



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**



ALINE RODRIGUES RENOVATO

**REPOSICIONAMENTO LABIAL E
OTIMIZAÇÃO ESTÉTICA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

UBERLÂNDIA
2020

ALINE RODRIGUES RENOVATO

REPOSICIONAMENTO LABIAL E OTIMIZAÇÃO ESTÉTICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Denildo de Magalhães

Co-orientadora: Prof^ª. Ms. Karine Regina Tolesano Loureiro

UBERLÂNDIA
2020

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a realização deste trabalho de conclusão de curso primeiramente a Deus, por sempre estar me guiando, iluminando meus pensamentos, protegendo e me dando força para que nunca desistisse dos meus sonhos e metas, mesmo diante de todos os meus desafios, desde a decisão de cursar faculdade tão longe de casa.

Agradeço aos meus pais, por nunca desistirem de mim, serem meu porto seguro e me amarem acima de qualquer coisa. Às minhas irmãs pelo amor incondicional assim como o de toda minha família, que sempre me apoiar e acreditar na profissional que eu estou me tornando.

Agradeço ao meu orientador Denildo de Magalhães, por toda dedicação e carinho oferecidos a mim, pela disponibilidade e além disso, por toda confiança dada para execução desse trabalho. Obrigada por me ensinar, me fazer amar a Periodontia e por ter se tornado um grande amigo.

Agradeço a toda minha banca pela disponibilidade da presença e por ter conhecido, um pouco, de cada um de vocês em minha jornada acadêmica. Obrigado por agregarem conhecimento em minha vida.

Agradeço aos meus amigos, aqueles do Tocantins, minha terra de origem que eu tanto amo, aos que fiz em Minas Gerais, em especial ao grupo TPV, que se tornou uma verdadeira família nos meus anos como mineira. E a todos aqueles que tenho no meu coração, que fizeram parte da minha vida universitária, pelo apoio, companhia e torcida oferecidos durante toda minha trajetória, toda minha gratidão.

RESUMO

Diante da crescente preocupação social com a estética favorável, o cirurgião dentista tem sido levado a visualizar as necessidades dos pacientes de forma abrangente para estabelecer no tratamento odontológico além do padrão fisiológico, uma relação estética harmônica. Esta é considerada pela associação satisfatória entre dentes, estrutura labial e exposição gengival, sendo a última classificada como excessiva quando acima de 3mm, caracterizando o “Sorriso gengival”. Diante de diferentes etiologias, várias modalidades cirúrgicas foram relatadas para eliminar a exposição indesejada da gengiva, por vezes associadas, e nesse contexto surge o Reposicionamento Labial como uma cirurgia conservadora, reversível, de bom prognóstico. O objetivo do trabalho é apresentar um caso clínico no qual foi executada a cirurgia de Reposicionamento Labial, entre outros procedimentos odontológicos cosméticos, como parte de um planejamento integrado. Paciente, 23 anos, sexo feminino, apresentava exposição gengival acima de 5 mm e hiperatividade labial ao sorrir, coroas clínicas anteriores curtas com manchas brancas de fluorose, proeminências ósseas maxilares bilaterais e inserção marginal do freio labial. Foram indicados procedimentos que ocorreram em dois tempos cirúrgicos, o primeiro com Frenectomia Labial e Cirurgia a retalho com Osteoplastia da região vestibular posterior de maxila; e o segundo com Reposicionamento Labial e Gengivoplastia, ocorrendo sem complicações. Feito isso, foram realizados métodos de adequação da cor dos dentes com uma sessão de Microabrasão e Clareamento Dental caseiro. Conclui-se que o sucesso das reabilitações estéticas está relacionado à execução de um plano de tratamento multidisciplinar, capaz de estabelecer harmonia entre todos os componentes do sorriso. Após finalização e cicatrização do caso, acompanhado por até 1 ano, demonstrou-se efetividade das técnicas empregadas, exposição de gengiva adequada, ganho de volume labial, aprimoramento da estética do sorriso e satisfação da paciente sujeita.

PALAVRAS – CHAVE: Estética, Harmonia, Periodontia.

ABSTRACT

In view of the growing social concern with favorable aesthetics, the dental surgeon has been led to comprehend the needs of patients in a comprehensive way to establish in the dental treatment beyond the physiological standard, a harmonious aesthetic relationship. This is considered by the satisfactory association between teeth, lip structure and gingival exposure, the last one being classified as excessive when above 3mm, characterizing the "Gingival smile". In different etiologies, several surgical modalities have been reported to eliminate unwanted gingival exposure, sometimes associated, and in this context, Lip Repositioning appears as a conservative, reversible surgery, with a great prognosis. The aim of this study is to present a clinical case in which the Lip Repositioning surgery was performed, among other cosmetic dental procedures, as part of an integrated planning. Report of case: 23 year-old female patient, presented gingival exposure above 5 mm and lip hyperactivity when smiling, short anterior clinical crowns with white fluorosis spots, bilateral maxillary bony prominences and marginal insertion of the labial frenulum. Procedures that occurred in two surgical stages were indicated, the first with labial frenectomy and flap surgery with osteoplasty of the posterior maxillary vestibular region; and the second one with Lip Repositioning and Gingivoplasty, occurring without complications. After that, methods of adjusting the color of the teeth were performed with a session of Microabrasion and home teeth whitening. It is concluded that the success of aesthetic rehabilitation is related to the execution of a multidisciplinary treatment plan, capable of establishing harmony between all the smile components. After completion and healing of the case, accompanied for up to 1 year, the effectiveness of the techniques employed was demonstrated, adequate gingival exposure, gain in lip volume, improvement of the aesthetics of smile and the patient satisfaction.

KEYWORDS: Aesthetics, Harmony, Periodontics.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 07 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 08 |
| 3. RELATO DE CASO CLÍNICO | 16 |
| 4. DISCUSSÃO | 19 |
| 5. CONCLUSÃO | 21 |
| 6. REFERÊNCIAS | 23 |
| ANEXOS | 27 |

1. INTRODUÇÃO

O sorriso é uma expressão facial universal, fundamental para a socialização. Frente ao aumento da demanda estética na sociedade, o cirurgião dentista tem sido levado a visualizar as necessidades dos pacientes como um todo, atrelando saúde e estética no tratamento odontológico para estabelecer uma relação harmônica através da abordagem multidisciplinar. Considera-se que a harmonia do sorriso é determinada não somente por características ligadas aos dentes como a forma, posição e cor (Dayakar, MM et. al, 2014), mas também pela extensão da exposição gengival e a relação dinâmica entre estes e a estrutura labial. (Garber, DA et. al, 1996).

Na cultura influenciada pela mídia de massa atual, muitas pessoas consideram mesmo a menor exibição excessiva de tecido gengival como não atraente, o que embora seja um valor subjetivo, entende-se na literatura que a exposição de até 2-3mm é considerada aceitável, enquanto acima disso torna-se pouco agradável, denominada como “Sorriso Gengival” (Sharma, A et. al, 2017).

Tal condição se trata de um padrão não atraente podendo ser causado por discrepâncias ditas como dento-alveolares ou não dento-alveolares, por vezes associadas. As discrepâncias dento-alveolares incluem: coroas clínicas curtas, erupção passiva alterada, hipertrofia / hiperplasia gengival e extrusão dento-alveolar; enquanto dentre as discrepâncias não dento-alveolares estão: lábio superior hiperativo, lábio superior curto ou incompetente e excesso maxilar vertical (Tawfik, OK et. al, 2018).

O manejo de pacientes com alterações gengivais e esqueléticas associadas se torna desafiador, uma vez que requerem uma abordagem mais complexa de reabilitação estética (Simon, Z et. al, 2007). Nesses casos, cabe ao profissional optar entre as modalidades bem descritas na literatura, tais como injeções de toxina botulínica, aumento de coroa clínica, reposicionamento labial, descolamento/miotomia dos músculos elevadores do lábio (zigomático menor, elevador do ângulo, orbicular e elevador do lábio

superior), tratamento ortodôntico e cirurgia ortognática (Alammar, A et. al, 2018).

A técnica cirúrgica de Reposicionamento Labial surge nesse contexto, inicialmente como um procedimento cosmético da cirurgia plástica para correção do sorriso gengival, por meio do reposicionamento cirúrgico do lábio. Vista como conservadora, a cirurgia foi descrita pela primeira vez em 1973 por Rubinstein e Kostianovsky e posteriormente relatada por Rosenblatt e Simon como procedimento odontológico mucogengival, em 2006 (Rubinstein A, et. al, 1973) (Simon, Z et. al, 2007). O uso bem-sucedido dessa técnica deve-se à redução de profundidade do vestíbulo, a qual limita a ação dos músculos elevadores do lábio, evitando a exposição excessiva de gengiva (Tawfik, OK et. al, 2018).

Embora não seja considerada uma cirurgia plástica reconstrutiva, mas sim cosmética, devido à praticidade técnica e o potencial de eliminação da exposição indesejada de gengiva, o reposicionamento cirúrgico do lábio vem ganhando cada vez mais aceitação científica nos dias atuais (Tawfik, OK et. al, 2018). Assim sendo, o presente estudo busca apresentar um relato de caso clínico, fundamentado em uma revisão de literatura, no qual foi executada a cirurgia de Reposicionamento Labial, entre outros procedimentos odontológicos cosméticos, tais como Frenectomia Labial, Cirurgia a retalho com Osteoplastia da maxila e Plástica Gengival, seguidos de Microabrasão e Clareamento em dentes anteriores. Dessa forma, demonstra-se a relevância da técnica e do planejamento integrado, de forma a atingir parâmetros estéticos otimizados mantendo o padrão fisiológico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A partir do artigo “Cosmetic surgery for the malformation of the laugh: Original technique” o reposicionamento labial surge na literatura científica como procedimento da cirurgia plástica; A cirurgia foi descrita pela primeira vez em 1973 para tratar a exposição excessiva de gengiva e proposta como uma técnica cirúrgica conservadora permanente, que oferece uma abordagem

menos invasiva. A técnica visa limitar a tração muscular do sorriso, reduzindo a profundidade do vestibulo, nela é criada uma incisão elíptica na profundidade do vestibulo, na qual a incisão inferior foi colocada 3-4mm da margem gengival e a incisão superior à distância do dobro da medida de exposição de gengiva. (Rubinstein A, et. al, 1973).

Em 2006, o artigo “Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report” é o primeiro a citar o reposicionamento labial como procedimento odontológico mucogengival. Nele, a técnica cirúrgica foi descrita com a incisão inferior sendo feita na linha da junção mucogengival, distinguindo-se do original, e a distância entre a incisão superior e inferior foi mantida em até 10 a 12mm. No caso clínico do artigo, utilizou-se eletrocoagulação com uso de laser e anestesia local para controle do sangramento e a sutura escolhida, a princípio, foi a simples na linha média para promover o reestabelecimento do alinhamento correto do sorriso; em seguida, suturas contínuas foram executadas, aproximando o restante do retalho dos dois lados. No pós-cirúrgico foi recomendado minimização dos movimentos labiais por uma semana e remoção de suturas após 15 dias. O artigo realça o reposicionamento labial como procedimento raramente descrito na literatura odontológica, cita variações da técnica como incisões nas inserções musculares após o rebatimento de retalho e a miectomia propriamente dita, a fim de permitir uma sutura livre de tensões e prevenir recorrência do sorriso gengival. Os autores realçam a complicação mais séria sendo a formação de mucocele pela lesão de glândulas salivares menores e, entre as contraindicações do procedimento estão uma pequena faixa anterior de gengiva inserida na área vestibular de maxila (pois dificulta o design, estabilização e suturas do retalho) e grandes excessos maxilares verticais onde está indicada ortognática. O acompanhamento do caso se deu até 8 meses após o procedimento, demonstrando redução da exposição excessiva de gengiva, concluindo a técnica cirúrgica como capaz de promover otimização estética pela alocação do lábio numa posição mais coronal (Rosenblatt A, et. al, 2006).

Em 2007, Simon, Z. et. Al apresenta um caso clínico em que foi utilizada a técnica de reposicionamento labial para aprimoramento estético em caso de paciente com exposição de gengiva excessiva ao sorrir e lábio superior hiperativo. A execução da técnica se deu como preconizada originalmente, porém, tendo a incisão inferior na linha da junção mucogengival e também optando por realizar suturas contínuas na estabilização do retalho. O artigo “Eliminating a Gummy Smile with Surgical Lip Repositioning” compara a técnica como menos invasiva diante da cirurgia ortognática, realizada em pacientes com deformidades mandibulares, a qual requer hospitalização e acarreta desconforto significativo ao paciente. O acompanhamento do caso clínico se deu até um ano após o procedimento cirúrgico, demonstrando esse como seguro, previsível com risco e efeitos colaterais mínimos e é uma modalidade alternativa de tratamento estético (Simon, Z et. al, 2007).

No relato de caso clínico “An innovative cosmetic technique called lip repositioning” de 2010, foi descrito o uso bem-sucedido da técnica de reposicionamento labial para reduzir a exibição gengival, limitando a retração dos músculos elevadores do lábio. O autor cita três cuidados a serem tomados como precaução da cirurgia, tais como: evitar danos a glândulas salivares menores que possam gerar mucocele, avaliar a extensão da faixa de gengiva inserida e não executar a cirurgia em casos de pacientes com grandes excessos maxilares verticais, para os quais estará indicada cirurgia ortognática (Gupta, KK et. al, 2010).

O artigo “Excessive gingival display: treatment by a modified lip repositioning technique” de 2012, foi um estudo prospectivo que analisou os resultados de treze pacientes com exibição gengival excessiva, submetidos a cirurgia de reposicionamento labial com uma técnica de reposicionamento labial modificada, na qual foram removidas 2 faixas de mucosa, poupando o freio labial para facilitar manter posição da linha mediana ao suturar e reduzir morbidade associada ao procedimento. A técnica demonstrou diminuição da exposição de gengiva indesejada e aumento de comprimento do vermelhão do lábio superior, com um resultado favorável após 3 e 6 meses de

acompanhamento. De acordo com a pesquisa de satisfação, os pacientes se mostraram satisfeitos com seu sorriso após a cirurgia e 92% deles provavelmente escolheriam se submeter ao procedimento novamente. A pior parte de se submeter à cirurgia foi o desconforto ou incapacidade de mover o lábio durante a cicatrização precoce, avaliado por 69% dos pacientes. Realçam modificações favoráveis na técnica como a excisão de tecido unilateral, quando em casos de sorriso assimétrico (Silva, CO et. al, 2013).

O artigo clínico de Jacobs, PJ et. al de 2013, demonstra a execução da cirurgia de reposicionamento labial em sete pacientes, feita com uma etapa de “teste”, que consiste em uma demonstração do resultado proposto pela cirurgia antes do ato propriamente dito. Isso foi possível pela utilização de suturas que tracionem o lábio sobre a região de tecido a ser excisada, e assim foi alcançar a redução do vestíbulo de forma reversível, assim que as suturas fossem removidas. Isso é feito para aprovação do procedimento definitivo pelo paciente que, ao conseguir previamente ver o resultado aproximado, sente-se mais seguro. Após o ato cirúrgico notou-se uma redução média de 6,4 a 1,5 mm na exposição de gengiva, que se manteve do primeiro mês até 3 anos de pós-cirúrgico, com somente um paciente demonstrando recorrência da exposição inicial.

Ainda em 2013, Ribeiro-Junior, NV et. al descreveram em seu artigo uma modificação da técnica de reposicionamento labial para obter resultados estáveis e significativos por meio de um procedimento mais conservador. Dois pacientes com queixa de sorriso gengival foram tratados com a técnica proposta e apresentaram, após 6 meses de acompanhamento, melhora significativa na quantidade de exposição gengival e satisfação estética. A modificação feita na técnica foi a remoção de tecido em 2 faixas, bilateralmente ao freio labial. Este artigo realça a importância da minuciosa avaliação prévia da etiologia do sorriso gengival (por lábio superior hiperativo ou excesso maxilar vertical ou coroas clínicas curtas, fora do “padrão áureo”, entre outras) para a adequada escolha da técnica cirúrgica.

O artigo “Lip repositioning: An alternative cosmetic treatment for gummy smile” de 2014, demonstrou um caso clínico no qual se executou a técnica de reposicionamento labial para aprimoramento estético. Como resultado, obteve uma redução total de 3mm até 6 meses de pós-operatório e depois de um ano o resultado não se mostrou estável, retornando à condição original (5-6mm de exposição de gengiva). Apesar disso, ainda assim o autor considerou o procedimento de baixa morbidade, seguro, com mínimos efeitos colaterais como hematoma, inchaço e desconforto (Dayakar, MM et. al, 2014).

Em 2014, o relato intitulado “Lip Repositioning” descreveu o uso da técnica cirúrgica de reposicionamento labial para o tratamento de sorriso gengival associado ao excesso vertical maxilar moderado e hipermobilidade do lábio superior. O procedimento restringe a tração muscular dos músculos elevadores do lábio, encurtando o vestíbulo, reduzindo a exibição gengival ao sorrir. A cicatrização ocorreu sem intercorrências e os exames de acompanhamento de 10 meses revelaram redução da exibição gengival. Para pacientes que desejam uma alternativa menos invasiva à cirurgia ortognática, o autor realça o reposicionamento labial como uma alternativa viável (Gaddale, R et. al, 2014).

O artigo “Does Lip-Repositioning Surgery Improve Long-Term Smile Outcome and Dental Esthetics in Patients With Excessive Gingival Display? A Review of the Current Literature” de 2014, trata-se uma revisão de literatura acerca da técnica de reposicionamento labial, que diz que a literatura científica sobre cirurgia é escassa, mas todos os artigos revisados enfatizam a importância da identificação dos fatores etiológicos envolvidos, quando a queixa principal do paciente é um "sorriso gengival". Destaca ainda que o reposicionamento cirúrgico do lábio é uma técnica inovadora, previsível, usada em casos seletivos, seja como uma técnica adjunta às conhecidas modalidades de tratamento do sorriso gengival comumente usadas, ou como uma alternativa às cirurgias altamente invasivas, uma vez que proporciona morbidade mínima, menor incidência de complicações e tempo de recuperação mais rápido. Os autores preconizam que investigações adicionais e mais pesquisas, com

tamanho de amostra maior e períodos de acompanhamento mais longos, são necessárias para avaliar adequadamente esta técnica e seu resultado. O sorriso gengival é uma condição multifatorial que requer um exame cuidadoso para detectar a etiologia. Quanto mais grave for o caso, maior será a necessidade de abordagem colaborativa de modalidade de tratamento múltiplo (Peres, MFS et.al, 2014).

No artigo “Treatment of Excessive Gingival Display Using Lip Repositioning Tchnique: A case report” de 2015, o autor utilizou a técnica de reposicionamento labial para correção de exposição de gengiva excessiva, além da correção de assimetria labial ao sorrir, executando a técnica com remoção distinta de quantidade de tecido dos dois lados, removendo mais do lado direito até a região mediana do freio, do que do lado esquerdo do vestíbulo. Dessa forma, alcançou-se o ganho estético do sorriso e satisfação da expectativa da paciente. O artigo cita as opções de tratamento para casos de sorriso gengival causado por erupção passiva alterada, associando o procedimento labial com gengivoplastia, com ou sem osteoplastia, a depender da indicação. Cita a cirurgia ortognática e ortodontia em casos de excessos verticais ósseos e, além disso, a miotomia e uso de toxina botulínica em casos de lábio superior hiperativo. O caso clínico manteve resultados estáveis após um ano, demonstrando saúde periodontal e o resultado estético desejado (Nascimento, BFKS et. al, 2015).

Em 2015, Bhola, M et al. e seu grupo defenderam uma classificação para as causas do sorriso gengival e uma árvore de decisão de tratamento como um guia clínico para dentistas no artigo “LipStaT: the lip stabilization technique - indications and guidelines for case selection and classification of excessive gingival display”. Os autores destacam que a seleção e o diagnóstico adequados de cada caso são essenciais para o sucesso do procedimento. O diagnóstico é feito a partir de uma série de exames, medições e consultas para se chegar ao plano de tratamento adequado para cada indivíduo. Além disso, o artigo descreveu os passos do procedimento, juntamente com o resultado pós-cirúrgico de dois pacientes acompanhados por 4 anos, demonstrando

resultados estáveis e satisfatórios na redução de exposição gengival indesejada.

No caso clínico “Use of modified lip repositioning technique associated with esthetic crown lengthening for treatment of excessive gingival display: A case report of multiple etiologies” de 2016, os autores apresentam o caso de um paciente submetido a cirurgia de reposicionamento labial, seguido de gengivoplastia, em dois tempos cirúrgicos, ambos os procedimentos com objetivo de aprimorar a estética do sorriso. A associação de procedimentos se mostrou efetiva na redução de exposição gengival causada por lábio hiperativo e erupção passiva alterada. Os autores realçam a importância do conhecimento da causa, na execução de um plano de tratamento abrangente que resolva as múltiplas etiologias do sorriso gengival (Mantovani, MB et. al, 2016).

Em 2017, o artigo “Lip Repositioning: A Boon in Smile Enhancement” descreve o uso da técnica cirúrgica de reposicionamento labial para o tratamento de sorriso gengival. Os autores citam a técnica como efetiva, apresentando resultado favorável após a cicatrização, que ocorreu sem intercorrências. Para pacientes que desejam uma alternativa à ortognática, os autores realçam o reposicionamento labial como uma alternativa viável e cita o uso de toxina botulínica como boa alternativa não cirúrgica, mas que apresenta resultados transitórios (Sharma, A et. al, 2017).

O artigo “Lip Repositioning Procedure to Correct Excessive Gingival Display: A Case Report of Identical Twins” também de 2017, apresentou o caso clínico de dois pacientes gêmeos idênticos que exibiam excesso vertical maxilar grave e lábio superior hiperativo. Ambos os pacientes tiveram a opção de cirurgia ortognática para corrigir o sorriso gengival e optaram pelo reposicionamento labial. Antes do início do procedimento cirúrgico, as linhas médias facial e dentária foram marcadas com um marcador cirúrgico em três locais: nariz, lábio e papila interdental entre os incisivos centrais. Os autores destacam este como um passo importante a ser realizado antes da anestesia local, pois esses pontos fornecem realinhamento correto da face na linha média

para simetria bilateral pós-cirurgicamente. Os pacientes elegeram essa abordagem cirúrgica para evitar maior morbidade e custo associados à cirurgia ortognática e obtiveram resultados favoráveis após dois anos do procedimento (Ambrosio, F et. al, 2017).

Em 2018, o artigo “Lip repositioning technique. A simple surgical procedure to improve the smile harmony” traz o reposicionamento labial como técnica escolhida para tratar três pacientes com sorriso gengival. O artigo descreve a técnica e o acompanhamento dos pacientes que se mostrou com sucesso na redução de exposição de gengiva. (Faus-Matoses, V et. al, 2018).

Ainda em 2018, dois outros estudos demonstraram a realização da técnica de reposicionamento labial modificada pela inserção da etapa de miotomia dos músculos elevadores do lábio, comparativamente apresentando que a técnica modificada, utilizada no tratamento do sorriso gengival tem menor recidiva após a cirurgia, apresenta excelente cosmética e, promove maior sustentabilidade do resultado (Tawfik, OK et. al, 2018; Alammari, A et. al, 2018). Neste mesmo ano, também surge o estudo de Tawfik et. al, que se trata de uma revisão sistemática sobre as técnicas até então relatadas de reposicionamento cirúrgico do lábio. No texto é mostrada uma análise de que essa cirurgia tem apresentado melhora média da exposição de gengiva de 3,4mm, tratando-se de uma abordagem de sucesso para o tratamento do sorriso gengival, especialmente para pacientes com pequenas discrepâncias que desejam uma alternativa menos invasiva à cirurgia ortognática e um resultado mais imediato e duradouro quando comparado com ortodontia e tratamento com Botox, respectivamente. Os autores realçam a importância de maior quantidade de estudos acerca da técnica para uma melhor avaliação da estabilidade dos resultados a longo prazo.

No ano de 2019, o caso clínico de Foudah, M.A. aponta causas de recidiva do sorriso gengival em casos em que a abordagem foi de reposicionamento labial, como sendo: não seguir a regra de dobrar a quantidade de exposição da exibição gengival ao planejar a incisão, realizar incisão profunda no tecido conjuntivo e fibras musculares, paciente possuir

faixa de gengiva inserida muito estreita e paciente possuir tração muscular muito intensa. Por outro lado, os casos clínicos de Gadalla H, et al. e Ganesh B, et. al demonstraram o uso bem-sucedido de laser inserido na técnica de reposicionamento labial, no ato da incisão. As principais vantagens da aplicação do laser em cirurgia de tecidos moles destacadas foram cirurgia relativamente sem sangue, com coagulação e bacteremia reduzida com mínimo desconforto no pós-operatório. A excisão assistida por laser serviu como uma opção alternativa e fornecendo hemostasia imediata, reduzindo assim a incidência de hematoma. Além disso, um campo cirúrgico incruento aumentou a facilidade de sutura, que é fundamental para o sucesso do procedimento.

Ainda em 2019, o artigo intitulado “Hypermobile upper lip is highly prevalent among patients seeking treatment for gummy smile” fez uma avaliação da prevalência de erupção passiva alterada e lábio superior hiperativo, em pacientes que procuram corrigir o sorriso gengival e determinar a possível diferença de predomínio destes, entre pacientes com diferentes níveis de exibição gengival. A conclusão da análise foi de que entre os pacientes que procuram tratamento de exposição excessiva de gengiva com a técnica de reposicionamento labial, o lábio hiperativo é a mais predominante etiologia e está frequentemente presente em combinação com a erupção passiva alterada (Andijani, RI et. al, 2019).

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente, L. C. O, 23 anos, gênero feminino, compareceu à clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia com queixa de desconforto estético devido à exposição excessiva de gengiva ao sorrir e presença de manchas brancas nos dentes anteriores. Durante o exame clínico confirmou-se o fato, verificando que a paciente apresentava “sorriso gengival”, com uma exposição superior a 5 mm e hiperatividade labial ao sorrir. Somado a isso, apresentava inserção marginal do freio labial próxima a área de papila, verificada através do teste de Bowers (Rosa, P et. al, 2018) e proeminências ósseas maxilares bilaterais na região

vestibular dos dentes posteriores. Além disso, possuía coroas clínicas dos dentes anteriores curtas em função de pequenos excessos gengivais, as quais apresentavam manchas brancas provenientes de fluorose na face vestibular.

Após análise do quadro clínico apresentado, verificando ausência de comprometimento sistêmico e periodontal da paciente, e feita a tomada de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram indicados os seguintes procedimentos cirúrgicos: Frenectomia Labial, Retalho com Osteoplastia da região vestibular posterior de maxila, Reposicionamento do Lábio e Plástica Gengival; e ao final dessa etapa, foram realizados procedimentos de adequação da cor dos dentes com uma sessão de Microabrasão e Clareamento Dental caseiro.

Realizaram-se dois tempos cirúrgicos: o primeiro, iniciado pela Frenectomia labial, na qual foram feitas anestésias infiltrativas, e complementação papilar, na região dos dentes 11 e 21, com anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Com uma pinça hemostática reta, o freio foi pinçado e a área incisada com um bisturi Bard-Parker com lâmina 15, paralelamente à pinça hemostática, de modo a permitir o acesso à inserção fibrosa do freio. Com um descolador Molt nº 9, a inserção foi descolada do osso e removida. Em seguida, foram realizadas as suturas aproximando as bordas da incisão, feitas de forma contínua com fio monofilamento 5.0.

Ainda no primeiro tempo cirúrgico realizou-se a cirurgia para regularização óssea vestibular da maxila, começando com anestésias infiltrativas e complementação papilar com anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Incisões do tipo bisel interno foram feitas com um bisturi Bard-Parker com lâmina 15 na região dos dentes 14 a 16. A partir daí, foi elevado o retalho de espessura total para exposição óssea e debridamento da área. Obtido o acesso, foi realizada a osteoplastia por meio de pontas diamantadas em alta rotação, com a finalidade de eliminar os excessos maxilares e reanatomizar a tábua óssea vestibular. Feito isso, o retalho foi reposicionado e estabilizado por meio de suturas simples, com fio monofilamento 5.0. O procedimento se repetiu no lado oposto, entre os dentes

24 a 26. A paciente foi devidamente medicada e orientada dos cuidados pós-operatórios e após 15 dias as suturas foram removidas.

Passadas três semanas após a primeira cirurgia, o segundo tempo cirúrgico iniciou-se pela plástica gengival, empregando a técnica de gengivectomia com auxílio de bisturi elétrico. Para tanto, foram realizadas anestésias infiltrativas acompanhadas de complementação papilar na região de 13 a 23, com anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. A princípio foi realizada a marcação da profundidade de sondagem e delineamento do novo contorno gengival com um bisturi Bard-Parker com lâmina 15. Procedeu-se com a eliminação de gengiva propriamente dita, na qual o uso do bisturi elétrico satisfatoriamente promove hemostasia instantânea do local da excisão.

Ainda no mesmo ato cirúrgico, foi realizado o Reposicionamento Labial. Com a região anterior de maxila previamente anestesiada, a cirurgia partiu de uma incisão superficial ao nível da junção mucogengival e uma outra superior e paralela à primeira, na mucosa interna do lábio, com bisturi Bard-Parker com lâmina 15. Estas incisões são feitas de modo que abranjam entre elas a distância equivalente ao dobro da exposição gengival indesejada, seguindo o procedimento original, descrito em 1973 (Rubinstein A, et. al, 1973).

No plano horizontal, essas incisões devem se estender até o primeiro pré-molar de cada lado e, em seguida, será removida a faixa de tecido epitelial compreendida entre elas, criando um retalho de espessura parcial, no qual o conjuntivo se manterá exposto. A partir daí, a mucosa labial interna é suturada à linha da junção mucogengival por meio de suturas simples, com fio monofilamento 5.0, partindo primeiramente da linha média, a fim de reestabelecer a simetria da nova posição do lábio. Como resultado observou-se: vestibulo estreito com tração restrita da musculatura labial, promovendo a redução da exibição gengival indesejada de forma imediata.

Concluído o procedimento cirúrgico, novamente a paciente foi medicada e orientada sobre os cuidados a serem tomados, tais como aplicação de compressas de gelo e diminuição dos movimentos labiais para evitar tensão na

região suturada. No pós-operatório imediato, já foi possível analisar a eliminação do “sorriso gengival” e foram feitos registros fotográficos para acompanhamento do caso durante o controle posterior.

O acompanhamento se deu após 7, 15, 30 dias, e 1 ano. Transcorrido o pós-operatório de 15 dias as suturas foram removidas demonstrando uma cicatrização adequada para o período. Após 30 dias, foi realizada a microabrasão na qual, primeiramente foi feito o isolamento absoluto, seguido de profilaxia. O procedimento de microabrasão foi realizado com pasta de pedra-pomes e ácido fosfórico a 37,5%, aplicada mecanicamente com ponta de borracha em baixa rotação. Após 2 aplicações, verificou-se a remoção das lesões de mancha branca. Foi realizado polimento da região trabalhada com discos de Sof-Lex de menor granulação e aplicado flúor neutro em gel por 4 minutos. Após a microabrasão a paciente realizou clareamento caseiro supervisionado, utilizando-se peróxido de carbamida a 16% (Whiteness Perfect 16% - FGM). O clareamento foi realizado durante 20 dias, por 2 horas ao dia.

Ao final de 6 meses e 1 ano após o procedimento, verificou-se estabilidade dos resultados cirúrgicos obtidos, associados a uma adequação da cor dos dentes, demonstrando a eficácia do plano de tratamento proposto no caso.

4. DISCUSSÃO

O advento dos procedimentos plásticos periodontais e o manejo dos tecidos moles, ambos projetados para incrementar na harmonia dentofacial, foram tidos na literatura desde 1996 como os meios para se dar forma ao sorriso ideal desejado. Analisando a melhor forma e cor dos dentes, associados ao padrão facial do paciente e a relação satisfatória desses com a posição do lábio superior, o domínio da periodontia passa de um momento limitado a um serviço de saúde, para um no qual o aprimoramento do sorriso foi trazido à frente do planejamento do tratamento (Garber, DA et. al, 1996).

Sabe-se que são inúmeros os fatores que levam o paciente a apresentar o “sorriso gengival” e que, muitas vezes, estes fatores manifestam-se

combinados em um mesmo caso. Esse fato retoma a atenção do cirurgião dentista para o estudo das diferentes causas, previamente à execução do plano de tratamento, para que este seja abrangente, atendendo às necessidades do paciente de forma mais conservadora, por meio do atendimento multidisciplinar.

A princípio, o reposicionamento labial começou como procedimento da cirurgia plástica, e desde então, foram relatadas variações (Rosenblatt A, et. al, 2006). A técnica original não inclui a incisão dos músculos após a elevação do retalho, no entanto, alguns autores sugeriram a execução de miectomias (Tawfik, OK et. al, 2018) (Alammar, A et. al, 2018). Há relatos de que uma modificação da técnica, a qual consiste em remoção bilateral de tecido ao redor do freio labial superior, poupando-o em sua posição, é bem sucedida (Silva CO, et. al.; 2012) (Ribeiro-Junior, NV et. al, 2013).

Considerado um procedimento seguro, apresenta as seguintes vantagens: proporciona um resultado imediato; pode ser executada em combinação com técnicas de recontorno gengival; trata-se de procedimento cirúrgico reversível; pode ser executada com etapa de “teste” e em 2 tempos cirúrgicos; procedimento cirúrgico intra-bucal; não altera o movimento dos músculos na fala; sua longevidade é influenciada por alterações fisiológicas do envelhecimento, quando executada dentro das indicações preconizadas na literatura.

Suas indicações são para os casos de impossibilidade de correções ortodônticas; alternativa ao uso sistemático de toxina botulínica; sorriso gengival devido a uma elevada amplitude de movimento labial; combinação com correções estéticas (como a gengivoplastia); alternativa à cirurgia ortognática; correção de sorriso assimétrico. E as contra-indicações incluem uma largura inadequada da faixa de gengiva inserida, quantidade insuficiente de mucosa, que dificulte a movimentação do retalho e sutura; e pacientes com excesso de crescimento vertical do maxilar (Rosenblatt A, et. al.; 2006).

Os efeitos colaterais são mínimos, tais como hematoma e edema, dificuldades temporárias para mastigação, possibilidade de assimetria labial ao sorrir; desconforto quando da redução excessiva da movimentação do lábio. E em alguns casos, a complicação mais grave relatada foi a formação de mucocele (Simon Z, et. al.; 2007).

Resultados adequados têm sido obtidos com essa técnica, em que alcançaram uma redução aproximadamente de 4 mm no sorriso gengival (Ribeiro-Junior NV, et. al.; 2013). Há ainda relatos de uma série de casos onde obtiveram uma redução de até 6mm no sorriso gengival (Jacobs PJ, et. al. 2013).

Sabe-se que a média de redução de exposição de gengiva promovida pelo reposicionamento cirúrgico do lábio, seguindo a técnica original publicada, com as alterações feitas em 2006 para o âmbito odontológico, é de 2 a 3mm. No caso clínico apresentado neste relato, obteve-se uma melhora da exibição gengival superior a essa média, alcançada graças à associação da técnica com procedimentos que promoveram aumento de coroa clínica dos dentes anteriores superiores, bem como remoção de volumes ósseos maxilares, permitindo melhor acomodação do lábio superior numa posição mais coronal.

Além disso, no intuito de promover uma otimização estética completa, utilizou-se de procedimentos da dentística como a microabrasão e clareamento dental, os quais colaboraram com a adequação de cor dentária, demonstrando a importância do planejamento integrado no processo de aperfeiçoamento da estética do sorriso.

5. CONCLUSÃO

Baseado nos resultados obtidos, é possível observar que o reposicionamento labial, entre as técnicas cirúrgicas desenvolvidas para promover a otimização estética, trata-se de uma alternativa segura, em casos de exposição indesejada de gengiva, capaz de manter resultados estáveis e baixa morbidade. O reposicionamento labial apresenta-se como uma cirurgia

viável na composição de um plano de tratamento multidisciplinar, que visa integrar procedimentos para estabelecer harmonia dentofacial dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMBROSIO, F.; GADALLA, H.; KAPOOR, N.; NEELY, A. L. et al. Lip Repositioning Procedure to Correct Excessive Gingival Display: A Case Report of Identical Twins. **Clin Adv Periodontics.**, v. 8, n. 2, 2017.
2. ANDIJANI, R. .; TATAKIS, D. N. Hypermobility upper lip is highly prevalent among patients seeking treatment for gummy smile. **J Periodontol.**, v. 90, p. 256-262, 2019.
3. DAYAKAR, M. M.; GUPTA, S.; SHIVANANDA, H. Lip repositioning: an alternative cosmetic treatment for gummy smile. **J Indian Soc Periodontol.**, v. 18, n. 4, p. 520-523, 2014.
4. FAUS-MATOSSES, V.; FAUS-MATOSSES, I.; JORQUES-ZAFRILLA, A.; FAUS-LLÁCER, V. J. Lip repositioning technique. A simple surgical procedure to improve the smile harmony. **J Clin Exp Dent.**, v. 10, n. 4, p. e408-12, 2018.
5. FOUDAH, M.A. Lip repositioning: An alternative to invasive surgery a 4 year follow up case report. **Saudi Dental Journal.**, v. 31, p. S78-S84, 2019.
6. GARBER, D.A.; SALAMA, M.A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **Periodontol 2000.**, v. 11, p. 18–28, 1996.
7. GUPTA, K. K.; SRIVASTAVA, A.; SINGHAL, R. et al. An innovative cosmetic technique called lip repositioning. **J Indian Soc Periodontol.**, v. 14, n. 4, p. 266-269, 2010.
8. GADDALE, R.; DESAI, S. R.; MUDDA, J. A. et al. Lip repositioning. **J Indian Soc Periodontol.**, v. 18, n. 2, p. 254-258, 2014.
9. GANESH, B.; BURNICE, N. K. C.; MAHENDRA, J.; VIJAYALAKSHMI, R. et al. Laser-Assisted Lip Repositioning With Smile Elevator Muscle Containment and Crown Lengthening for Gummy Smile: A Case Report. **Clin Adv Periodontics.**, v. 9, n. 3, p. 135-141, 2019.

10. GADALLA, H.; KINAIA, B. M.; AL-QAWASMI. Surgical Lip Repositioning Procedure to Improve Facial Profile in a Patient with Excessive Gingival Display: A Case Report. **EC Dental Science.**, v. 18, p. 377-382, 2019.
11. LAMMAR, A.; HESHMEH, O.; MOUNAJJED, R.; GOODSON, M. et al. A comparison between modified and conventional surgical techniques for surgical lip repositioning in the management of the gummy smile. **J Esthet Restor Dent.**, v. 30, p. 523-531, 2018.
12. JACOBS, P. J.; JACOBS, B. P. Lip repositioning with reversible trial for the management of excessive gingival display: a case series. **Int J Period Restor Dent.**, v. 33, n. 2, p. 169-175, 2013.
13. MANTOVANI, M. B.; SOUZA, E. C.; MARSON, F. C.; CORRÊA, G. O. et al. Use of modified lip repositioning technique associated with esthetic crown lengthening for treatment of excessive gingival display: A case report of multiple etiologies. **J Indian Soc Periodontol.**, v. 20, p. 82-7, 2016.
14. NASCIMENTO, B. F. K. S.; ARAUJO, R. J. G.; BRILHANTE, F. V.; MATTOS, J. L. et al. Treatment of excessive gingival display using lip repositioning technique: a case report. **J. Dent. Res.**, v. 3, n. 2, p. 654-659, 2015.
15. PERES, M. F. S.; PERES JUNIOR, R.; LOPES, E. G.; RAMOS, S. P. et al. Does Lip-Repositioning Surgery Improve Long-Term Smile Outcome and Dental Esthetics in Patients With Excessive Gingival Display? A Review of the Current Literature. **Clin Adv Periodontics.**, v. 4, n. 4, p. 280-287, 2014.
16. RIBEIRO-JUNIOR, N. V.; DE SOUZA CAMPOS, T. V.; RODRIGUES, J. G. et al. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. **Int J Period Restorative Dent.**, v. 33, n. 3, p. 309-314, 2013.

17. ROSA, P. M. M.; ROSA, P. S. M.; LEVI, Y. L. A. S.; NOGUEIRA, M. C. et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: relato de caso. **Braz J Periodontol.**, v. 28, n. 1, p. 56-60, 2018.
18. ROSENBLATT, A.; SIMON, Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. **Int J Period Restorative Dent.**, v. 26, n. 5, p. 433-437, 2006.
19. RUBINSTEIN, A.; KOSTIANOVSKY, A. Cosmetic surgery for the malformation of the laugh: Original technique. **Prensa Med Argent.**, v. 60, p. 952, 1973.
20. SHARMA, A.; SHARMA, S.; GARG, H.; SINGHAL, V. et al. Lip repositioning: A boon in smile enhancement. **J Cutan Aesthet Surg.**, v. 10, p. 219-22, 2017.
21. SILVA, C. O.; RIBEIRO-JUNIOR, N. V.; CAMPOS, T. V. S. et al. Excessive gingival display: treatment by a modified lip repositioning technique. **J Clin Periodontol.**, v. 40, n. 3, p. 260-265, 2013.
22. SIMON, Z.; ROSENBLATT, A.; DORFMAN, W. Eliminating a Gummy Smile with Surgical Lip Repositioning. **Clin Cosmet Investig Dent.**, v. 23, n. 1, p. 102-109, 2007.
23. STORRER, C. L. M.; OLIVEIRA, N. D.; DELIBERADOR, T. M.; ORI, L. T.; GUERRERO, S. M. et al. Treatment of Gingival Smile: a case report. **J Int Acad Periodontol.**, v. 19, n. 2, p. 51-56, 2017.
24. TAWFIK, O. K.; EL-NAHASS, H. E.; SHIPMAN, P.; LOONEY, S. W. et al. Lip repositioning for the treatment of excess gingival display: A systematic review. **J Esthet Restor Dent.**, v. 30, p. 101-112, 2018.
25. TAWFIK, O. K.; NAIEM, S. N.; TAWFIK, L. K. et al. Lip repositioning with or without myotomy: A randomized clinical trial. **J Periodontol.**, v. 89, p. 815-823, 2018.

ANEXOS



Figura 1 – Situação inicial; A: Sorriso; B: Exposição máxima ao sorrir; C, D e E: Aspecto clínico intraoral, evidencia exostose nas áreas posteriores;

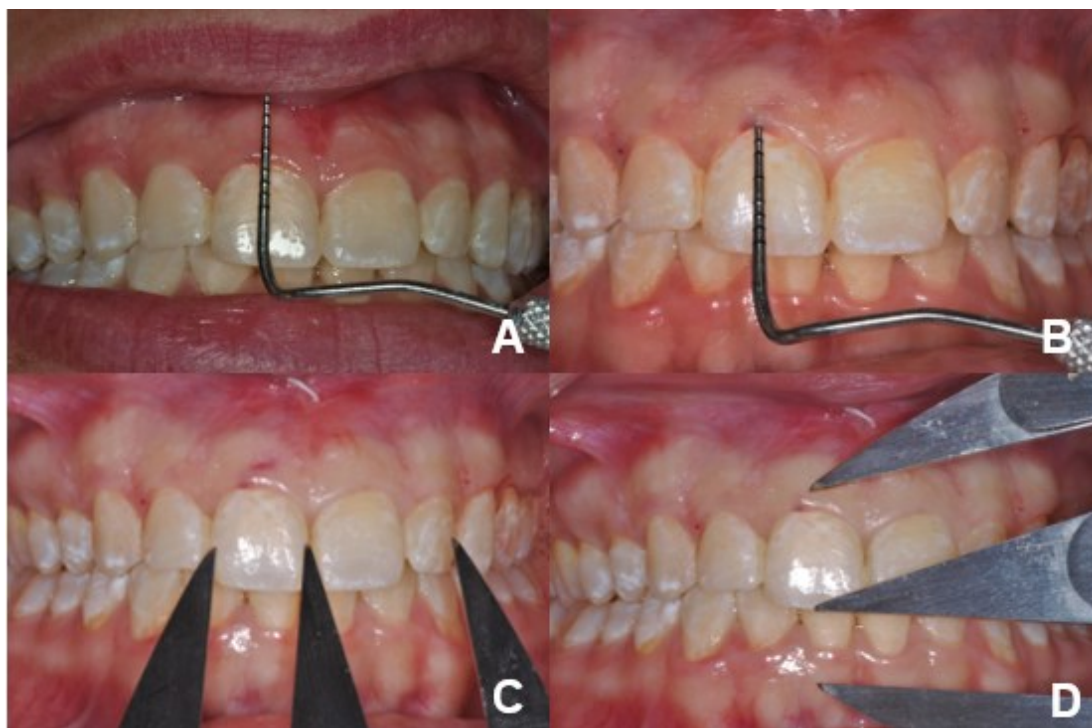


Figura 2 – Medições; A: Medida da exposição gengival ao sorrir; B: Sondagem da profundidade do sulco; C e D: Avaliação das dimensões coronárias.

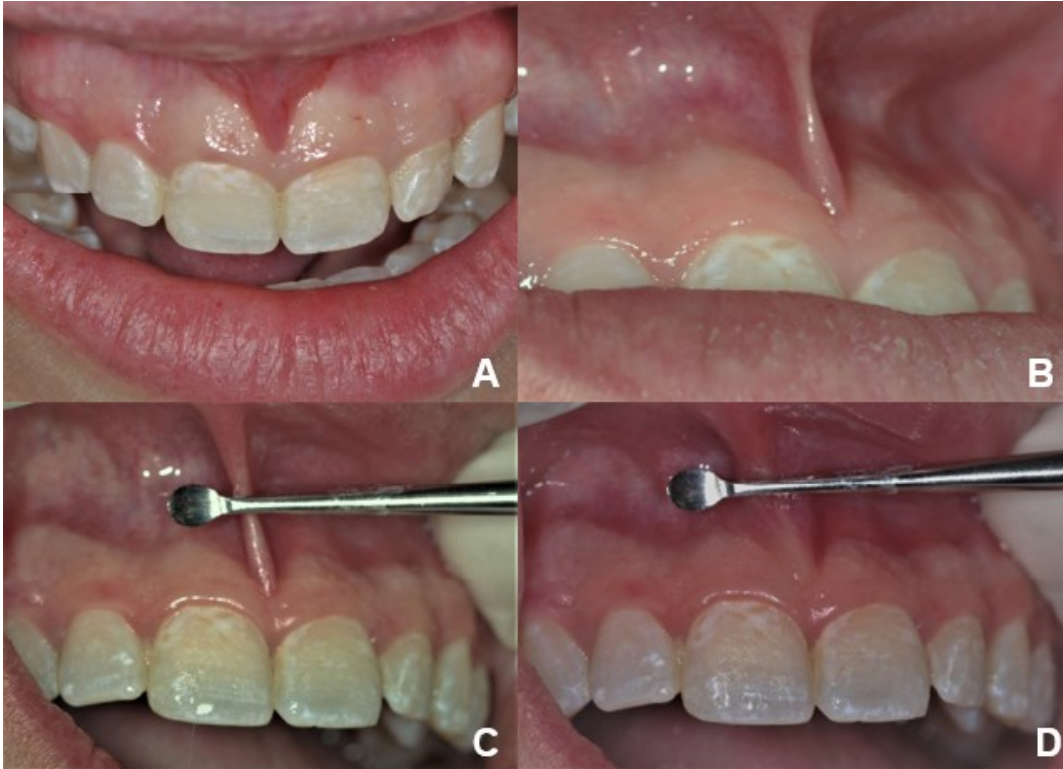


Figura 3 – A e B: Nível de inserção do freio labial; C e D: Teste de Bowers, para evidenciar nível de inserção do freio;

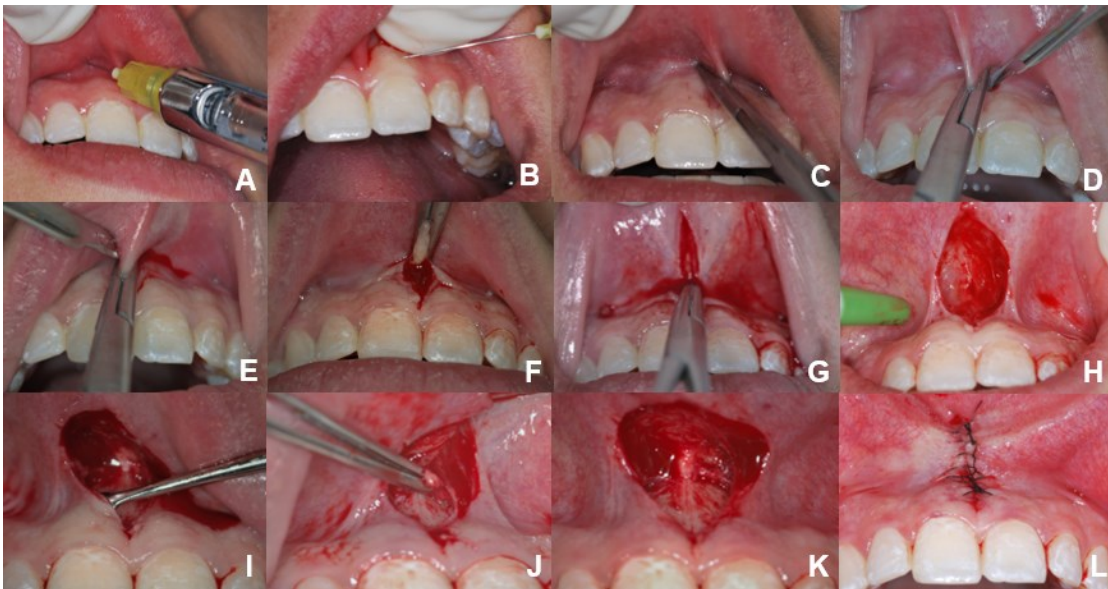


Figura 4 - Frenectomia; A e B: Anestésias; C: Pinçamento do freio labial superior; D, E, F, G: Incisões; H: Exposição da inserção fibrosa do freio; I: Descolamento das áreas adjacentes; J: Descolamento da inserção; K: Esvaziamento total da inserção fibrosa; L: Sutures.

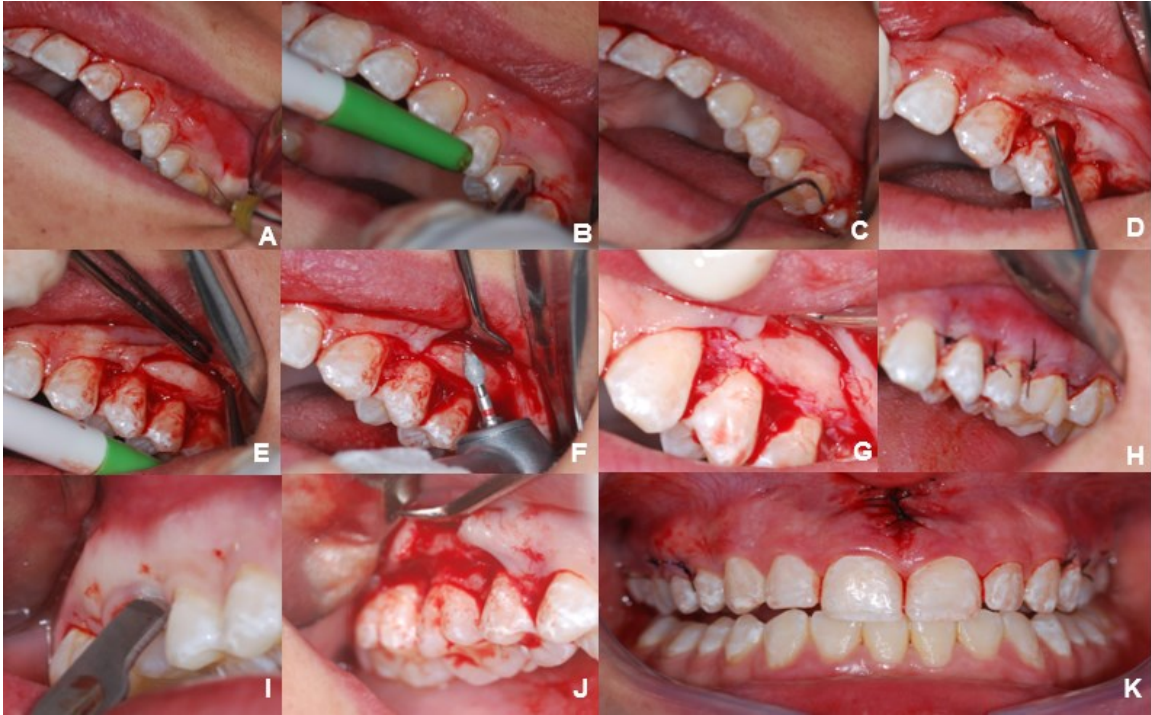


Figura 5 – Osteoplastia a retalho; A: Anestesia; B: Incisão de bisel interno; C: Debridamento do tecido; D: Descolamento do retalho de espessura total; E: Exposição óssea maxilar; F: Osteoplastia com ponta diamantada em alta rotação; G: Tecido ósseo reanatomizado; H: Suturas; I: Incisão para osteoplastia a retalho do lado contralateral; J: Tecido ósseo reanatomizado; K: Suturas e fim do primeiro tempo cirúrgico.

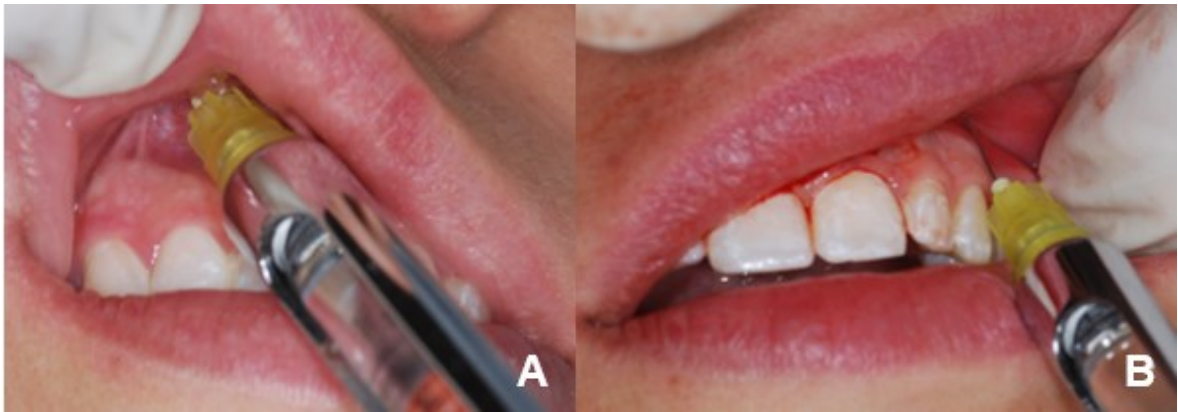


Figura 6 – Anestesia do segundo tempo cirúrgico (A e B).

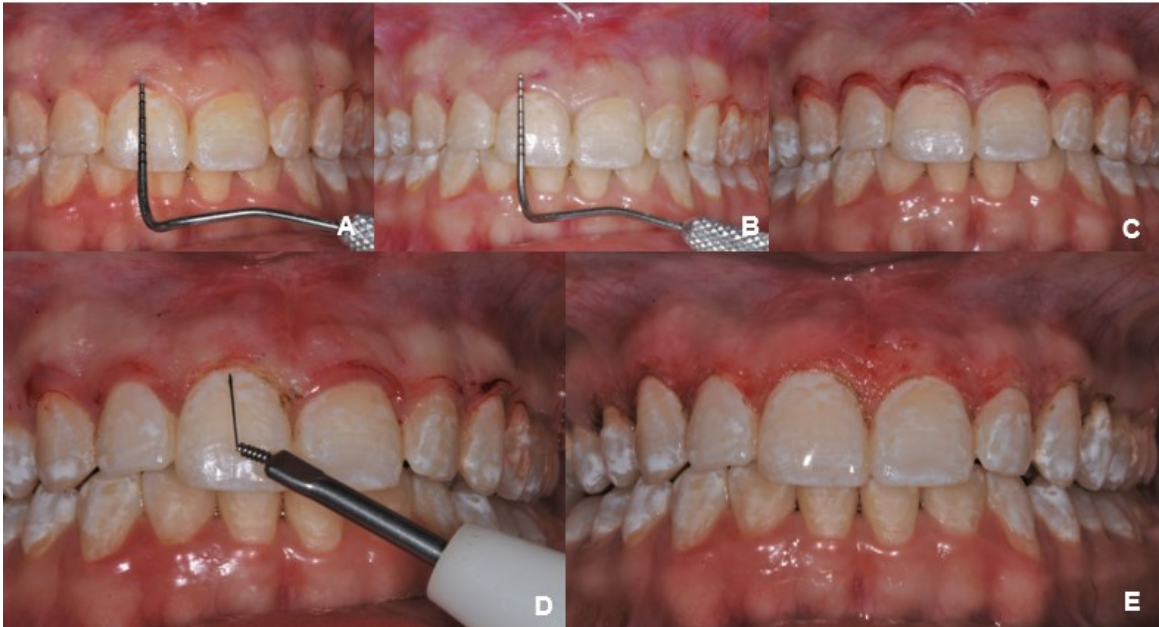


Figura 7 – Segundo tempo cirúrgico: Gengivoplastia com bisturi elétrico; A: Sondagem periodontal; B: Transferência da medida de sondagem para marcação da altura da incisão; C: Delimitação do novo contorno gengival; D: Gengivoplastia com bisturi elétrico; E: Pós-cirurgico imediato.

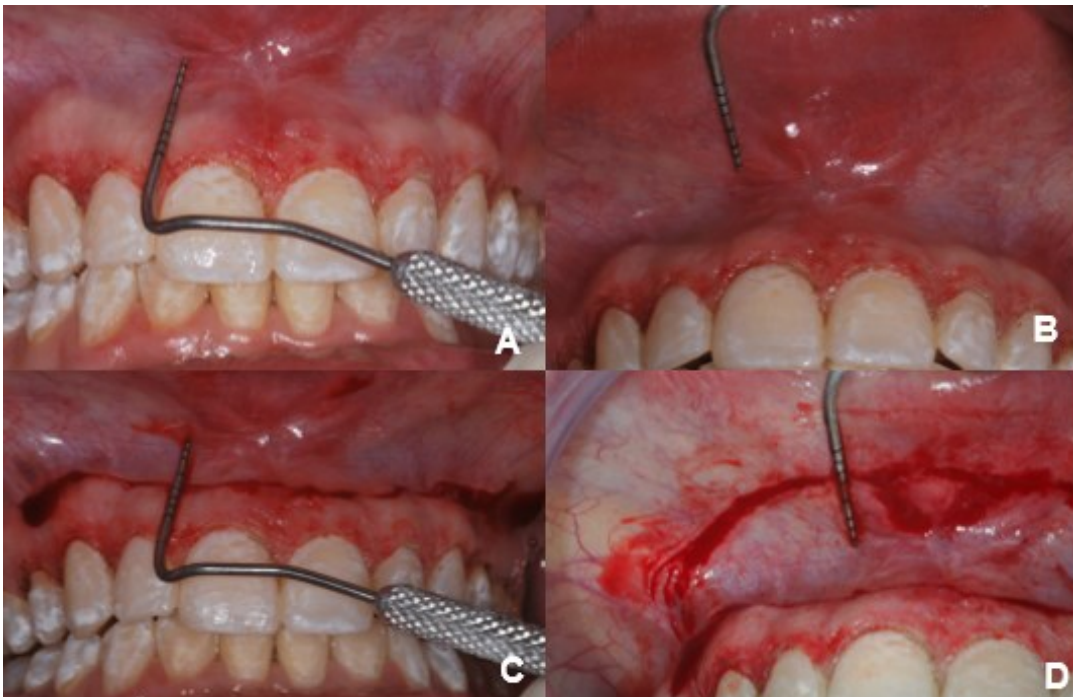


Figura 8 – Reposicionamento labial: medições e incisões; A: Medida da exposição gengival a partir da junção mucogengival; B: Medida do dobro da exposição gengival; C: Incisão inferior; D: Incisão superior.

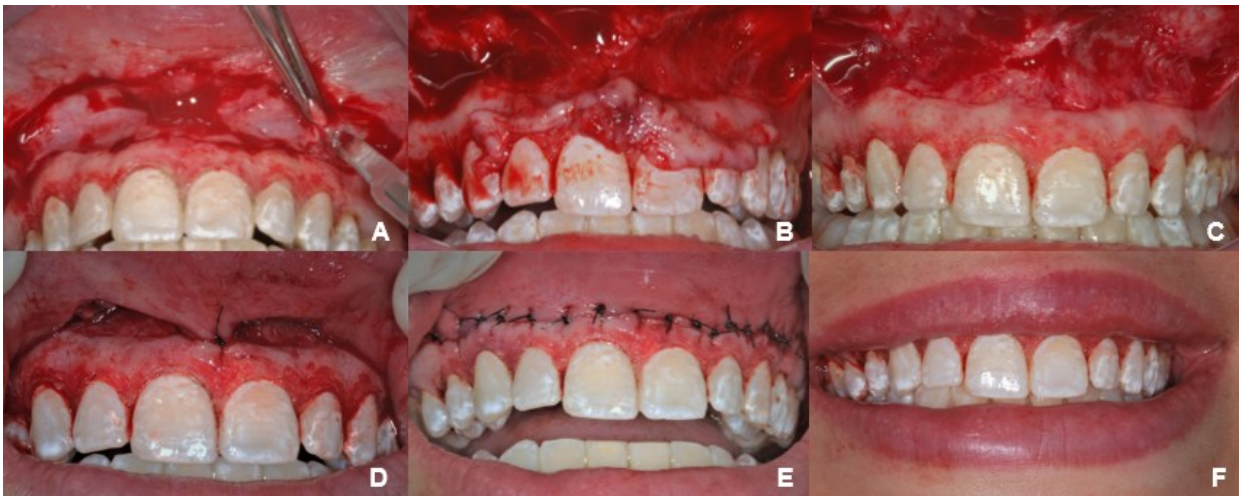


Figura 9 – Reposicionamento labial; A: Dissecção do retalho; B: Eliminação do epitélio de revestimento da mucosa; C: Exposição do tecido conjuntivo; D: Sutura na região de linha média; E: Suturas ao longo do retalho; F: Pós cirúrgico imediato;



Figura 10 – Acompanhamento pós-cirúrgico; A: 7 dias após o procedimento; B: 15 dias após o procedimento.

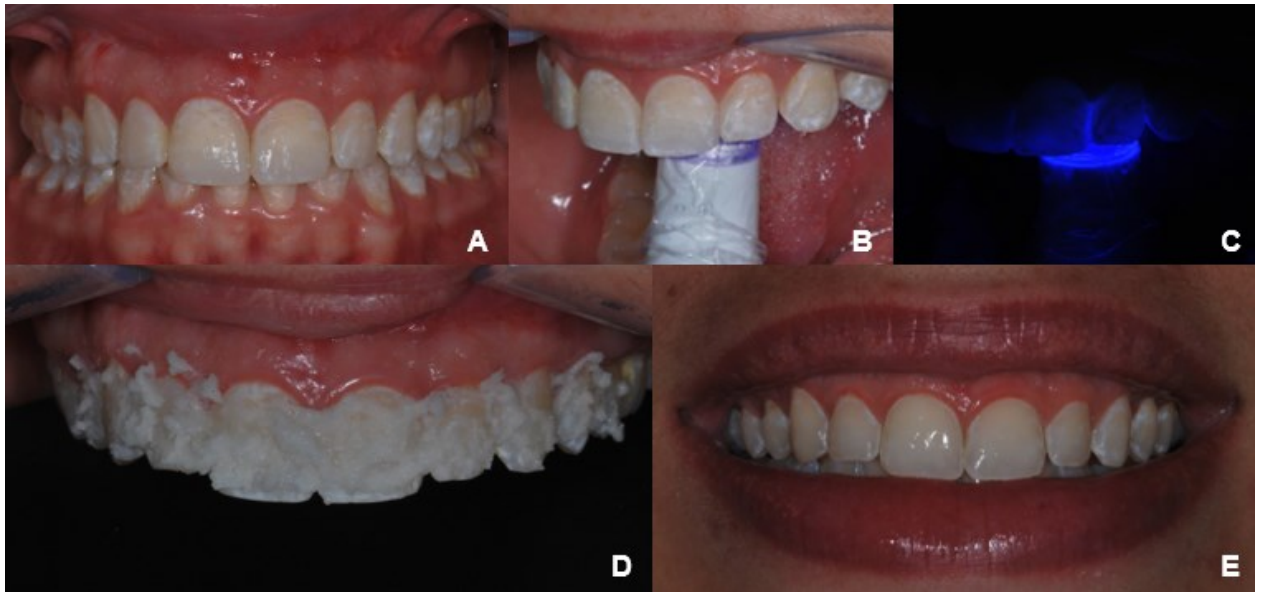


Figura 11 – Acompanhamento pós cirúrgico; A: 30 dias após o procedimento; B e C: Evidenciação de manchas por fluorose em dentes anteriores; D: Sessão de microabrasão; E: Resultado após sessão de microabrasão.



Figura 12 - Acompanhamento pós cirúrgico; A: Após 6 meses do procedimento; B: Após um ano do procedimento.



Figura 13 – Comparação; A: Situação inicial; B: 1 ano após o procedimento.

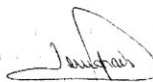
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma avaliação clínica intitulada "Reposicionamento labial e otimização estética: relato de caso clínico", coordenada pelo Professor Doutor Denildo de Magalhães. Este projeto se justifica pela relevância da avaliação da do sucesso do procedimento para harmonização facial com o foco na estética vermelha, em suas diferentes técnicas de modo a garantir que atinjam os parâmetros satisfatórios em termos fisiológicos e estéticos para o paciente. O(A) senhor(a) será avaliado para identificação e indicação dos procedimentos necessários, visando a otimização da estética vermelha. Sendo esta a única necessidade apresentada pelo paciente. A partir daí, feitos os esclarecimentos e orientações necessárias será executado o plano de tratamento proposto, segundo o preconizado pelas técnicas indicadas. Uma vez realizado o procedimento o senhor(a) deverá retornar à clínica do Hospital Odontológico da Universidade Federal Bloco 4L para o acompanhamento pós-cirúrgico e documentações dos procedimentos executados em um período de 12 meses. Os dados recolhidos a partir das avaliações serão armazenados pelo grupo de pesquisa, guardados em sigilo quaisquer informações pessoais dos pacientes que tenha sido informada e analisados para se formular os resultados desse caso, sem que seja exposto qualquer informação pessoal do paciente participantes em qualquer publicação gerada a partir desse estudo. Todo procedimento executado não oferecerá nenhum risco ao paciente e o consentimento de participar dessa pesquisa é uma escolha exclusiva do(a) senhor(a), o qual pode ser revogado a qualquer momento, sem prejuízos ao paciente. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Endereço: Universidade Federal de Uberlândia - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - Bloco 1A - Sala 224 - Campus Santa Mônica Avenida João Naves de Ávila, 2121 Santa Mônica - Uberlândia - MG 38408-144.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações do projeto, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação, que está em duas vias. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisador responsável: Nome: Prof. Dr. Denildo de Magalhães

Assinatura:



CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, Laís Carvalho Martins, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito e declaro que fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.

Local e data: Uberlândia - MG ; 10/09/2019

Telefone para contato: (34) 99973-6496

Laís Carvalho Martins

Assinatura do Sujeito ou Responsável legal