

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

NAIARA DE OLIVEIRA FARIAS

**INFLUÊNCIA DA ESTÉTICA PERIODONTAL NA HARMONIA DO
SORRISO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

PATOS-PB
2014

NAIARA DE OLIVEIRA FARIAS

**INFLUÊNCIA DA ESTÉTICA PERIODONTAL NA HARMONIA DO
SORRISO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a MSc. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues

**PATOS-PB
2014**

NAIARA DE OLIVEIRA FARIAS

**INFLUÊNCIA DA ESTÉTICA PERIODONTAL NA HARMONIA DO
SORRISO: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MSc. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. MSc. João Nilton Lopes de Sousa – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

À minha querida mãe, Selma Farias, que sempre confiou na minha capacidade e acreditou na minha vitória. A ela que dobrou seus joelhos e me fez prece em suas orações.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve sempre presente enchendo minha alma de esperança, que nunca desistiu de mim nos momentos em que fui tão fraca, acalmando meu coração e mostrando que paciência e fé são determinantes para chegar à vitória.

À mainha, por estar presente em todos os momentos decisivos da minha vida. Obrigada por ser meu exemplo de humildade e humanidade. Obrigada por me ensinar que não devemos desistir nunca.

Ao meu pai, Nino Farias, que foi determinante para a formação da minha personalidade e meu caráter.

Ao meu irmão, Líncolin Farias e a minha cunhada Celane Farias, pelo cuidado, apoio e parceria. Obrigada por permanecerem sempre ao meu lado, comemorando comigo as vitórias e me incentivando a persistir diante das adversidades da vida.

À minha orientadora, Rachel Rodrigues, por ter acreditado nas minhas ideias. Pela compreensão, pelos ensinamentos compartilhados e pela maneira que me tranquilizou durante a realização deste trabalho. Tenho muito orgulho de ter uma orientadora como você, que me inspirou desde a primeira aula. Minha gratidão.

Ao meu querido tio Duda (in memoriam), que continuou olhando por mim junto ao Pai. Ele que foi e é uma inspiração para minha vida.

Às minhas mães Sélia Farias, Roseni Lucena e Argeni Lucena, que sempre seguraram as minhas mãos e me ajudaram a construir minha história.

À família Serpa Simões de Farias que me acolheu como filha. Pelo cuidado e atenção diários. Minha eterna gratidão.

Aos amigos que a UFCG me deu de presente. Maria Isabel Serpa e Isabelle Vale, minhas cúmplices em todos os momentos. Samuel Férrer, Kenny Freire e Ivelton Santos, meus irmãos de coração. A vocês, meus verdadeiros AMIGOS, com quem mais

briguei, me desentendi e fiz as pazes ao longo desses cinco anos. Perto deles a saudade de casa ficava mais branda, a hora passava rápido e eu me sentia melhor. Seria muito mais difícil a realização deste grande sonho se não os tivesse comigo.

Alana Dantas e Yhalle Batista, grandes amigas, que mesmo a distância não separou. Elas que estiveram presentes em momentos memoráveis.

Aos meus colegas da turma, com quem dividi momentos importantíssimos que ficarão guardados no meu coração. As lágrimas não serão esquecidas, porém todas as vezes que conseguimos superar juntos cada desafio durante o curso estarão sempre em meus pensamentos. A cada um, minha gratidão por ter dividido este sonho comigo.

Aos queridos Alcides Ribeiro e Job Irapuã, pelo apoio e confiança na minha capacidade. Não teria conseguido sem a ajuda de vocês.

À Rayssa Batista, responsável direta pela realização deste trabalho. Obrigada por confiar o seu sorriso a mim.

Àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho consiga atingir o objetivo proposto.

Descobri como é bom chegar quando se tem paciência. E para se chegar, onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de mais nada, querer.

(Amir Klink)

RESUMO

A forma, cor e disposição dos dentes associados à exposição da gengiva ao sorrir, além de importantes fatores estéticos, estão relacionados à aceitação das pessoas na sociedade. Este trabalho destaca a necessidade da atenção à estética em odontologia, uma vez que dentes bonitos e emoldurados por um contorno gengival adequado são exigências frequentes no consultório odontológico. Relata o caso de uma paciente insatisfeita com o seu sorriso devido ao contorno gengival desarmônico e ao escurecimento natural dos seus dentes, a qual foi submetida à gengivectomia/gengivoplastia e clareamento dental caseiro. Os procedimentos estéticos foram planejados respeitando os princípios da odontologia e conduzidos em acordo com a paciente, atendendo suas expectativas.

Palavras-chave: Estética Dentária, Periodontia, Clareamento Dental.

ABSTRACT

The shape, color and arrangement of teeth associated with exposure of the gingiva when smiling and important aesthetic factors are related to the acceptance of people in society. This work highlights the need for attention to aesthetics in dentistry, since beautiful teeth and framed by a suitable gum line are common requirements in the dental office. Reports the case of an unsatisfied with your smile due to disharmonious gingival contour and the natural darkening of teeth, which underwent gingivectomy / gingivoplasty and tooth whitening homemade patient. Aesthetic procedures have been designed with the principles of dentistry and conducted in accordance with the patient, meeting their expectations.

Keywords: Esthetics, Dental; Periodontics; Tooth Bleaching.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Aspecto inicial intra-oral	35
Figura 2	Profundidade de sondagem	35
Figura 3	Demarcação externa da profundidade de sondagem	36
Figura 4	União dos pontos sangrantes	36
Figura 5	Remoção de colarinho com cureta Mccall	36
Figura 6	Remoção do tecido em espessura	36
Figura 7	Pós-operatório imediato	37
Figura 8	Aspecto final do sorriso	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Periodontia
AMB	Adequação do meio bucal
CS	Canino Superior
GUN	Gengivite ulcerativa necrosante
ICS	Incisivo central superior
ILS	Incisivo lateral superior
JCE	Junção cimento-esmalte
LED	Light Emitting Diode
mm	Milímetros
PC	Peróxido de Carbamida
PH	Peróxido de Hidrogênio

LISTA DE SÍMBOLOS

$\text{CH}_4\text{N}_2\text{OH}_2\text{O}_2$	Peróxido de Carbamida
H_2O	Água
H_2O_2	Peróxido de Hidrogênio
O_2	Oxigênio
$^\circ\text{C}$	Graus Celsius

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 ESTÉTICA EM ODONTOLOGIA	16
2.2 PERIODONTO DE PROTEÇÃO	17
2.3 ESTÉTICA PERIODONTAL	18
2.4 LINHAS DO SORRISO	20
2.5 GENGIVECTOMIA E GENGIVOPLASTIA	21
2.6 CLAREAMENTO DENTAL	24
2.6.1 Agentes clareadores	25
2.6.2 Métodos de clareamento.....	26
REFERÊNCIAS	28
3 ARTIGO	33
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
ANEXO 1	42
ANEXO 2	44

1 INTRODUÇÃO

A busca pela excelência estética, funcional e biológica são pré-requisitos relevantes nos procedimentos odontológicos, enaltecidos por pacientes exigentes e preocupados com a aparência, os quais depositam grandes expectativas no resultado do tratamento odontológico. O desenvolvimento de novas técnicas e materiais utilizados na odontologia busca atender melhor as expectativas de cirurgiões-dentistas e pacientes (TUMENAS; ISHIKIRIAMA, 2002).

A crescente valorização do sorriso esteticamente agradável guiou a odontologia na busca de uma perfeita harmonia na forma e cor dos dentes (CÂNDIDO et al., 2005). Alterações no contorno, coloração e texturas gengivais depreciam o sorriso agradável. A microestética refere-se aos aspectos naturais dos dentes, tais como a anatomia, caracterização, translucidez e matiz. A macroestética representa os princípios aplicados na reabilitação do sorriso, conciliando harmonicamente os tecidos moles aos duros (MORLEY, 2001).

Durante o sorriso, as coroas dos dentes anteriores devem ficar expostas, bem como 1 a 3 milímetros de gengiva inserida, ressaltando a gengiva interdental, assim como a borda da gengiva livre ao redor da margem cervical dos dentes (CAUDILL, 2001).

A exposição excessiva de gengiva, ao sorrir, incomoda os pacientes, desfavorecendo a estética do sorriso. Essa exposição, na odontologia, denomina-se sorriso gengival. Sua etiologia está relacionada a diversos fatores como: excesso vertical maxilar; protrusão dentoalveolar superior; extrusão e/ou erupção passiva alterada dos dentes anterossuperiores; hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior (SEIXAS et al., 2011).

A obtenção de excelência estética periodontal requer um planejamento criterioso que envolva a avaliação detalhada de todos os fatores que interfiram na harmonia e simetria dos elementos que compõe o sorriso. Com a evolução das técnicas plásticas periodontais e o melhor entendimento dos aspectos ligados à estética do sorriso, diversas alternativas terapêuticas estão disponíveis no arsenal periodontal para contribuir numa abordagem multidisciplinar do tratamento odontológico (FRADEANI, 2004).

Cirurgias plásticas periodontais, conduzidas de forma adequada, restituem a forma e a função gengival que estão alteradas. De modo que quando a opção por determinado tratamento é fundamentada no conhecimento refletido na literatura científica pertinente, a expectativa de sucesso é bastante clara, antes mesmo de sua execução (LOURENÇO, 2007).

Segundo Duarte et al (2003), se houver uma grande quantidade de mucosa ceratinizada e o tecido ósseo se apresentar distante da junção cimento-esmalte (2mm ou mais), o aumento de coroa clínica deve ser realizado através de gengivectomia / gengivoplastia.

De acordo com o conceito da Academia Americana de Periodontologia (AAP), a gengivectomia geralmente está indicada para a redução da parede do tecido mole de uma bolsa periodontal supra-óssea, quando há quantidade suficiente de gengiva inserida. Esta técnica está bem indicada para hiperplasias gengivais, aumento de coroa clínica sem necessidade de acesso ao tecido ósseo ou para correção de sequelas gengivais nos casos de gengivite ulcerativa necrosante (GUN) (ROSETTI et al., 2006).

Deve-se entender que o sucesso de qualquer tratamento e/ou reabilitação estética, depende da existência da harmonia entre os componentes da região facial e bucal, levando em consideração o bom senso do profissional. Além disso, quando obtida harmonia entre esses componentes, ainda é imprescindível buscar a relação ideal entre os parâmetros dentários e periodontais (FAVA, 2011).

Em uma pesquisa realizada por Stuelp (2011), foi avaliada a percepção estética de indivíduos com diferentes níveis de conhecimento odontológico. Concluiu-se que a opinião dos pacientes é importante e deve ser considerada no planejamento de um caso clínico. Por terem julgamentos semelhantes entre si, mas diferentes das demais pessoas, graduandos e dentistas devem considerar os fatores que influenciam na opinião dos pacientes sobre o que é considerado estético em um sorriso, para melhor atender os anseios de seus pacientes e promover satisfação pessoal de cada um, porém respeitando os princípios da odontologia.

Além da condição periodontal, pacientes são bastante criteriosos em relação à cor dos seus dentes. Em virtude disso, há considerável procura por cirurgiões-dentistas para realizar clareamento. Existem duas técnicas para a realização do clareamento dental: a técnica caseira, na qual o peróxido de hidrogênio em baixa concentração é aplicado por meio de placas de silicone, tiras clareadoras ou vernizes, e a técnica de consultório, onde o gel clareador é aplicado em altas concentrações (30-38%) em

ambiente ambulatorial podendo estar associado a fontes de luz (BARATIERI et al., 2004).

Pacientes com desarmonias no sorriso buscam tratamentos odontológicos estéticos para melhorar sua aparência e confiança. A odontologia dispõe de técnicas e métodos que promovem estética e conseqüentemente autoestima aqueles que estão insatisfeitos com seu sorriso. A cirurgia plástica periodontal realizada para corrigir alterações morfológicas gengivais, associada à técnica de clareamento caseiro é opção viável para estes pacientes uma vez que, quando realizados de forma adequada, atendem as necessidades e expectativas dos mesmos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ESTÉTICA EM ODONTOLOGIA

Na Odontologia Estética é fundamental que o profissional desenvolva a capacidade de ter uma visão ampla (macroestética) e uma observação mais focada dos dentes (microestética), onde a primeira compreende essencialmente os fatores estéticos relacionados à face, ao periodonto e à visão dos dentes em grupo; enquanto que a microestética analisa os detalhes que compõem a estética do dente individualmente (CONCEIÇÃO et al., 2007).

Segundo Morley (2001), a macroestética corresponde à relação dos dentes com os tecidos moles e com as características faciais dos pacientes. É representada pela aparência facial e parâmetros tais como proporções faciais verticais, assimetrias mandibulares, posição retrusiva da mandíbula e do mento, prognatismo mandibular, entre outros. A microestética inclui os elementos que permitem aos dentes conservarem seu aspecto natural, por exemplo, as proporções e alturas dentárias, forma dentária, coloração, textura, ângulos interincisais, translucidez, etc.

Ao realizar um tratamento odontológico estético, o principal objetivo do profissional e do paciente é que seja obtido o melhor resultado possível. Este tratamento, portanto, deve ser realizado com conhecimento e seriedade por parte do profissional que o executa, para que o seu paciente receba o que há de melhor, de forma ética, evitando assim a ocorrência de danos não só físicos, mas também emocionais (DANTAS, 2009).

Mori e Cardozo (2002) fizeram um estudo piloto com o objetivo de identificar a visão que os pacientes e profissionais da área odontológica têm sobre estética dentária. Para tanto, foram entrevistados 38 pacientes e 38 profissionais. As questões propostas enfocavam conceitos de estética facial em geral, estética no próprio entrevistado, em pacientes e em outras pessoas, motivação e expectativa quanto ao tratamento dentário e responsabilidade profissional nos tratamentos estéticos. Observou-se que a preocupação com a estética dentária é enorme e fatores como higiene bucal deficiente, alteração na coloração e posicionamento dentário são relevantes para a auto-estima e a autoconfiança pessoal.

Apesar da objetividade atribuída aos conceitos e normas estéticas, o que é cosmeticamente agradável ao profissional pode ser inversamente satisfatório ao

paciente. Assim sendo, a subjetividade da estética deve ser valorizada, sendo imprescindível a participação mais efetiva do paciente no planejamento do tratamento, cabendo ao profissional o “senso crítico” para avaliar os materiais e técnicas a serem adotados (DANTAS, 2009).

2.2 PERIODONTO DE PROTEÇÃO

Lindhe (2010) relatou que o periodonto é constituído pelo conjunto dos tecidos de proteção (gengiva ou complexo mucogengival) e de sustentação (ligamento periodontal, cemento e osso alveolar) do órgão dentário que tem entre si uma completa interdependência anatômica e fisiológica. O tecido periodontal sofre constantes remodelações de origem funcional ou morfológica, no decorrer da vida dos indivíduos. O complexo mucogengival compreende os tecidos moles do periodonto marginal e desempenha a função de barreira protetora do periodonto de suporte. Um de seus componentes é a gengiva, tecido que reveste o periodonto e oferece uma proteção imediata contra as agressões exteriores aos tecidos subjacentes.

A gengiva pode ser considerada como uma unidade funcional e anatômica variável em termos de contorno, forma e topografia clínica, resultante da adaptação tecidual a uma localização específica em torno dos dentes, sendo que os tecidos gengivais podem ser subdivididos em diferentes áreas topográficas: gengiva livre, gengiva inserida e gengiva interdentária ou papilar (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2011).

De acordo com Silva, Carvalho e Joly (2007), o periodonto clinicamente saudável apresenta coloração rósea, consistência firme, contorno gengival festonado acompanhando a junção cimento-esmalte (JCE), preenchimento completo das ameias pelas papilas interdentais, ausência de biofilme e de sangramento à sondagem. Conforme estudos destes autores, variações na arquitetura e espessura dos tecidos periodontais acarretam diferenças relevantes quanto ao comportamento clínico das estruturas periodontais frente à evolução da doença e consequentes defeitos.

A distinção dessas características tem importante impacto clínico na escolha da melhor abordagem terapêutica periodontal. Dois tipos de biótipo periodontal podem ser encontrados: plano e espesso; e fino e festonado (OLSSON; LINDHE, 1991).

Características como tecido mole denso e fibrótico, ampla faixa de tecido queratinizado, papilas curtas e largas, osso subjacente plano e espesso, perda de

inserção associada à presença de bolsa periodontal, área de contato nos terços médio/cervical e dentes com formato quadrangular, são observadas nos pacientes com biótipo plano e espesso. Diferindo do biótipo fino e festonado que apresenta tecido mole delgado, estreita faixa de tecido queratinizado, papilas longas e estreitas, osso subjacente fino e festonado, perda de inserção associada à presença de recessão gengival, ponto de contato no terço incisal/oclusal e dentes com formato triangular (SILVA; CARVALHO; JOLY, 2007).

Segundo Borghetti e Monnet-Corti (2011), os contornos gengivais seguem a arquitetura óssea subjacente. Assim, um contorno muito festonado está associado a proximidades radiculares estreitas, enquanto que um contorno largo e plano reflete raízes divergentes ou diastemas.

2.3 ESTÉTICA PERIODONTAL

A estética tem grande influência na autoestima das pessoas, e realizar procedimentos estéticos proporciona satisfação ao profissional (BLANCO et al., 1999). Apresentar um sorriso natural e universalmente admirado é algo que todos nós almejamos. Esse é o verdadeiro desejo daqueles que primam pela estética (POI et al., 2007).

A forma, cor e disposição dos dentes anteriores e o seu relacionamento com os tecidos moles determinam a estética do sorriso, que devem ser considerados num contexto de harmonia em relação à face do paciente. Quando o paciente é encaminhado ao periodontista para avaliação relacionada ao planejamento estético, aspectos como biótipo periodontal, linha do sorriso, exposição gengival, contorno, zênite gengival, papila interdental, recessão gengival e coloração gengival devem ser considerados. Pequenas discrepâncias, num determinado sorriso, se não diagnosticadas e tratadas corretamente, comprometem a função e condenam o equilíbrio de todo o conjunto, essencial para a melhoria da autoimagem dos pacientes. Em um periodonto normal e clinicamente saudável, o contorno gengival acompanha e recobre a JCE. Alterações de contorno podem ocorrer coronal, em casos de hiperplasia gengival, ou apical a JCE, sendo esta última característica de recessão gengival (SILVA; CARVALHO; JOLY, 2007).

Chiche e Pinault (1994) identificaram dois padrões aceitáveis com relação à altura da margem gengival em áreas estéticas: a margem gengival dos incisivos centrais

superiores (ICS) e caninos (CS) devem estar na mesma altura, com a margem dos incisivos laterais (ILS) posicionada à incisal de 1 a 2 mm, o que denominaram Classe I; quando a altura da margem gengival dos ICS, ILS e CS é a mesma, esta condição caracteriza-se como Classe II. No entanto, há variações características de cada indivíduo, porém padrões diferentes em cada lado do mesmo paciente, não necessariamente trazem prejuízo à estética do sorriso. Entretanto, a simetria do contorno entre os incisivos centrais é necessária (SCLAR, 2003).

Para García et al. (2009), o contorno gengival ou linha estética gengival deve acompanhar a inclinação dentária e, ao mesmo tempo, manter paralelismo com a curvatura do lábio inferior. Fradeani (2006) denomina zênite como ponto mais apical do contorno gengival e nos dentes superiores anteriores está localizado mais para distal que o eixo central do dente.

A obtenção de excelência estética periodontal requer um planejamento criterioso que envolva a avaliação detalhada de todos os fatores que interfiram na harmonia e simetria dos elementos que compõe o sorriso (FRADEANI, 2004).

Silva, Carvalho e Joly (2007) também destacam que o planejamento estético depende do entendimento pleno dos conceitos periodontais associados à informações relevantes de outras especialidades odontológicas afins.

É importante destacar que a composição de um sorriso considerado belo, atraente e saudável, envolve equilíbrio entre a forma e simetria dos dentes e lábios com a gengiva, além da maneira como estes se relacionam e harmonizam com a face dos pacientes (FAVA, 2011).

Segundo Castro; Santos; Ricardo (2006), a beleza é constantemente notada na face, especialmente no sorriso. Na Periodontia, o refinamento e a delicadeza da manipulação tecidual possibilitam a criação ou reabilitação de um sorriso perfeito.

Dependendo das características anatômicas individuais e de acordo com a linha labial, os tecidos gengivais podem ser expostos durante o sorriso, a gargalhada e mesmo durante a fala normal. A avaliação da cor normal da gengiva e do seu contorno não está limitada aos profissionais, mas pode ser apreciada pelos leigos durante os contatos sociais diários, e estas características determinam a presença ou não de uma gengiva saudável (RUFENACHT, 2003).

2.4 LINHAS DO SORRISO

A linha do sorriso pode ser definida como a linha curva imaginária que acompanha o trajeto das bordas dos quatro dentes anterossuperiores e das pontas das cúspides dos caninos superiores e que deve coincidir ou correr paralelamente com a curvatura da borda interna do lábio inferior, esta é um dos fatores mais importantes para a obtenção de um sorriso agradável. A altura ideal da linha do lábio superior é aquela em que a borda do lábio se situa ao nível da área gengival dos incisivos centrais superiores, sendo este um fator importante para compor um sorriso atraente (MONDELLI, 2003).

Tjan, Miller e The, em 1984, observaram a variação da altura do sorriso. Durante o sorriso espontâneo, a posição da borda inferior do lábio superior delimita três condições distintas de exposição dos dentes superiores e tecido gengival (linha de sorriso): sorriso alto, onde há exposição total do comprimento cervico incisal dos dentes anterossuperiores e uma continuação com uma porção de gengiva; sorriso médio, assim classificado quando há uma exposição de 75% a 100% dos dentes anterossuperiores e apenas o aparecimento da gengiva interproximal; e sorriso baixo, quando apenas 75% dos dentes anterossuperiores são expostos, sem ser observado o tecido gengival.

Para Holanda et al. (2006), o sorriso pode apresentar-se de três formas: baixo, médio e alto. O sorriso baixo é aquele que, ao sorriso máximo, o indivíduo mostra somente o terço incisal dos dentes. No sorriso médio, há exposição da coroa dental e da gengiva interproximal. No sorriso alto, o paciente expõe os dentes e parte do tecido gengival, caracterizando assim o “sorriso gengival”, que pode ou não requerer correção. As mulheres apresentam uma porcentagem maior de sorriso alto e médio, enquanto os homens apresentam uma porcentagem maior de sorriso baixo (MONDELLI, 2003).

Segundo Garber e Salama (1996), a exposição gengival de 1 a 3 mm em indivíduos com sorriso alto é considerada normal. Entretanto, se ultrapassar 3 mm, o chamado sorriso gengival é observado. Em geral, há três causas básicas para exposição gengival excessiva durante o sorriso. 1) a maxila do paciente pode ter crescido excessivamente em dimensão vertical e, assim, esse excesso vertical é exposto durante o sorriso; nesse caso, os dentes têm comprimentos coronais e profundidade de sulco gengival normais; 2) casos em que há erupção dos dentes anteriores superiores, na presença de crescimento maxilar vertical normal, que resulta em “sorriso gengival”, comumente visto em oclusões inadequadas de classe II, divisão 2; 3) exposição gengival

excessiva resultante de migração tardia da margem gengival em sentido apical (HOLANDA et al., 2006).

De acordo com Conceição et al. (2007) para que haja a harmonia estética do sorriso é de extrema relevância a condição periodontal e os detalhes como contorno gengival, zênite do contorno da gengiva e papila interdental. O sorriso esteticamente agradável apresenta um contorno gengival regular e contínuo com pequeno deslocamento para coronal nos incisivos laterais em comparação com os incisivos centrais e caninos superiores. Se ocorrer variações nessa relação, pode haver uma quebra no equilíbrio estético, principalmente em pacientes com o sorriso alto ou médio.

É importante que o profissional esteja atento à causa do sorriso gengival, que poderá ser o resultado de fatores básicos como uma erupção passiva alterada, displasia esquelética ou crescimento excessivo da maxila, uma combinação destes fatores ou ainda o lábio superior curto ou hiperativo ao sorrir. Apenas após a um correto diagnóstico acerca de qual fator etiológico está presente em cada caso é que se pode propor um plano de tratamento adequado (MACEDO et al., 2012).

No trabalho de Van der Geld et al. (2007) foi pesquisada a influência do sorriso na beleza da pessoa. Os aspectos analisados foram: o tamanho dos dentes e gengiva; componentes importantes em um sorriso e a influência do sorriso na personalidade da pessoa. Em relação aos dentes, os aspectos considerados mais importantes para a composição de um sorriso foram o tamanho e a visibilidade, bem como a posição do lábio superior. A cor e a gengiva foram os fatores que mais influenciaram na autossatisfação com seu sorriso. Os resultados mostraram que a pessoa que apresenta um sorriso bastante gengival tem características como ansiedade, depressão e sensação de inferioridade. Já as pessoas cujo sorriso possui uma boa posição e visibilidade dos dentes, mostraram-se bastante confiantes em si mesmos, tendo como características a liderança e gerenciamento de grupos.

2.5 GENGIVECTOMIA E GENGIVOPLASTIA

A aparência dos tecidos gengivais é um fator importante na estética da região anterior da maxila. Anomalias na simetria e no contorno podem afetar significativamente a harmonia da aparência natural das dentições natural ou protética. Um dos métodos para corrigir discrepâncias em altura entre dentes vizinhos, ou mesmo

para diminuir a quantidade de gengiva exposta no sorriso, é a cirurgia plástica periodontal (GADOTTI, 2008).

Em 2005, a Academia Americana de Periodontia (AAP) recomendou o termo cirurgia plástica periodontal como o mais adequado para enquadrar as diversas técnicas mucogengivais que buscam função gengival aliada às condições estéticas de normalidade. As potencialidades do tratamento cirúrgico periodontal podem auxiliar na obtenção de uma excelência de tratamento, aliando forma e função (LOURENÇO, 2007).

O Comitê de Pesquisa, Ciência e Terapia da AAP (2005) salienta que as técnicas de reconstrução plástica periodontal incluem: o recobrimento radicular, o aprofundamento da área vestibular e a exposição da coroa clínica dentária. Segundo a entidade, o recobrimento radicular, a criação de mucosa ceratinizada e o aumento da coroa clínica são técnicas correntes na prática clínica periodontal e que se o sucesso e a previsibilidade destas manobras se encontram bem estabelecidos na literatura.

Na prática clínica, as cirurgias plásticas periodontais estão disponíveis para uso corrente, restituindo a forma e a função do tecido gengival alterado. Quando corretamente indicadas, o sucesso clínico garantirá melhora estética e funcional (MACIEL et al., 2013).

Gengivectomia significa a excisão da gengiva pela remoção da parede mole da pseudobolsa fornecendo uma visão e uma acessibilidade adequada para remoção completa do cálculo e o alisamento das raízes, criando um ambiente favorável para cicatrização da gengiva e a execução de restaurações (CARRANZA et al., 2012).

O aumento da coroa clínica por gengivectomia / gengivoplastia, para Duarte et al. (2003), está indicado quando há uma distância de 2mm ou mais da crista óssea à junção cimento-esmalte do dente, assim não haverá necessidade de se realizar osteotomia.

A cirurgia ressectiva gengival (gengivoplastia) oferece ao cirurgião-dentista a possibilidade da realização de procedimentos restauradores das regiões interproximais, com excelência na adaptação e retenção, angariando o contorno anatômico ideal, preservando o espaço biológico do periodonto e colaborando com o controle mecânico do biofilme dentário pelo próprio paciente (STOLL, 1997).

A seleção incorreta da técnica pode originar problemas mucogengivais (retração gengival excessiva, exposição trans-cirúrgica de tecido ósseo, predisposição à doença periodontal e perda de dente) nos casos em que exista pequena faixa de gengiva

queratinizada. Cuidados com a alimentação, higienização, manutenção do cimento cirúrgico e hábitos para-funcionais devem ser considerados no período pós-operatório (PEDRON et al., 2010).

Na tentativa de diferenciar as técnicas de gengivectomia e gengivoplastia, Carranza et al (2012) relataram que a técnica de gengivoplastia é similar a gengivectomia, mas sua finalidade é diferente, a gengivoplastia é executada para recontornar a gengiva na ausência de qualquer tipo de bolsa. Além do objetivo estético, a gengivoplastia visa diminuir a margem gengival, criando contorno gengival recortado afinando a gengiva inserida, criando sulcos interdentais verticais e remodelando a papila interdentária para criar espaço para a passagem de alimentos.

Kao et al., (2008), afirmou em seu estudo, que em casos onde há ampla zona de gengiva inserida primeiramente deve-se realizar o procedimento de gengivectomia, em que permitirá uma espessura fina, possibilitando a estabilização ideal da estrutura gengival. Porém no caso da gengiva não atingir espessura ideal, seria necessário uma gengivoplastia, onde esse acomodaria a nova posição da margem gengival.

De acordo com Duarte et al. (2003), quando há uma grande quantidade de mucosa ceratinizada e o tecido ósseo se apresenta distante da JCE (2mm ou mais), o aumento de coroa clínica deve ser realizado através de gengivectomia / gengivoplastia. Porém, quando há uma grande quantidade de mucosa ceratinizada e o tecido ósseo está próximo à JCE (2 mm ou menos de distância), há indicação para execução do aumento de coroa clínica por retalho dividido com reposição apical e osteotomia. A gengivectomia com bisel interno é citada como uma variação da técnica de gengivectomia e recomenda este tipo de procedimento para remover grande quantidade de tecido fibrótico. Esta técnica é bem indicada para hiperplasias gengivais medicamentosas e idiopáticas, em especial as mais volumosas, tendo como principal vantagem a cicatrização por primeira intenção, uma vez que não houve eliminação total do epitélio, o qual permanece recobrando todo o tecido conjuntivo subjacente.

O emprego inadequado da técnica de gengivectomia com bisel interno gera resultados indesejáveis como: criação de crateras gengivais que podem alterar a fonética do paciente, exposição óssea e aspecto antiestético (OTTONI; MAGALHÃES, 2006). Assim, apesar das vantagens, existe o risco de sua realização.

2.6 CLAREAMENTO DENTAL

O clareamento dental foi inicialmente descrito na literatura em 1989, tornando-se popular e ganhando aceitação profissional (HAYWOOD; HEYMANN, 1989). O escurecimento dental se destaca por interferir de forma negativa na aparência do sorriso, fazendo do procedimento clareador uma ótima opção de tratamento, por ser conservador e rápido, sendo uma das terapêuticas mais procuradas pelos pacientes (REIS, 2011).

O tratamento clareador para dentes vitais pode ser realizado através de duas técnicas: caseira ou no consultório. A principal diferença entre essas técnicas está na concentração do gel clareador e no tempo de uso. O clareamento pela técnica caseira utiliza produtos com concentrações baixas, entre 10% a 16% de peróxido de carbamida, que corresponde à concentração entre 4% a 7% de peróxido de hidrogênio em múltiplas aplicações (ZEKONIS et al., 2003).

A técnica mais utilizada para o clareamento de dentes vitais é a do clareamento caseiro, que se destaca por seu baixo custo, segurança pelo uso de agentes clareadores em baixa concentração e resultados efetivos após 3 a 4 semanas (HAYWOOD, 2000).

Embora o clareamento caseiro seja o mais indicado para o tratamento de dentes vitais, alguns pacientes não se adaptam a técnica caseira pela utilização da moldeira de silicone e/ou não gostam de esperar duas a três semanas para ver uma mudança na coloração dos dentes, necessitando uma técnica que produza resultados mais imediatos. O clareamento dental pela técnica no consultório é uma alternativa para estes pacientes. Em análise comparativa, destacam-se algumas vantagens da técnica caseira sobre a técnica de consultório: gel clareador pouco agressivo aos tecidos, menor custo, menor recidiva de cor em longo prazo e poucas e rápidas consultas. Assim, concluiu que essa é a técnica de escolha para dentes vitais (MARSON, 2006).

A técnica escolhida pode variar de acordo com a preferência do paciente quanto ao período de aplicação do agente clareador, podendo escolher a técnica caseira, geralmente noturna, ou em consultório. É importante que o paciente seja esclarecido sobre a técnica desenvolvida, mostrando para o mesmo as possibilidades de riscos, o tempo de tratamento e o custo (SOARES et al., 2008).

O êxito da técnica depende do grau de penetração do agente clareador na estrutura dentária a ser descolorada, assim como do tempo de permanência deste produto no local onde deve agir para que ocorra a remoção integral do manchamento (BARATIERI, 2004).

2.6.1 Agentes clareadores

Para realizar o processo clareador encontram-se no mercado três tipos de substâncias químicas: o peróxido de hidrogênio (PH), o peróxido de carbamida (PC) e o perborato de sódio. Essencialmente, é o peróxido de hidrogênio que agirá sobre as grandes moléculas, responsáveis pela coloração mais amarelada, tornando-as menores e, conseqüentemente, deixando o dente mais claro (REIS, 2011).

O PH é uma espécie de oxigênio reativo e atua como um forte agente de oxidação, através da formação de radicais livres que reagem intensamente com as moléculas orgânicas responsáveis pela coloração dos dentes (FEARON, 2007). O PH atua como agente ativo no processo de clareamento, este penetra na estrutura dentária e produz os radicais livres que interagem com os pigmentos responsáveis pela alteração da coloração normal do dente, oxidando-os (SHI et al., 2012; JUNQUEIRA et al., 2013).

O processo químico de clareamento dental consiste numa reação de oxirredução, através da qual a quantidade de pigmentos removidos é proporcional ao tempo de exposição do esmalte ao agente clareador, dentro de limites pré-estabelecidos de manutenção da hígidez das estruturas dentais. O produto clareador altera a estrutura das moléculas pigmentadas, frequentemente constituídas de cadeias carbônicas cíclicas, promovendo rupturas destas e resultando em produtos de cadeias carbônicas acíclicas, insaturadas. Às ligações duplas resultantes, são adicionados grupamentos hidroxila, originando, em consequência, produtos fisicamente mais claros (BARATIERI et al., 2001).

De acordo com as explicações de Farias et al (2003), Carvalho et al (2008) e Martins et al (2009), quando o H_2O_2 entra em contato com a umidade este se transforma em H_2O e O_2 , já o $CH_4N_2OH_2O_2$ sofre decomposição em H_2O_2 e ureia. O H_2O_2 , metabolizado por enzimas, como peroxidases, catalases e hidroxiperoxidases, se degrada em H_2O e O_2 . Esse O_2 , através de reações químicas de oxirredução, na concepção destes autores, seria o responsável pelo clareamento.

Em estudo realizado para avaliar a ação de peróxido de hidrogênio 25% e peróxido de carbamida 10% sobre o esmalte dentário, foram separados três grupos para análise. O Grupo 1 (grupo controle) foi apenas colocado em solução salina (soro fisiológico), o Grupo 2 submetido à terapêutica de clareamento com peróxido de carbamida a 10% e o Grupo 3 foi submetido à ação clareadora do peróxido de

hidrogênio a 25%. Os três grupos foram submetidos a teste de análise de rugosidade. Ao final da análise Carrilho et al. (2007), observaram que no Grupo 1 não existe uma tendência clara para um aumento dos valores médios da rugosidade em todos os dentes do grupo em questão. Já no grupo 2, os valores médios da rugosidade são, no geral, mais altos. No grupo 3, não se consegue identificar uma tendência clara para um aumento dos valores médios da rugosidade. Assim, concluíram que outras medições devem ser realizadas, com intervalo de tempo maior, permitindo concluir quanto a regressão dos valores da rugosidade.

No estudo de Pinheiro et al. (2011), foi observado que os espécimes tratados com peróxido de hidrogênio a 35% apresentaram um aumento da porosidade superficial, caracterizado pelo aumento dos poros de desenvolvimento. Nos espécimes tratados com peróxido de carbamida a 16% também foi observada maior porosidade, caracterizada pelo aumento dos poros de desenvolvimento. Assim, foi observado que tanto o agente clareador em alta concentração, quanto em baixa concentração foram capazes de provocar alterações morfológicas de aspecto semelhante na superfície do esmalte dental. Este estudo mostrou que os agentes clareadores promoveram alterações não uniformes na superfície dental, caracterizadas pelo aumento de porosidade, realce das periquimácias e áreas de erosão.

2.6.2 Métodos de clareamento

Os tipos de clareamento variam em virtude da grande diversidade de agentes clareadores encontrados no mercado, das diferentes concentrações existentes, do tempo e modo de aplicação, do formato do produto e forma de ativação (JOINER, 2006).

Para o clareamento caseiro utiliza-se como agente oxidante o peróxido de hidrogênio ou carbamida em baixa concentração, por um período de tempo maior quando comparado com o clareamento de consultório, onde é aplicada uma concentração mais alta do produto por menos tempo (SULIEMAN et al., 2006).

Marson, Sensi e Arruda (2008) explicam que, ao contrário da técnica caseira, a técnica de consultório requer cuidados específicos para sua execução e facilitação do procedimento clareador. Estes mesmos autores relataram que durante a execução do clareamento dental pela técnica de consultório, é necessário que o cirurgião-dentista utilize no paciente um afastador labial, um protetor intrabucal, um sugador plástico

acoplado à bomba vácuo de alta potência de sucção e um protetor gengival fotopolimerizável, para prevenir o contato do gel clareador com o tecido gengival.

A técnica caseira apresenta como vantagens o gel clareador ser pouco agressivo aos tecidos, menor custo, menor recidiva de cor em longo prazo e poucas e rápidas consultas. Como desvantagens, necessita da colaboração do paciente porque alguns não se acostumam com as moldeiras. Na técnica de consultório o resultado é mais rápido quando realizado em uma ou duas sessões clínicas, o processo é controlado pelo profissional, entretanto o gel clareador é agressivo aos tecidos bucais, seu custo é mais elevado, a recidiva da cor é mais rápida em longo prazo e o tempo da consulta clínica é longo (MARSON et al., 2006).

Em relação aos efeitos dos agentes clareadores na polpa dental, Portolani-Júnior e Candido (2005) relatam que o uso de fontes de calor termostaticamente controladas em procedimentos de clareamento dental onde o agente clareador é o H_2O_2 faz com que aproximadamente 78% dos pacientes sintam dor após o procedimento de clareamento, em decorrência do aumento da pressão intrapulpar causada pela aplicação do calor. Ainda relatam que este sintoma regride à medida que ocorre diminuição dessa pressão.

Para Azevedo (2009) o uso de agentes potencializadores como o Laser e o Light Emitting Diode (LED), embora possam causar injúrias ao tecido pulpar, geram um aumento mínimo de temperatura sem dano para o tecido por aquecerem o produto e não a estrutura dental. O que torna o uso destes desses agentes pontecializados como causadores de injúrias controversos, já que nem todos os pacientes desenvolvem estes sintomas.

A hipersensibilidade pós-operatória é observada em um considerável número de pacientes, ocorrendo, provavelmente, em função do aumento da solubilidade e da permeabilidade da dentina no uso prolongado de materiais clareadores. Há suspeita de que a hipersensibilidade pode aparecer, também, devido à desidratação, causada pelo uso de fórmulas à base de glicerina. Por esse motivo, alguns fabricantes têm substituído, da composição dos agentes clareadores, a glicerina por materiais à base de água, com o objetivo de reduzir esta hipersensibilidade. Para ajudar na redução da sensibilidade pós-clareamento recomenda-se a fluoroterapia, o selamento marginal das restaurações e a pré-medicação analgésica (MIRANDA et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Academy report: oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. **Journal Periodontology**. Chicago, v. 76, n. 9, p. 1588-1600, 2005.
- AZEVEDO, F. D. G. **Avaliação clínica de diferentes técnicas de clareamento de dentes polpados quanto à efetividade durante 12 meses**. 2009. 143fls. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru. Bauru, SP: USP, 2009.
- BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S.; ANDRADA, M. A.; VIEIRA, L. C.; CARDOSO, A. C. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. Editora Santos; São Paulo, 2001.
- BARATIERI, L. N.; MAIA, E. A.; CALDEIRA E ANDRADA, M. A.; ARAÚJO, E. **Clareamento dental**. Editora Santos; 3. Ed, São Paulo, 2004.
- BLANCO, O. G.; PELÁEZ, A. L. S.; ZAVARCE, R. B. Estética en odontología. Parte I: aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. **Acta Odontologica Venezolana**. Caracas, v.37, n.3, p.33-38, 1999.
- BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia Plástica Periodontal**. Editora Artmed, [S.I.], 2011.
- CÂNDIDO, A. P. et al. Avaliação da permeabilidade do esmalte exposto a diferentes concentrações de peróxido de hidrogênio e peróxido de carbamida. **Odontologia Clínico-Científica**, [S. I.] v.4, n.3, p.207-211, 2005.
- CARRANZA Jr., F. A.; NEWMAN, M. G.; TAKEI, H.; KLOKKEVOLD, P. R. **Carranza Periodontia Clínica**. Elsevier, 11^a ed., Rio de Janeiro, 1208 p., 2012.
- CARRILHO, E. V. P.; PAULA, A.; TOMAZ, J., GONÇALVES, D.; ANTUNES, P. Efeito de Dois Sistemas de Branqueamento na Rugosidade da Superfície do Esmalte. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. [S.I.], v.48, n.2, p.69-77, 2007.
- CAUDILL, R. E. Periodontia estética (cirurgia plástica periodontal) In: Wilson TG, Kornman KS. **Fundamentos de periodontia**. 1^a ed., São Paulo, Cap.26. p.497-518, 2001.
- CARVALHO, N. R. et al.. Clareamento Caseiro Supervisionado: Revisão Literatura. **International Dental Journal**, Recife, v. 7, n. 3, p. 178-183, 2008.
- CASTRO, M. V. M. DE; SANTOS, N. C. DE M.; RICARDO, L. H. Assessment Of The "Golden Proportion" In Agreeable Smiles. **Quintessence Int**, Berlim, v.37, n.8, p.597- 604, 2006.

- CHICHE, G.; PINAULT, A. Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry. In: CHICHE, G.; PIANAULT, A. (eds). *Esthetics of anterior fixed prosthodontics.*: **Quintessence Books**, Chicago, p.13-32, 1994
- CONCEIÇÃO, E. N. Dentística Saúde e estética: Princípios de estética aplicados à dentística. **Artmed**, Porto Alegre, p. 298-319, 2007.
- DANTAS, G. S. **Estudo da estética dentária em alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba**. João Pessoa. 58f. Monografia. Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. 58f.
- DUARTE, C. A. et al. Cirurgia periodontal estética. In: _____. **Cirurgia periodontal pré-protética e estética**. Editora Santos, 2ª. ed. São Paulo, p. 341-406, 2003.
- DUARTE, C. A. **Cirurgia Periodontal - Pré-Protética, Estética e Periimplantar**. Editora Santos, 3ª. ed. São Paulo:, 505 p., 2009.
- FARIAS, V. B. et al. Clareamento dental interno. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 51, n. 4, p. 289-292, 2003.
- FAVA, F. O. **Avaliação do sorriso levando em consideração a proporção áurea, parâmetros periodontais, dentais e faciais**. Maringá. 106f. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Odontologia. Faculdade Ingá, Unidade de Ensino Superior Ingá, 2011.
- FEARON, J. Tooth whitening: concepts and controversies, **International Dentistry SA**, v.11, n.2, p. 24-38, 2007.
- FRADEANI, M. **Esthetic analysis: A systematic approach to prosthetic treatment**. Quintessence Books; 2004.
- FRADEANI, M. Evaluation of dentolabial parameters as part of a comprehensive esthetic analysis. **European Journal of Esthetics Dentistry**. [S. I.], v.1, n.1, p.62-9, 2006.
- GADOTTI, V. C. **Referências estéticas para aumento de coroa clínica em dentes anteriores**. 39f. Trabalho de conclusão (Especialização) - Curso de Especialização em Periodontia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- GARBER, D.A.; SALAMA, M.A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **Periodontology 2000**, [S.I.], v. 11, p. 18-28, 1996.
- GARCÍA, E. J. et al. Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. **Acta Venezolana**, [S. I.],v.47, n.1, 2009.
- HAYWOOD, V. B.; HEYMANN, H. O. Nightguard Vital bleaching. **Quintessence Int.** v 20, n. 3, p. 173-176, 1989.

HAYWOOD, V. B. Current status of nightguard vital bleaching. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**; v. 21, p.10-7, 2000.

HOLANDA, D. B. V. et al. Reconstrução de um sorriso por meio de plastia gengival, clareamento e facetas diretas. **International Journal of Brazilian Dentistry** São José, v.2, n.3, p.268-78, 2006.

JOINER, A. The bleaching of teeth: a review of the literature. **Journal of Dentistry**. [S. I.] v.34, n.7, p.412-9, 2006.

JUNQUEIRA, R. et al. In vitro Analysis of Enamel Microhardness as Subjected to Prolonged Use of External Bleaching Agents, **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, [S. I.],v.15, n.2, p.141-143, 2013.

KAO, R. T.; DAULT, S.; FRANGADAKIS, K.; SALEHIEH, J.J. Esthetic crown lengthening: Appropriate diagnosis for achieving gingival balance. **Journal of the California Dental Association**, [S.I.], n.36, p.187- 191, 2008.

LOURENÇO, A. H. T.; LOURENÇO JÚNIOR, E. T.; VITRAL, R. W. F. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para Ortodontia. **Revista Dental Press Periodontia Implantologia**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 44-58, 2007.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**.. Guanabara Koogan, 5^a ed., Rio de Janeiro, 1326p, 2010.

MACEDO, A. C. V. B. et al. O sorriso gengival – tratamento baseado na Etiologia – uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Periodontology**. [S. I.], v. 22, n.4, p.36-44, 2012.

MACIEL, N. T.; MARTINS F. R. Aumento de coroa clínica estético. **Revista Uniplac**. [S. I.], v.1, n.1. 2013.

MARSON, F. C.; SENSI, L. G.; ARAÚJO, F. O.; ANDRADA, M. A. C.; ARAÚJO, E. Na era do clareamento dentário a laser ainda existe espaço para o clareamento caseiro? **Revista Dental Press Estética**. [S. I.]; v.3, n.1, p. 89-98, 2006.

MARSON, F. C.; SENSI, L. G.; ARRUDA, T.. Efeito do clareamento dental sobre a resistência adesiva do esmalte. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 33-37, 2008.

MARTINS, J. D. et al.. Diferentes alternativas de clareamento para dentes escurecidos tratados endodonticamente. **Revista de Ciências médica e biológicas**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 213- 218, 2009.

MIRANDA, C.B. et al. Ação dos agentes clareadores na dentina e polpa. **Revista CROMG**. [S. I.] v.9, n.1, p.29-33, 2003.

MONDELLI, J. **Estética e cosmética em clínica integrada restauradora**. Quintessence, São Paulo, 546p., 2003.

MORLEY, J.; EUBANK, J. Macroesthetic elements of smile design. **The Journal of the American Dental Association**, [S. I.]; v. 132, n.1, p. 39-45, 2001.

MORI, A. T.; CARDOZO, H. F. Estética dentária: visão de pacientes e de profissionais em relação à Odontologia. **Revista Paulista de Odontologia**. [S. I.] n. 5, 2002.

OLSSON, M.; LINDHE, J. Periodontal characteristics in individuals with varying forms of the upper central incisors. **Journal of Clinical Periodontology**, [S.I.], v.18, n.1, p.78-82, 1991.

OTTONI, J.; MAGALHÃES, L. F. **Cirurgia Plástica Periodontal e Periimplantar: Beleza com proporção e harmonia**. Artes Médicas. 1ª ed. São Paulo, 440 p., 2006.

PEDRON, I. G. et al. Cirurgia Gengival Ressectiva no Tratamento da Desarmonia do Sorriso **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v.18, n.48, p.87-91, 2010.

PINHEIRO, H. B.; COSTA, K. G.; KLAUTAU, E. B.; CARDOSO, P. E. C. Análise microestrutural do esmalte tratado com peróxido de hidrogênio e carbamida. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.2, p.215-220, 2011.

POI, W. R.; PANZARINI, S. R.; PEDRINI, D.; MANFRIN, T. M.; ZINA, L. G.; HAMANAKA, E. F. Plano de Tratamento em Odontologia: Análise dos Planos Propostos por Alunos de Graduação. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, v.7, n.3, p.297-301, 2007.

PORTOLANI-JÚNIOR, M. V.; CANDIDO, M. S. M.. Efeito dos agentes clareadores sobre as estruturas dentais. **Revista de Odontologia da UNESP**, São José dos Campos, v. 34, n. 2, p. 91-94, 2005.

REIS, A.; TAY, L. Y; HERRERA, D. R.; KOSSATZ, S.; LOGUÉRCIO, A. D. Clinical effects of prolonged application time of an in-office bleaching gel. **Operative Dentistry**, [S. I.], v. 36, n.6, p. 590-96, 2011.

ROSETTI, E. P.; SAMPAIO, L. M.; ZUZA, E. P. Correção de assimetria dentogengival com finalidade estética: Relato de caso. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 384-387, 2006.

RUFENACHT, C. R. **Princípios da integração estética**. Quintessence, São Paulo, 248p., 2003.

SCLAR, A. G. **Soft tissue and esthetic considerations in implant therapy**. Quintessence Books; [S. I.], 2003.

SEIXAS, M. R.; COSTA-PINTO, R. A.; ARAÚJO, T. M. *Checklist* dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v.16, n.2, p. 131-57, 2011.

- SHI, X., et al. The effect of col-ligth-activated bleaching treatment on enamel surfaces in vitro. **International Journal of Oral Science**, v.4, n.4, p. 208-213, 2012.
- SILVA, R. C.; CARVALHO, P. F. M.; JOLY, J. C. **Planejamento estético em periodontia**. 25º CIOSP (Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo), São Paulo, p.299-341, 2007.
- SOARES, F. F. et al. Bleaching in vital teeth: a literary review. **Revista Saúde.Com**. [S.I.], v.4, n.1, p.72-84, 2008.
- STOLL, L. B.; NOVAES, A. B. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**; São Paulo, v. 51, n.3, p. 269-73, 1997.
- STUELP, J.W. N.; **Avaliação da percepção estética do sorriso**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 80f, Florianópolis, 2011.
- SULIEMAN, M.; MACDONALD, E.; REES, J. S.; NEWCOMBE, R. G.; ADDY, M. Tooth bleaching by different concentrations of carbamide peroxide and hydrogen peroxide whitening strips: an in vitro study. **Journal of Esthetics Restoration Dentistry**. [S. I.], v.18, n.2, p.93-100, discussion I, 2006.
- TJAN, A. H. L.; MILLER, G. D.; THE, J. G. P. Some esthetic factors in a smile. **Journal of Prosthetic Dentistry**. [S.I.] v.51, n.1, p. 24-28, 1984.
- TUMENAS, I.; ISHIKIRIAMA, S.M. **Planejamento estético integrado em Periodontia/ Dentística**. In: CARDOSO, R.J.A.; GONÇALVES, E.A.N. Estética. Artes Médicas, São Paulo, p. 251-281. 2002.
- VAN DER GELD, P. OOSTERVALD, P.; VAN HECK, G.; KUIJ-PERS-JAGTMAN, A. M. Smile Attractiveness: Self-perception and Influence on Personality. **The Angle Orthodontist**, Appleton, v.77, n.5, p.759-765, 2007.
- ZEKONIS, R.; MATIS, B. A.; COCHRAN, M. A.; AL SHETRI, S. E.; ECKERT, G. J., CARLSON, T. J. Clinical evaluation of in-office and at-home bleaching treatments. **Operative Dentistry**. [S. I.], v.28, n.2, p.114-21, 2003.

3 ARTIGO

PERIODONTIA E ESTÉTICA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Naiara de Oliveira Farias*

Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues**

Maria Isabel Serpa Simões de Farias***

RESUMO – A forma, cor e disposição dos dentes associados à exposição da gengiva ao sorrir, além de importantes fatores estéticos, estão relacionados à aceitação das pessoas na sociedade. Este trabalho destaca a necessidade da atenção à estética em odontologia, uma vez que dentes bonitos e emoldurados por um contorno gengival adequado são exigências frequentes no consultório odontológico. Relata o caso de uma paciente insatisfeita com o seu sorriso devido ao contorno gengival desarmônico e ao escurecimento natural dos seus dentes, a qual foi submetida à gengivectomia/gengivoplastia e clareamento dental caseiro. Os procedimentos estéticos foram planejados respeitando os princípios da odontologia e conduzidos em acordo com a paciente, atendendo suas expectativas.

Palavras-chaves: Estética Dentária; Periodontia; Clareamento Dental.

ABSTRACT – The shape, color and arrangement of teeth associated with exposure of the gingiva when smiling and important aesthetic factors are related to the acceptance of people in society. This work highlights the need for attention to aesthetics in dentistry, since beautiful teeth and framed by a suitable gum line are common requirements in the dental office. Reports the case of an unsatisfied with your smile due to disharmonious gingival contour and the natural darkening of teeth, which underwent gingivectomy / gingivoplasty and tooth whitening homemade patient. Aesthetic procedures have been designed with the principles of dentistry and conducted in accordance with the patient, meeting their expectations.

Keywords: Esthetics, Dental; Periodontics; Tooth Bleaching.

*Graduanda em odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

E-mail: naiaraffarias@gmail.com

**Mestre em Odontologia pela Universidade XXXX; Especialista em Periodontia pelo COESP – João Pessoa – PB; Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – Patos – PB

***Graduanda em odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Revista Científica Integr@ção

Introdução

A busca pela excelência estética, funcional são pré-requisitos relevantes nos procedimentos odontológicos, enaltecidos por pacientes exigentes e preocupados com a aparência, os quais depositam grandes expectativas no resultado do tratamento. O desenvolvimento de novas técnicas e materiais utilizados na odontologia busca atender melhor os anseios de cirurgiões-dentistas e pacientes (TUMENAS, 2002).

Ao realizar um tratamento odontológico estético, o principal objetivo do profissional e do paciente é que seja obtido o melhor resultado possível. Este tratamento, portanto, deve ser realizado com conhecimento e seriedade por parte do profissional que o executa, para que o seu paciente receba o que há de melhor, de forma ética, evitando assim a ocorrência de danos não só físicos, mas também emocionais (DANTAS, 2009).

Deve-se entender que o sucesso de qualquer tratamento ou reabilitação estética, depende da existência da harmonia entre os componentes da região facial e bucal, levando em consideração o bom senso do profissional. Além disso, quando obtida harmonia entre esses componentes, ainda é imprescindível buscar a relação ideal entre os parâmetros dentários e periodontais (FAVA, 2011).

Visando promover melhor aparência e confiança aos pacientes com desarmonia no sorriso, a odontologia dispõe de técnicas e métodos que devolvem estética e consequentemente autoestima aqueles que estão insatisfeitos com a aparência do seu sorriso.

Relato de caso

Este caso clínico foi realizado na clínica integrada da UFCG (Universidade Federal de Campina Grande) em uma paciente do gênero feminino, leucoderma, 21 anos de idade. Esta, durante a anamnese, demonstrou insatisfação com a aparência do seu sorriso devido à exposição excessiva de gengiva ao sorrir e por possuir dentes escurecidos (Figura 1), sendo estas suas queixas principais. A paciente apresentava sorriso alto e profundidade de sondagem de 2 mm sem inflamação gengival ou sangramento.

Figura 1 – Aspecto inicial intra-oral



Fonte: Da autora

Após adequação do meio bucal (AMB) com realização de raspagens e alisamento coronal, bem como substituição de restaurações deficientes, foi traçado um plano de tratamento visando à correção do sorriso gengival através de cirurgia periodontal, seguida de clareamento dental cujo objetivo foi melhorar a aparência da cor dos dentes da paciente. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, seguido de aferição das profundidades de sondagem dos elementos 13, 12, 11, 21, 22 e 23 (Figura 2). Este procedimento, realizado com sonda periodontal de Willians (Trinity®), orientou a demarcação dos pontos sangrantes (Figura 3), os quais guiaram as incisões com Gengivótomo de Kirkland (Figura 4) e lâmina 15 C. Com auxílio de cureta de Mccall (Trinity®), foi removido o colarinho cervical (Figura 5) e, seguindo a sequência cirúrgica, foi realizada remoção em espessura do tecido periodontal com Gengivótomo de Kirkland (Figura 6). Finalizado o procedimento, acomodou-se sobre a área da ferida cirúrgica uma delgada camada de cimento cirúrgico (Pericem® – TechNew), o qual permaneceu por 04 dias pós-operatórios.

Figura 2 – Profundidade de sondagem



Fonte: Da autora

Figura 3- Demarcação externa da profundidade de sondagem



Fonte: Da autora

Figura 4 – União dos pontos sangrantes



Fonte: Da autora

Figura 5 – Remoção de colarinho com cureta McCall



Fonte: Da autora

Figura 6 – Remoção do tecido em espessura



Fonte: Da autora

Figura 7 – Pós-operatório imediato



Fonte: Da autora

Após a completa cicatrização da ferida cirúrgica (90 dias), a paciente foi encaminhada para realizar moldagem das arcadas superior e inferior com objetivo de confeccionar moldeiras individuais para realizar clareamento caseiro. O material utilizado para o clareamento dos dentes foi o peróxido de carbamida a 22% (Whiteness Perfect 22 FGM®), aplicado na parte vestibular da moldeira de silicone e assentada sobre os dentes. Com objetivo de diminuir a sensibilidade dentária e o desconforto decorrente do uso prolongado da moldeira, a paciente fez uso do agente clareador apenas por 1 hora durante 15 dias (Figura 8), como sugere o fabricante.

Figura 8 – Aspecto final do sorriso



Fonte: Da autora

Discussão

Após a realização da cirurgia periodontal, observou-se imediatamente a melhora na conformação do sorriso, o qual ganhou em estética e proporção dentária, mantendo a exposição de incisivos em repouso e a curvatura agradável do arco do sorriso com contorno gengival, regular e contínuo.

Os resultados obtidos atenderam as expectativas da paciente, garantindo satisfação pessoal e confiança ao sorrir. Ao final do tratamento observamos saúde

periodontal e contorno gengival adequado, não foi relatado desconforto ou sensibilidade dental após o uso do agente clareador. A paciente se mostrou satisfeita com a mudança da cor A3,5 para A2 (Escala Vita),

Castro; Santos; Ricardo (2006), salientam que a beleza é constantemente notada na face, especialmente no sorriso belo. Fava (2011) ainda acrescenta que a composição de um sorriso considerado belo, atraente e saudável, envolve equilíbrio entre a forma e simetria dos dentes, lábios e gengiva, além da maneira como estes se relacionam e harmonizam com o rosto dos pacientes.

A opinião do paciente deve ser considerada quando se propõe um plano de tratamento estético, assim destaca Stuelp (2011) e, de maneira semelhante, Dantas (2009), que dá ênfase a valorização da subjetividade da estética, sendo imprescindível a participação mais efetiva do paciente no planejamento do tratamento. Na realização do plano de tratamento do caso descrito, a paciente expôs seus anseios, os quais foram levados em consideração para a realização do procedimento cirúrgico.

Maciel (2013) afirma que as cirurgias plásticas periodontais estão disponíveis para uso corrente na prática clínica, restituindo a forma e a função do tecido gengival alterado. Porém, Duarte (2009) diz que as técnicas de cirurgia periodontal são muito precisas e restritas, não correspondendo rotina do dia-a-dia.

Gadotti (2008) menciona a cirurgia plástica periodontal, por razões estéticas, como uma opção para pacientes com discrepâncias de altura em dentes adjacentes, ou com queixas de grande exposição gengival no sorriso, corroborando com Ottoni e Magalhães (2006) que citam aumento da altura coronal e correção da arquitetura gengival como indicações para o uso das técnicas de cirurgia plástica periodontal.

Sobre a cicatrização, Duarte (2009) assegura que há pouca necessidade de se preocupar com cuidados pós-operatórios porque não ocorre edema, o sangramento é diminuto e não costuma haver processos dolorosos. Ao contrário de Ottoni e Magalhães (2006) que mencionam cicatrização lenta com dor pós-operatória.

Mondelli (2003) sugere que a altura ideal da linha do lábio superior é aquela em que a borda do lábio está situada ao nível da área gengival dos incisivos centrais superiores; Duarte (2009), afirma que este é um fator importante para compor um sorriso atraente.

Haywood (2000) refere que a técnica mais utilizada para o clareamento de dentes vitais é a do clareamento caseiro, o mesmo foi sugerido Marson et al. (2006), após análise comparativa.

Marson et al. (2006), citam vantagens do clareamento caseiro como: o gel clareador ser pouco agressivo aos tecidos, menor custo, menor recidiva de cor em longo prazo e poucas e rápidas consultas. De maneira semelhante Haywood (2000), destaca a técnica caseira por seu baixo custo, segurança pelo uso de agentes clareadores em baixa concentração e bons resultados.

Considerações finais

A cirurgia periodontal, bem como o clareamento caseiro atenderam as expectativas da paciente, a qual demonstrou satisfação pessoal e melhora da autoestima, se sentindo mais segura e confiante ao sorrir.

Referências

CASTRO, M. V. M. DE; SANTOS, N. C. DE M.; RICARDO, L. H. Assessment Of The "Golden Proportion" In Agreeable Smiles. **Quintessence Int**, Berlim, v.37, n.8, p.597- 604, 2006.

DANTAS, G. S. **Estudo da estética dentária em alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba**. João Pessoa. 58f. Monografia. Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. 58f.

DUARTE, C. A. Cirurgia Periodontal - Pré-Protética, Estética e Periimplantar. **Ed. Santos** 3^a. ed. São Paulo:, 505 p., 2009.

FAVA, F. O. **Avaliação do sorriso levando em consideração a proporção áurea, parâmetros periodontais, dentais e faciais**. Maringá. 106f. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Odontologia. Faculdade Ingá, Unidade de Ensino Superior Ingá, 2011.

GADOTTI, Viviane Costa Leite. **Referências estéticas para aumento de coroa clínica em dentes anteriores**. 39f. Trabalho de conclusão (Especialização) - Curso de Especialização em Periodontia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

HAYWOOD, V. B. Current status of nightguard vital bleaching. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**; v. 21, p.10-7, 2000.

MACIEL, N. T.; MARTINS F. R. Aumento de coroa clínica estético. **Revista Uniplac**. [S. I.], v.1, n.1. 2013.

MARSON, F. C.; SENSI, L. G.; ARAÚJO, F. O.; ANDRADA, M. A. C.; ARAÚJO, E. Na era do clareamento dentário a laser ainda existe espaço para o clareamento caseiro? **Revista Dental Press Estética**. [S. I.]; v.3, n.1, p. 89-98, 2006.

MONDELLI, J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. **Quintessence**, São Paulo, 2003.

OTTONI, J.; MAGALHÃES, L. F. Cirurgia Plástica Periodontal e Periimplantar: Beleza com proporção e harmonia. **Artes Médicas**. 1ª ed. São Paulo, 440 p., 2006.

STUELP, J.W. N.; **Avaliação da percepção estética do sorriso**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 80f, Florianópolis, 2011.

TUMENAS, I.; ISHIKIRIAMA, S.M. Planejamento estético integrado em Periodontia/ Dentística. In: CARDOSO, R.J.A.; GONÇALVES, E.A.N. **Estética**. Artes Médicas, São Paulo, p. 251-281. 2002.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à crescente procura por procedimentos estéticos em odontologia, cirurgiões-dentistas e estudantes da área estão cada vez mais preocupados em se aperfeiçoar para realizar procedimentos que devolvam função adequada do sistema estomatognático, bem como autoestima aos pacientes que procuram pelo tratamento odontológico. Conhecer a condição de higiene bucal de cada indivíduo é imprescindível para o sucesso do tratamento estabelecido, já que a conscientização do paciente também influencia no posicionamento do cirurgião-dentista frente a cada caso. O tratamento deve ser realizado em acordo com o paciente, de modo que não sejam feridas as suas expectativas, porém respeitando as condições biológicas de cada um e os princípios da odontologia. Assim, o cirurgião-dentista conduzirá o tratamento respeitando as necessidades do indivíduo, porém priorizando os procedimentos que exigem resolução urgente.

ANEXO 1 – Normas para publicação - Revista Científica Integr@ção

1. A Revista Científica Integr@ção das Faculdades Integradas de Patos publica trabalhos científicos inéditos em português nas áreas de conhecimento relacionados com os cursos de Biomedicina, Direito, Economia, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Geografia, História, Informática, Jornalismo, Letras, Odontologia, Pedagogia e Psicologia, todos oferecidos por esta instituição. Os artigos científicos, revisões bibliográficas, relatos de caso(s) e resenhas deverão ser destinados com exclusividade.

2. Todos os trabalhos deverão seguir a seguinte formatação geral: Usar processador: Word para windows, versão 6.0 ou posterior em folha com tamanho A4 210 x 297mm, espaço 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12. O número de laudas será entre 10 e 15 para artigos científicos e revisões bibliográficas, entre 5 e 8 para relatos de casos e 3 a 5 para resenhas. As tabelas, quadros, gráficos e figuras deverão estar inseridas no texto logo após a primeira chamada (tabela 1, Gráfico 1, Figura 1 etc.). As margens superior e esquerda deverão ter 3 cm e direita e inferior 2 cm. A paginação deverá ser no lado superior direito, com a página capitular sem numeração. Título abreviado para cabeçalho com cinco palavras no máximo.

3. Os artigos científicos deverão conter: Título: (máximo 5 palavras, centralizado, caixa alta) Resumo: parágrafo único (100-150 palavras); espaço simples e justificado. Palavras-chave (três, a cinco); Abstract: Keywords; Introdução, Revisão de Literatura; Material e Métodos; Resultados e Discussão; Conclusão ou Considerações Finais; e Referências.

4. As Revisões Bibliográficas e Resenhas deverão conter os seguintes tópicos: Título, Resumo, Abstract (semelhantes ao do artigo científico), Introdução, Desenvolvimento, Considerações Finais e Referências.

5. Os relatos de caso(s) deverão conter: Título, Resumo, Abstract (semelhante ao do artigo científico), Introdução (contendo a Revisão de Literatura); Relato do caso; Resultados e Discussão; Conclusão ou Considerações Finais; e Referências.

6. Todas as citações dos trabalhos seguirão as Normas da ABNT NBR's 6023, 14724/2006. O comitê dispõe de um manual de orientações disponíveis nas coordenações de cada curso.

7. Os nomes dos autores deverão ser colocados por extenso (fonte 12), centralizados logo abaixo do título, seguidos de números sobrescritos que serão repetidos no rodapé (fonte 10), para especificação (profissão, titulação e instituição) e indicação de autor para correspondência (com endereço eletrônico e e-mail).

A apresentação dos manuscritos deverá seguir a seguinte ordem:

1. Todos os manuscritos deverão ser encaminhados (duas vias) seguindo as normas gerais estabelecidas pelo Comitê Editorial da Revista, acompanhados de uma cópia em CD.

2. Todos os manuscritos deverão vir acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada pelo autor responsável do trabalho, atestando que o artigo não fere as normas éticas da profissão.
3. Os conceitos e afirmações contidos nos artigos serão de inteira responsabilidade do(s) autor (es). No máximo 03 (três) autores por artigo.
4. O (s) Autor(es) só poderá(ão) publicar(em) 02 (dois) artigos no máximo, independente de ser o primeiro, segundo ou terceiro autor.
5. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito pelo Comitê Editorial.
6. Os manuscritos recebidos pelo Comitê Editorial serão submetidos à apreciação de membros do Conselho Editorial de acordo com a afinidade da área. É importante ressaltar que será preservada a identidade dos autores dos trabalhos e dos conselheiros em todas as fases do processo de avaliação.
7. O autor receberá 02 (dois) exemplares de cada número da revista no qual seu artigo foi publicado.
8. Os artigos não aprovados serão comunicado(s) ao(s) autor (s) e devolvidos.
9. O Comitê Editorial da Revista Científica Integr@ção encoraja docentes e discentes de todos os cursos das Faculdades Integradas de Patos (Graduação e Pós-Graduação) a submeterem artigos redigidos com base em seus trabalhos desenvolvidos, desde que ainda não tenham sido publicados em outras revistas, periódicos ou jornais.

Comitê Editorial da Revista Científica Integr@ção: *Alana Candeia de Melo; Aretuza Candeia de Melo e Luzia Mendonça Torres.*

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, Raysa Bacula de Andrade, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 13 de Novembro de 2013.

Raysa B de Andrade, RG: 3483020 CPF: 082069134-83
Assinatura do paciente ou responsável

