertical, terço inferior da face aumentado, ângulo mandibular aberto, podendo apresentar excesso ósseo na

parte posterior da maxila e mordida aberta anterior, base posterior do crânio mais curta e arco dentário longo e estreito (BIANCHINI, 2001, 2002).

O índice facial é a proporção entre a altura e largura da face, calculado pela fórmula: altura facial x 100 dividida pela largura bizigomática. Com base nesse cálculo, a face é classificada como longa ou dolicofacial (valores maiores que 90°), mesofacial (85 a 89,9 °) ou curta/braquifacial (valores menores que 85°). No presente caso, o valor de 100 foi obtido, o que a classificaria em um tipo facial dolicocefálico (COLOMBO et al., 2004a). Segundo a análise facial de McNamara (1984), o ângulo nasolabial é considerado normal até 110°, já no caso clínico exposto, a paciente tem um ângulo de 115° devido a projeção do nariz elevada. Porém, outros fatores podem estar envolvidos no aumento deste ângulo como retração labial, tamanho do nariz, retração de incisivos superiores, extração de pré-molares para tratamento ortodôntico, entre outros (ALMEIDA et al., 2008).

Na paciente do estudo clínico, o valor do comprimento do lábio em repouso com selamento labial, era de 24,4 mm. Com sorriso espontâneo, a altura do lábio do subnasal ao estômio foi de 14,6 mm. Por sua vez, a discrepância desta altura do repouso e no sorriso foi de 9,8 mm, o que caracteriza como diagnóstico de hiperatividade labial, sendo essa distância entre 1,6 e 1,7 vezes maior. Segundo Seixas et al. (2011), o lábio superior não hiperativo translada cerca de 6 a 8mm da posição de repouso para um amplo sorriso. Por outro lado, no lábio superior hiperativo, essa distância pode ser 1,5 a 2 vezes maior. O tratamento para hiperatividade labial é realizado por meio da aplicação de toxina botulínica ou procedimentos ressectivos nos músculos responsáveis pelo levantamento do lábio superior (ANDIJANI; TATAKIS, 2019). Com relação à distância interlabial em repouso, os valores padrões compatíveis com a normalidade variam entre 1 e 3 mm. A paciente do presente caso clínico apresentou distância interlabial de 3,8 mm. Quando um paciente tem sorriso gengival, mas apresenta essa distância interlabial dentro dos padrões da normalidade, pode-se dizer que a causa do sorriso gengival está relacionada à problemas musculares. Porém, quando essa distância se encontra aumentada pode indicar excesso vertical maxilar e/ou protrusão dos incisivos superiores. Com relação ao corredor bucal da paciente, o mesmo pode ser considerado amplo, o que seria um indicativo de atresia maxilar.

Na análise dentária, foi possível perceber coroas clínicas curtas, sendo IC, IL e Can com altura variando entre 8 a 10 mm, sendo que o normal varia entre 10 e 11 mm. Já a largura da coroa clínica, variou entre 7,5 e 9 mm. O diagnóstico se deu através das medidas obtidas e proporção altura/largura, do exame clínico periodontal, sondagem e do exame complementar tomográfico. A EPA é uma condição na qual ocorre uma incorreta migração apical da margem gengival e parte da coroa anatômica do dente permanece coberta por gengiva, levando a uma aparência de coroa clínica curta e exposição gengival excessiva ao sorrir (CORTELLINI; BISSADA, 2018). A coroa clínica curta foi constatada na inspeção, e ao exame clínico. Para classificação, o tipo 1 foi identificado com base na faixa larga de gengiva queratinizada, que variou entre 8 e 10 mm na maxila anterior. A distância entre a JCE e a CO foi usada para a classificação do subtipo B, visto que na tomografia, com valores variando entre 1,15 mm e 1,64 mm, prejudicando o espaço biológico, cujo valor ideal é 2 mm, sendo necessário nesse caso uma osteotomia para correção da mesma. Ainda na análise dentária, foi possível constatar um leve desgaste incisal, classificando a paciente em escore 1. De acordo com Bartlett et al. (2008) existem quatro critérios para identificação de desgaste dental, sendo o escore 0 classificado como nenhuma perda de superfície; escore 1 como perda inicial da textura de superfície; escore 2 como perda do tecido com menos de 50% da área de superfície em dentina e score 3 como perda do tecido com maior de 50% da área de superfície em dentina. Essa classificação é composta por um índice básico de desgaste dentário, realizada por sextantes, onde se tem um escore final e com base nele classificamos o paciente em baixo, médio e alto risco e com isso define-se uma conduta clínica adequada para cada caso.

Além disso, analisando a tomografia da paciente, foi possível constatar um aumento da espessura da tábua óssea vestibular no segundo sextante e gengiva espessa. Dessa forma, foi dada a classificação I de Maynard e Wilson (1980). A saúde gengival tinha IP, ISG e ISS abaixo de 10% dos sítios, já aPS estava variando entre 2 e 3 mm, o que confere uma boa saúde periodontal à paciente. Vale ressaltar ainda, que, a paciente apresenta os achados clínicos compatíveis com os da literatura e comum à maioria dos pacientes com sorriso gengival. Ademais, o sorriso gengival pode ter múltiplos fatores associados, e com a identificação dos mesmos é possível planejar um tratamento

multidisciplinar e assim chegar a um resultado mais satisfatório.

4 CONCLUSÃO

No presente caso de Erupção Passiva Alterada tipo 1B, foram também diagnosticados alongamento do terço inferior da face, falta de selamento labial, sorriso gengival e hiperatividade labial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorgensen MG, Nowzari H. Aesthetic crown lengthening. *Periodontol* 2000. 2001;27:45-58.
2. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display--etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence Int.* 2009;40(10):809-818.
3. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and keychanges from the 1999 classification, *J Periodontol*, 2018 Jun;89 Suppl 1:S1- S8.
4. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations, *J Periodontol*, 2018 Jun;89 Suppl 1:S204-S213.
5. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000. 1996;11:18-28.
6. Smatt V. Inocclusion labiale. Considérations thérapeutiques des déficits esthétiques et fonctionnels [Labial incompetence. Therapeutic considerations of esthetic and functional deficits]. *Orthod Fr.* 1991;62 Pt 2:611-624.
7. Andijani RI, Tatakis DN. Hypermobile upper lip is highly prevalent among patients seeking treatment for gummy smile. *J Periodontol.* 2019; 90(3):256-62.
8. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Periodontol.* 2018;89 Suppl 1:S17-S27.
9. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan.* 1977Dec;70(3):24-8.
10. Chiche GJ, Pinault A. *Essentials of Dental Ceramics: An Artistic Approach*, Mosby, 1988.
11. Colombo VL, Moro A, Rech R, Verona J, Costa GCA. Análise facial frontal em repouso e durante o sorriso em fotografias padronizadas, Parte I – Avaliação em repouso, *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2004a;9(3):47-58.
12. Colombo VL, Moro A, Rech R, Verona J, Costa GCA. Análise facial frontal em repouso e durante o sorriso em fotografias padronizadas, Parte II: Avaliação durante o sorriso, *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2004b;9(4):86-97.

13. Seixas MR, Pinto RAC, Araújo TM. Checklist of esthetic features to consider in diagnosing and treating excessive gingival display (gummy smile). *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2011;16(2):131-157.
14. Kan JY, Morimoto T, Rungcharassaeng K, Roe P, Smith DH. Gingival biotype assessment in the esthetic zone: visual versus direct measurement. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010;30(3):237-243.
15. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig*. 2008;12Suppl 1(Suppl 1):S65-S68.
16. Rino Neto J, Freire Maia BVA, Paiva JB. Método de registro da posição natural para obtenção da radiografia cefalométrica lateral: Considerações e importância do método no diagnóstico ortodôntico cirúrgico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2003;8(3):61-71.
17. Dias FR, Milani VC, Guimarães HR, Metelmann U. Experiência com a técnica de preenchimento labial: lip tenting. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, 2020;12(2): 135-142.
18. McNamara JA Jr. A method of cephalometric evaluation. *Am J Orthod*. 1984 Dec;86(6):449-69.
19. Almeida FM, Neves IS, Pereira TJ, Siqueira VCV. Assessment of the nasolabial angle after orthodontic treatment with and without extraction of the first premolars. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial [online]*.2008;13(6): 51-58.
20. Allen EP. Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics. *Dental Clinics North America* 1988; 32:307-330.
21. Ahmad I. Anterior dental aesthetics: dentofacial perspective. *Br Dent J*. 2005;199(2):81-114.
22. Maynard JG, Wilson, RD. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. *Dent Clin North Am*. 1980; 24(4): 683-703.
23. Silva CMCLN, Tedesco AD, Barbirato DS, Fogacci MF. Periodontics, orofacial esthetics and the multidisciplinary treatment of gummy smile: case report. *Revista FIMCA*. 2017;4(1):72-80.
24. Freitas RZ, Costa CP, Pinho S. Estética facial, In: 25º Congresso Internacional De Odontologia De São Paulo, 2007, São Paulo: CIOSP, 2007, p,146-175.
25. Suguino, R.; Ramos, A. L.; Terada, H. H.; Fruquim, L. Z.; Maeda, L.; Silva Filho, O. G. Análise facial. *Dent. Press Ortodon*. 1996;1(1): 86-107.

26. Cattoni, D. M. Avaliação quantitativa das estruturas orofaciais. In: Krakauer, L.; Di Francesco, R.; Marchesan, I. Q. (Org). Respiração Oral: abordagem interdisciplinar. São José dos Campos: Pulso; 2003:81-88.
27. Tweed CH. Clinical orthodontics. St Louis: Mosby Co.; 1966.
28. Reis SAB, Abrão J, Capelozza Filho L, Claro CAA. Comparative analyses of facial profile among Patterns I, II and III faces with passive lip sealment. RevistaDental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. 2006, 11(4):36-45.
29. Freitas, RZ. Estética Facial, Cap Livro Jubileu de Ouro - 25º CIOSP. 2007. São Paulo.
30. Bianchini EMG. Avaliação fonoaudiológica da motricidade oral: distúrbios miofuncionais orais ou situações adaptativas. Dent. Press Ortodon.Ortop. 2001; 6(3):73-82.
31. Bianchini EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento. 5. ed. Barueri (SP): Pró-Fono, 2002.

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto das cirurgias mucogengivais e peri-implantares na percepção do paciente e nas dimensões anatômicas: série de casos

Pesquisador: Ana Emília Farias Pontes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57901922.7.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.390.349

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de um estudo de intervenção, com acompanhamento longitudinal de pacientes do fluxo da clínica de Periodontia da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares (UFJF-GV)."

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

"O objetivo primário é avaliar a satisfação do participante antes e após o tratamento das deformidades de tecidos moles e duros periodontais e periimplantares."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Esta pesquisa tem risco considerado "maior que o mínimo", por envolver cirurgia, que pode causar desconforto, estresse, leve sangramento, dor, hematoma nas áreas operadas. Há ainda o risco de quebra de sigilo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.390.349

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.390.349

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1928497.pdf	15/04/2022 16:14:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DefMuc3TCLE20220415.pdf	15/04/2022 16:14:31	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Folha de Rosto	DefMucFolhaDeRosto.pdf	11/04/2022 20:51:05	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DefMuc6Infraestrutura.pdf	10/04/2022 18:01:51	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Outros	DefMuc4Questionarios20220406.docx	09/04/2022 10:17:32	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Outros	DefMuc2TermoDeSigiloAssinado.pdf	09/04/2022 09:59:04	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DefMuc1Projeto20220408.docx	09/04/2022 09:56:16	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Maio de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@uff.edu.br

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Cirurgia Plástica Periodontal em paciente com Erupção Passiva Alterada: série de casos". Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as alterações após cirurgia de Erupção Passiva Alterada. Nesta pesquisa serão descritos casos clínicos de pessoas com Erupção Passiva Alterada, que fizeram cirurgia na gengiva e osso da maxila para tornar os dentes maiores e as gengivas menos aparentes durante o sorriso. Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realizar uma cirurgia para aumentar o tamanho dos dentes e dar contorno à gengiva, fotografar, radiografar, moldar e examinar sua boca para avaliar suas condições de saúde gengival, o tamanho dos dentes antes e depois da cirurgia, e solicitar que responda um questionário sobre satisfação com a aparência do seu sorriso, autoestima, e sensações de dor e desconforto pós-operatório.

Esta pesquisa tem risco considerado "maior que o mínimo" por causa da cirurgia, que pode provocar desconforto, estresse, leve sangramento, dor, hematoma, lesões de recessão gengival (que é aumento do tamanho da coroa do dente, se a gengiva "subir"). Além disso, há o risco de quebra de sigilo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, será feito um cuidadoso planejamento da cirurgia, com análise da fotografia e modelo de gesso da sua boca; e serão tomados cuidados pré e pós-operatórios, mantendo rígido controle de higiene, e prescrevendo medicamentos necessários a manter sua saúde. A pesquisa pode ajudar a diagnosticar alterações gengivais, e possibilitar seu encaminhamento para tratamento, além de proporcionar contorno da gengiva dos dentes que aparecem durante o sorriso.

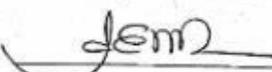
Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, 14 de março de 2022.


Assinatura do Participante


Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Emilia Farias Pontes
Faculdade/Departamento/Instituto: Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida, Av. Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330, sala 301, CEP: 35010-177, Governador Valadares, MG.
Fone: (33) 99199-8883
E-mail: anaemilia.pontes@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br