

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE PAPILA PERI-IMPLANTAR: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INTEGRATIVA

EVALUATION OF PERI-IMPLANT PAPILLA FORMATION: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Gabriel Jorge Matias*

Luiz Guilherme Morgerot Martins*

Muryel da Rosa Bortot***

Resumo: Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica integrativa com o objetivo de identificar e analisar os principais fatores determinantes na formação da papila peri-implantar, elemento essencial para a estética e funcionalidade dos implantes dentários. A ausência ou deficiência dessa estrutura pode comprometer a estética do sorriso, a saúde dos tecidos peri-implantares e a satisfação do paciente. A pesquisa foi conduzida por meio da seleção de artigos nas bases de dados PubMed e SciELO, publicados entre 1992 e 2025, com critérios rigorosos de inclusão. Os fatores que mais influenciam na formação da papila incluem a distância entre o ponto de contato e a crista óssea, o biotipo gengival, a espessura do tecido mole, o posicionamento tridimensional do implante e a técnica cirúrgica utilizada. São discutidas ainda abordagens clínicas que contribuem para a preservação, formação e regeneração da papila, como o uso de enxertos de tecido conjuntivo, coroas provisórias para moldagem do tecido gengival, técnicas de sutura específicas e cuidados no manejo dos tecidos moles. A formação e manutenção da papila peri-implantar depende de fatores anatômicos, cirúrgicos e protéticos. Técnicas como posicionamento correto do implante, pilares personalizados, enxertos e coroas provisórias favorecem a adaptação gengival, garantindo estabilidade óssea e sucesso estético por meio da integração harmoniosa de osso, mucosa e prótese.

*Graduando do curso de odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC-SC-Brasil

*Graduando do curso de odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC-SC-Brasil

***Professor do Curso de Odontologia na Universidade do extremo Sul Catarinense - UNESC. Professor de Pós-graduação Prótese/Implanto na Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC Endereço do autor responsável pela correspondência: Av. Universitária, 1105, bairro Universitário, Criciúma, SC, Brasil. e-mail: gabriel21matias@gmail.com ; luizquilhaememorgerotm@outlook.com

Palavras-chave: Implantes dentários, papila interimplantar, papila peri-implantar, estética implantar.

Abstract: This study presents an integrative literature review aimed at identifying and analyzing the main factors determining the formation of the peri-implant papilla, an essential element for the aesthetics and functionality of dental implants. The absence or deficiency of this structure can compromise smile aesthetics, the health of peri-implant tissues, and patient satisfaction. The research was conducted through the selection of articles from the PubMed and SciELO databases, published between 1992 and 2025, using strict inclusion criteria. The factors most influencing papilla formation include the distance between the contact point and the bone crest, gingival biotype, soft tissue thickness, three-dimensional implant positioning, and the surgical technique employed. Clinical approaches that contribute to the preservation, formation, and regeneration of the papilla are also discussed, such as the use of connective tissue grafts, provisional crowns for gingival shaping, specific suturing techniques, and careful soft tissue management. The formation and maintenance of the peri-implant papilla depend on anatomical, surgical, and prosthetic factors. Techniques such as correct implant positioning, customized abutments, grafts, and provisional crowns promote gingival adaptation, ensuring bone stability and aesthetic success through the harmonious integration of bone, mucosa, and prosthesis.

Keywords: Dental implants, inter-implant papilla, peri-implant papilla, implant aesthetics.

INTRODUÇÃO

A estética tornou-se, na última década, uma questão fundamental na implantodontia, a reabilitação oral visa, além de resultados funcionais, como uma boa osseointegração, a obtenção de uma ótima estética (BUSER et al., 2017). Assim, a reabilitação com implantes dentários osseointegrados tem se consolidado como uma alternativa eficaz na substituição de dentes perdidos (BELSER et al., 2004).

Entretanto, a obtenção de uma estética ideal na região peri-implantar, especialmente no que tange à formação da papila interdental, permanece como um dos maiores desafios na implantodontia contemporânea. A ausência ou deficiência da papila pode resultar em comprometimentos estéticos, fonéticos e funcionais, além de impactar negativamente na satisfação do paciente (PRADEEP; KARTHIKEYAN, 2006).

Diversos fatores influenciam a presença e a morfologia da papila peri-implantar, incluindo a altura da crista óssea, a distância entre o ponto de contato e a crista óssea, o biótipo gengival, a espessura do tecido mole e o posicionamento tridimensional do implante, sendo a distância do ponto de contato até a crista óssea um dos fatores mais determinantes para a formação da papila (TARNOW et al. 1992).

Além disso, a técnica cirúrgica empregada durante a instalação do implante pode afetar a formação da papila. Conforme Palacci & Nowzari (2008) incisões que preservam a papila durante a segunda fase cirúrgica têm mostrado resultados superiores na manutenção da altura papilar em comparação com incisões intrasulculares.

A papila peri-implantar desempenha um papel crucial não apenas na estética do implante dentário, mas também na sua funcionalidade e, portanto, é de suma importância compreender os fatores que determinam sua formação (CHOW et al. 2010). Assim, o presente trabalho visa identificar os principais elementos que contribuem para o surgimento da papila e descrever as abordagens clínicas mais adequadas para sua avaliação e gestão, a fim de obter um resultado mais natural e duradouro para o paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, documental, retrospectiva, do tipo revisão integrativa de literatura.

Foram selecionados artigos acadêmicos, mediante consulta às bases de dados PubMed e Scielo. Foram identificados artigos publicados entre os anos 1992 e 2025, Como critério de seleção, os artigos apresentavam como palavra-chave: Implantes dentários, papila interimplantar, papila peri-implantar, estética implantar, em português e dental implants, interimplant papilla, peri-implant papilla, implant aesthetics em inglês, ter disponível texto na íntegra em português e/ou inglês.

Como critérios de exclusão, serem duplicados (permanecendo o primeiro artigo encontrado), conter apenas resumo disponível em qualquer língua e não ter relação com a temática em estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

O sucesso do tratamento com implantes dentários vai muito além da simples integração do implante ao osso alveolar. A estética peri-implantar, especialmente a formação adequada da papila interdental, é fundamental para a satisfação do paciente e para a saúde periodontal. A papila peri-implantar atua como um elemento-chave para o fechamento dos espaços interproximais, evitando a formação de “black triangles” que comprometem a aparência natural do sorriso.

Conforme Tarnow, Magner e Fletcher (1992), a distância entre o ponto de contato da prótese e a crista óssea é determinante para a presença ou ausência da papila interdental, influenciando diretamente a qualidade estética dos tratamentos implantológicos. Os resultados mostraram que, quando a medida do ponto de contato até a crista óssea era de 5 mm ou menos, a papila estava presente em quase 100% dos casos. Quando a distância era de 6 mm, a papila estava presente em 56% dos casos, e quando a distância era de 7 mm ou mais, a papila estava presente em 27% dos casos ou menos para situações de implantes unitários apenas.

Estudos têm investigado a regeneração da papila gengival após tratamento com implantes unitários, buscando compreender os fatores que influenciam sua presença ou ausência. Um estudo retrospectivo clínico e radiográfico avaliou o nível da papila ao redor de 27 implantes unitários na região anterior da maxila em 26 pacientes, comparando duas técnicas cirúrgicas de exposição do implante: a convencional e uma modificada, desenvolvida para estimular a formação de papila peri-implantar Choquet et al. (2001). Os resultados mostraram que, quando a distância entre a base do ponto de contato e o topo do osso era de até 5 mm, a papila estava presente quase 100% das vezes; quando a distância era igual ou superior a 6 mm, a papila estava presente em 50% dos casos ou menos. A altura média do tecido mole interproximal em relação à crista óssea foi de 3,85 mm ($P = 1,04$). Além disso, a técnica modificada apresentou um leve aumento na altura média da papila em relação à crista óssea de 4,01 mm ($P=1,10$) comparada à técnica convencional com 3,77 mm ($P=1,01$), indicando que estratégias cirúrgicas específicas podem favorecer a reconstrução da papila peri-implantar.

A recessão dos tecidos moles peri-implantares representa um dos maiores desafios estéticos em implantes unitários na região anterior da maxila. Em um estudo com 40 implantes unitários, Nisapakultorn et al. (2010) verificaram que o nível marginal da mucosa vestibular e a altura da papila são influenciados por múltiplos fatores anatômicos e protéticos. Os autores observaram que a margem mucosa vestibular do implante encontrava-se, em média, 0,5 mm mais apical em comparação ao dente contralateral, sendo o biotipo fino o principal determinante dessa condição. Além disso, fatores como a inclinação do implante, a posição apical da crista óssea vestibular, a profundidade da plataforma do implante e a localização do primeiro ponto de contato osso-implante também influenciaram o resultado. Já em relação à papila, houve preenchimento parcial ou total em 89% dos casos, sendo a distância do ponto de contato até a crista óssea o único fator estatisticamente associado à sua presença. Reforçando que a preservação da crista óssea interproximal é crucial para a estabilidade da papila, enquanto a estética da margem vestibular depende de uma interação complexa entre biotipo gengival, posição óssea e planejamento cirúrgico-protético.

O estudo comparativo realizado por Pérez et al (2013) envolvendo 45 dentes naturais e 46 implantes unitários adjacentes a dentes, avaliou-se a dimensão das papilas gengivais em regiões anterossuperiores por meio de análise clínica e radiográfica. Os resultados demonstraram que as papilas presentes em regiões com implantes unitários a dentes adjacentes apresentaram dimensões significativamente menores do que aquelas em região de dentes naturais ($P < 0,01$). Além disso, verificou-se que tanto a distância entre o ponto de contato e a crista óssea, quanto a distância entre as raízes dos dentes ou entre a plataforma do implante e a raiz do dente adjacente, influenciaram de forma significativa a presença ou ausência de papilas gengivais ($P < 0,01$). Esses achados reforçam que a posição do ponto de contato em relação ao nível ósseo e às estruturas adjacentes desempenha papel determinante na manutenção da papila, sendo os sítios implante-dente mais desafiadores para preservar o volume e a estética do tecido mole.

Malchiodi et al. (2013) e seu estudo prospectivo com 58 pacientes e 64 implantes instalados imediatamente após extração, com carga imediata por

coroas provisórias, avaliaram a correlação entre níveis ósseos interproximais, volume da papila e posição da margem gengival vestibular. Após três anos de acompanhamento, a taxa de sucesso foi de 100%, sem falhas implantárias. Os parâmetros clínicos e radiográficos permaneceram estáveis, e verificou-se correlação estatisticamente significativa entre o nível da crista óssea interproximal e tanto o volume da papila ($P=0,0134$) quanto o nível marginal da gengiva vestibular ($P=0,0226$). Os autores concluíram que implantes pós-extração com carga imediata constituem uma técnica previsível e que a manutenção da condição original de osso e tecidos moles é fundamental para alcançar resultados estéticos satisfatórios.

Degide et al. (2008) com sua pesquisa avaliou 52 implantes em 45 pacientes, com acompanhamento radiográfico e fotográfico de 368 áreas interproximais durante 24 a 72 meses após a cirurgia. Os resultados mostraram que a perda óssea na crista foi significativamente maior em alvéolos pós-extração em comparação com sítios já cicatrizados. No entanto, não houve correlação significativa entre a perda óssea e a presença da papila interproximal. Observou-se que a papila apresentava crescimento médio, mas sua presença diminuía quando a distância entre a crista óssea e o ponto de contato entre o dente natural e a coroa restauradora era superior a 7 mm. Esses achados sugerem que, na região interproximal entre implantes e dentes naturais, a papila não é diretamente afetada pela perda óssea peri-implantar, e que o ponto de contato deve estar a no máximo 7 mm da crista óssea para favorecer a manutenção do tecido gengival.

Estudos têm investigado a influência dos diferentes tipos de pilares protéticos na preservação dos tecidos moles peri-implantares. Iopksson e Jemt (2004), ao compararem restaurações com pilares personalizados e pilares metálicos convencionais em implantes unitários na região anterior, observaram uma taxa de sobrevivência de 100% e resultados semelhantes em termos de manutenção da papila, embora os pilares personalizados tenham apresentado tendência a favorecer maior preenchimento interproximal. De forma semelhante, Borges et al. (2014), avaliando coroas unitárias suportadas por diferentes pilares (CeraOne e Procera), verificaram aumento significativo do volume vestibular após a instalação das restaurações, sobretudo no grupo Procera, apesar de

redução desse ganho após um ano. Ambos os estudos reforçam que os pilares personalizados parecem contribuir para melhor manutenção do contorno gengival e da papila peri-implantar, embora sem associação consistente com a distância entre ponto de contato e crista óssea se diferenciando dos outros estudos citados.

Além da distância óssea, o posicionamento tridimensional do implante exerce uma influência decisiva na manutenção dos tecidos moles ao redor. Hartman e Cochran (2004) destacam que implantes mal posicionados, principalmente em sentido vertical, bucal ou mesial, podem causar perdas ósseas significativas e alterações no volume gengival, o que prejudica diretamente a sustentação da papila e a estética final. O correto posicionamento tridimensional não só preserva o osso alveolar, mas também permite que a mucosa peri-implantar tenha um suporte adequado, prevenindo recessões e deformidades gengivais. Dessa forma, o planejamento cirúrgico e protético deve considerar a relação tridimensional entre os implantes, dentes adjacentes e as estruturas anatômicas para garantir resultados estáveis e naturais.

Outro aspecto importante que influencia diretamente na estabilidade e formação da papila peri-implantar é a quantidade e qualidade da mucosa queratinizada presente ao redor do implante. Kan et al. (2003) afirmam que uma faixa suficiente de mucosa queratinizada oferece maior resistência aos agentes mecânicos e biológicos, reduzindo a suscetibilidade a inflamações, retrações e perdas ósseas peri-implantares. Essa mucosa atua como uma barreira protetora, que além de proteger o tecido ósseo, favorece a estabilidade do tecido mole e o conforto do paciente durante a higienização. Como no estudo realizado por Linkevicius et al. (2015) com 80 pacientes comparou implantes colocados em tecido fino (≤ 2 mm) e espesso (> 2 mm). Os resultados mostraram que, em tecido fino, a perda óssea crestal foi de (0,79 mm aos 2 meses e 1,17 mm após 1 ano). Em tecido espesso, a perda foi mínima (0,17 mm aos 2 meses e 0,21 mm após 1 ano). Diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Portanto, a preservação ou mesmo o aumento da faixa queratinizada é uma preocupação constante durante o planejamento cirúrgico e protético dos implantes.

O manejo cirúrgico do tecido mole, especialmente na região estética, é essencial para a formação e manutenção da papila peri-implantar. Gomez-Roman (2001) enfatiza que incisões bem planejadas, precisas e minimamente traumáticas promovem a preservação da crista óssea e favorecem a cicatrização adequada do tecido mole, garantindo o volume e a forma natural da papila interdental. Cirurgias agressivas ou técnicas inadequadas podem causar a perda óssea marginal, resultando em atrofia do tecido gengival e comprometendo a estética final. O domínio das técnicas cirúrgicas e o cuidado com o tecido mole são, portanto, imprescindíveis para o sucesso estético e funcional dos implantes dentários.

Um ensaio clínico randomizado por Girbés-Ballester et al. (2016) comparou incisões intrasulculares e trapezoidais em implantes unitários interdentais posteriores (40 pacientes). Não houve diferenças significativas entre os tipos de incisões em profundidade de sondagem, recessão gengival ou índice de papila. Ao analisar toda a amostra, observou-se que, do momento da colocação do implante até 1 ano pós-carregamento, ocorreram alterações significativas em recessão gengival, formação de cicatriz e índice de papila, o que sugere que o tipo de incisão não influencia significativamente os parâmetros periodontais adjacentes, mas sim que mudanças periodontais acontecem naturalmente ao longo do tempo.

Além disso, a utilização de coroas provisórias que permitam o modelamento progressivo da gengiva tem sido uma estratégia importante para estimular a regeneração e o contorno correto do tecido mole peri-implantar. Jemt (1999) demonstra que a adaptação gradual da forma da coroa provisória promove a moldagem da gengiva ao longo do tempo, incentivando a formação natural da papila e melhorando a estética do sorriso. O uso adequado dessas restaurações temporárias permite que o tecido mole se acomode de maneira harmoniosa, evitando espaços indesejados e mantendo a simetria entre os elementos dentários, resultando em um perfil gengival equilibrado e natural.

O estudo de Lorenz et al. (2025) investigou o impacto do uso de provisórios imediatos em implantes unitários instalados em locais cicatrizados sobre as condições dos tecidos moles peri-implantares, com ênfase na formação da papila. Foram avaliados 12 pacientes que receberam implantes nas regiões

de incisivos, caninos e pré-molares da maxila ou mandíbula, todos com instalação imediata de coroas provisórias confeccionadas em consultório. Após quatro meses, essas coroas temporárias foram substituídas por restaurações definitivas, e um acompanhamento clínico foi realizado em média após $40 \pm 13,1$ meses. Os parâmetros clínicos analisados incluíram profundidade de sondagem (PPD), sangramento à sondagem (BoP), recessão mucosa (MR) e largura da mucosa queratinizada (KM), além do índice de papila (PI) em diferentes momentos. Observou-se aumento progressivo e estatisticamente significativo do PI ao longo do tempo, atingindo valores médios de 3,0 no acompanhamento final, sem perda de implantes ou ocorrência de recessão mucosa. Esses achados demonstram que o uso de provisórios imediatos é uma abordagem previsível e eficaz para promover condições favoráveis dos tecidos moles e formação estética da papila peri-implantar.

A largura biológica, conceito fundamental para a saúde periodontal e peri-implantar, também é um fator determinante na manutenção das papilas interdentais. Cochran et al. (1997) explicam que a largura biológica é constituída por um tecido conjuntivo e epitelial que formam uma barreira protetora ao redor dos implantes, prevenindo a invasão bacteriana e a inflamação. Respeitar essa largura durante procedimentos cirúrgicos e protéticos é crucial para evitar o desenvolvimento de recessões gengivais e perda óssea, assegurando assim a estabilidade da papila e do tecido gengival. O equilíbrio entre essa barreira biológica e as forças mecânicas da mastigação é vital para a longevidade dos implantes e a estética peri-implantar.

O estudo de Raj et. al (2024) teve como objetivo comparar a perda óssea crestal e o preenchimento papilar após a instalação de implantes dentários imediatos e convencionais, por meio de uma análise clínica e radiográfica prospectiva de 12 meses. Foram incluídos 18 pacientes, divididos igualmente entre os grupos de implante imediato (em alvéolos recém-extraídos) e convencional (em sítios cicatrizados). Os parâmetros clínicos avaliados incluíram o biotipo gengival, o índice de placa modificado (mPI), o índice gengival modificado (mGI) e o preenchimento papilar, este último mensurado pelo escore de papila proposto por Jemt. As análises radiográficas foram realizadas para determinar a perda óssea crestal, utilizando o software Image J. Após um ano

de acompanhamento, observou-se que os implantes instalados imediatamente apresentaram maior perda óssea crestal em comparação aos convencionais, enquanto o grupo convencional demonstrou melhor preenchimento papilar. Em relação aos índices clínicos, o grupo convencional apresentou menores valores de mPI, enquanto o grupo imediato obteve melhores resultados no mGI. Os resultados indicam que, embora os implantes imediatos possam apresentar vantagens em termos de preservação tecidual inicial, a abordagem convencional favorece maior estabilidade óssea e estética interproximal ao longo do tempo.

A vascularização local do tecido peri-implantar é indispensável para garantir a nutrição celular, a cicatrização eficiente e a regeneração dos tecidos moles. Berglundh et al. (1994) ressaltam que a preservação da irrigação sanguínea na região cirúrgica é fundamental para a sobrevivência das células do tecido conjuntivo e epitelial, que compõem a papila interdental. Técnicas cirúrgicas que minimizam o trauma vascular promovem maior reparação e reepitelização, resultando em papilas mais firmes e volumosas. A interrupção do suprimento sanguíneo, por outro lado, pode levar à necrose parcial do tecido, comprometendo a estética e a saúde peri-implantar.

Dentre as técnicas cirúrgicas voltadas para a preservação e reconstrução da papila, destaca-se o retalho deslizante palatino, uma alternativa eficaz para o reposicionamento do tecido mole em regiões estéticas. Adriaenssens et al. (1999) descrevem essa técnica como capaz de movimentar tecido queratinizado palatino para a região vestibular, aumentando o volume gengival sem causar retrações ósseas ou perda da integridade do suporte ósseo. Essa abordagem é particularmente útil em casos onde há escassez de tecido queratinizado vestibular e necessidade de maior espessura gengival para suporte da papila, melhorando significativamente os resultados estéticos.

O tipo de sutura empregado também exerce impacto direto na estabilidade e formação da papila peri-implantar. Tinti e Benfenati (2002) recomendam o uso da sutura em colchão de rampa para garantir o fechamento firme e estável dos retalhos, prevenindo micro-movimentos e garantindo um ambiente propício para a cicatrização. Essa técnica ajuda a manter o posicionamento do tecido mole, prevenindo retrações e perda do contorno

gengival desejado. A escolha correta da sutura, aliada a um bom manejo dos tecidos, é essencial para o sucesso dos procedimentos regenerativos da papila.

O uso de enxertos de tecido conjuntivo subepitelial tem se consolidado como uma técnica de referência para aumentar o volume e a qualidade do tecido mole ao redor dos implantes. Price e Price (1999) relatam que esses enxertos promovem melhorias significativas no contorno gengival, cor e textura do tecido peri-implantar, contribuindo para uma papila mais volumosa e estética. Além disso, essa técnica ajuda a corrigir defeitos de volume causados por reabsorção óssea ou traumatismos, tornando-se uma ferramenta indispensável na cirurgia plástica periodontal associada aos implantes.

Outra inovação na área de reconstrução da papila é o uso de guias de titânio temporários para suporte do tecido mole durante a cicatrização. El-Salam El-Askary (2000) descreve o uso desses dispositivos como eficaz para manter o espaço e forma do tecido gengival enquanto ocorre a maturação e remodelação da papila interdental. Essa técnica ajuda a evitar o colapso dos tecidos moles, garantindo um contorno mais natural e simétrico, o que é especialmente importante em áreas altamente visíveis do sorriso.

O biótipo gengival do paciente representa um fator biológico importante para a previsibilidade dos resultados estéticos peri-implantares. Muller et al. (2000) destacam que pacientes com biotipo gengival espesso apresentam maior resistência à recessão e melhor capacidade de adaptação do tecido mole ao redor dos implantes, em contraste com pacientes de biótipo fino, que são mais suscetíveis a retrações e perda de volume. A avaliação prévia do biotipo é fundamental para a seleção das técnicas cirúrgicas e protéticas mais adequadas, visando garantir estabilidade e estética a longo prazo.

A preservação da papila interimplantar, especialmente em implantes unitários adjacentes, é um desafio técnico e clínico. Kan e Rungcharassaeng (2002) defendem que técnicas cirúrgicas e protéticas específicas podem minimizar a perda do volume tecidual interimplantado, o que é crucial para evitar a formação de espaços escuros entre os implantes, que comprometem a estética. Eles recomendam o posicionamento correto dos implantes, uso de

componentes protéticos adequados e cuidados pós-operatórios rigorosos para manter a integridade da papila.

Sclar (2003) descreve a técnica do retalho vascularizado de interposição de tecido conjuntivo periosteal (VIP-CT), uma abordagem avançada que permite o aumento do volume do tecido mole peri-implantar com suporte vascular adequado, melhorando significativamente a formação e manutenção da papila. Essa técnica é especialmente indicada em casos onde há grande déficit tecidual, pois proporciona maior estabilidade e qualidade do tecido gengival, além de favorecer resultados estéticos mais naturais.

A preservação da crista alveolar e o controle da remodelação óssea são pré-requisitos para o sucesso estético dos implantes. Salama e Salama (1993) sugerem que a manutenção ou regeneração óssea após extração dentária é fundamental para garantir um suporte ósseo adequado às papilas, evitando sua perda e preservando o contorno gengival. Técnicas de preservação óssea, como enxertos e uso de membranas, são indicadas para otimizar o volume ósseo e garantir resultados funcionais e estéticos superiores.

No que diz respeito à fase cirúrgica de exposição dos implantes, Flanagan (2002) propõe um desenho específico de incisão para a segunda cirurgia, com o objetivo de criar uma base gengival favorável para a formação das papilas interdentais. Essa abordagem visa minimizar o trauma ao tecido mole, preservar a vascularização e proporcionar um ambiente adequado para o crescimento e sustentação da papila, melhorando o contorno gengival e a harmonia estética.

Mesmo em áreas onde as papilas estão comprometidas ou ausentes, Jemt (1997) destaca que é possível estimular a regeneração tecidual por meio do uso combinado de técnicas cirúrgicas e protéticas específicas, que promovem o preenchimento dos espaços interdentais com tecido mole de qualidade. Essa regeneração pode restaurar a estética e a função, proporcionando um contorno gengival mais natural e confortável para o paciente.

Beagle (1992) reforça a viabilidade da reconstrução cirúrgica da papila interdental, desde que o planejamento seja rigoroso e as técnicas executadas com precisão. Ele enfatiza que o sucesso depende do correto posicionamento

do retalho, manutenção da vascularização e uso adequado de suturas, permitindo a regeneração do tecido e a recuperação do contorno gengival perdido, o que tem um impacto direto na estética do sorriso.

Por fim, Lekovic, Kenney e Weinlaender (1997) evidenciam a importância da preservação óssea após a extração dentária, por meio de técnicas regenerativas, para garantir o suporte adequado às papilas gengivais. Eles ressaltam que a perda óssea pós-extração pode levar ao colapso dos tecidos moles, comprometendo a estética peri-implantar. Assim, a manutenção do volume ósseo é fundamental para assegurar a integridade da papila e o sucesso a longo prazo dos implantes.

DISCUSSÃO

A formação e a manutenção da papila peri-implantar têm sido amplamente estudadas por representarem um dos principais desafios estéticos em implantodontia, especialmente na região anterior (BELSER et al., 2004). Diversos autores investigaram a influência da distância vertical entre o ponto de contato e a crista óssea sobre a presença ou ausência da papila, que apresenta ser um dos principais fatores para o estudo (TARNOW et al. 1992; RAJ et al. 2024). E apesar de algumas divergências, a literatura tende a apontar essa medida como um fator determinante para o preenchimento interproximal.

Choquet et al. (2001) foram pioneiros ao demonstrar que, quando a distância entre o ponto de contato e a crista óssea é igual ou inferior a 5 mm, a presença da papila é previsível, ocorrendo em praticamente 100% dos casos. Acima desse limite, a previsibilidade diminui consideravelmente, com ocorrência de papila em cerca de metade dos casos. Resultados semelhantes foram observados por Nisapakultorn et al. (2010), que identificaram correlação significativa entre essa distância e o grau de preenchimento da papila, e por Perez et al. (2012), que também confirmaram a influência direta da altura da crista óssea interproximal sobre a altura papilar. De modo análogo, Malchiodi et al. (2013) encontraram relação estatisticamente significativa entre o nível da crista óssea e o volume de papila, reforçando que a manutenção do osso interproximal é fundamental para o sucesso estético do implante.

Por outro lado, alguns estudos reconheceram essa influência, mas destacaram condicionantes adicionais. Degidi et al. (2008) propuseram que o ponto de contato deve estar a, no máximo, 7 mm da crista óssea para possibilitar a regeneração previsível da papila, enquanto Lops et al. (2011) sugeriram que a relação vertical se torna significativa apenas quando acompanhada de uma distância horizontal adequada (entre 2,5 e 4 mm). Esses achados demonstram que a papila não depende exclusivamente da variável vertical, mas de uma interação tridimensional de fatores anatômicos e protéticos.

Em contrapartida, Henriksson e Jemt (2004) e Borges et al. (2014) não encontraram associação significativa entre a distância ponto de contato crista óssea e a presença da papila, sugerindo que outros aspectos, como o tipo de pilar, o biotipo gengival e o posicionamento tridimensional do implante, podem exercer influência mais decisiva na morfologia dos tecidos moles. Essa ausência de correlação em determinados estudos reforça que, embora a distância vertical seja um parâmetro importante, ela não deve ser analisada de forma isolada.

Outro fator a ser considerado é a estabilidade dos tecidos peri-implantares, elemento determinante para a formação e manutenção da papila, pois dependem fortemente da integridade da barreira biológica e da espessura dos tecidos gengivais. Berglundh et al. (1994) descreveram, que a estrutura histológica da interface entre o implante e o epitélio, na formação de mucosa peri-implantar em implantes de titânio após a conexão do pilar tinha muitas características em comum com o tecido gengival nos dentes. Em continuidade, Cochran et al. (1997) introduziram o conceito de largura biológica peri-implantar, enfatizando a necessidade de um espaço mínimo entre o implante e o tecido conjuntivo para garantir estabilidade óssea marginal.

De modo que, essa relação foi posteriormente correlacionada com a espessura dos tecidos gengivais, já que biótipos mais espessos tendem a apresentar menor reabsorção óssea e maior previsibilidade estética (Müller et al., 2000). De modo complementar, Kan et al. (2003) evidenciaram que uma largura adequada de mucosa queratinizada contribui para a saúde peri-implantar e melhor selamento tecidual, reforçando o papel dos fatores anatômicos na manutenção da papila. Hartman e Cochran (2004) destacaram, ainda, que o posicionamento tridimensional do implante influencia diretamente o

comportamento dos tecidos moles e duros, sendo essencial para preservar o espaço biológico.

Mais recentemente, Linkevicius et al. (2015) confirmaram clinicamente que a espessura vertical do tecido mole é determinante para reduzir alterações ósseas marginais, consolidando a ideia de que tanto fatores anatômicos quanto cirúrgicos interagem na preservação da estética peri-implantar.

Além disso, outros fatores culminantes para o sucesso da formação peri-implantar é o uso de técnicas cirúrgicas avançadas e protéticas, como o retalho vascularizado de interposição de tecido conjuntivo periosteal (VIP-CT) descrito por Sclar (2003), que permite aumentar o volume do tecido mole com suporte vascular adequado, especialmente em casos de déficit tecidual significativo. O planejamento da incisão na segunda cirurgia, conforme Flanagan (2002), também é crucial para preservar a vascularização e criar uma base gengival favorável à formação da papila.

No que se refere ao suporte ósseo, Salama e Salama (1993) e Lekovic et al. (1997) enfatizam que a manutenção e regeneração da crista alveolar após a extração dentária são fundamentais para garantir o suporte adequado às papilas e prevenir o colapso dos tecidos moles. Por conseguinte, técnicas regenerativas e de preservação óssea, como o uso de enxertos e membranas, contribuem significativamente para o sucesso estético e funcional dos implantes.

Ademais, quando há comprometimento ou ausência da papila, a literatura demonstra que é possível promover sua reconstrução por meio de abordagens combinadas. Nesse contexto, Jemt (1997) e Beagle (1992) destacam que o uso de técnicas cirúrgicas e protéticas integradas pode estimular a regeneração tecidual e restabelecer o contorno gengival.

Do mesmo modo, técnicas como o retalho deslizante palatino (Adriaenssens et al., 1999) e os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial (Price e Price, 1999) têm se mostrado eficazes no aumento do volume e na melhoria da qualidade do tecido peri-implantar, resultando em contornos gengivais mais naturais e esteticamente favoráveis. Por fim, Tinti e Benfenati (2002) ressaltam que a escolha adequada da sutura, especialmente a técnica em colchão de

rampa, é determinante para a estabilidade dos retalhos e a manutenção da forma da papila durante o processo de cicatrização.

De modo geral, a análise crítica dos achados evidencia que a distância vertical ponto de contato crista óssea constitui um fator relevante, porém não absoluto, para a previsibilidade da formação da papila peri-implantar. A literatura converge para a necessidade de um planejamento cirúrgico e protético integrado, considerando não apenas a manutenção do osso interproximal, mas também o biotipo gengival, a posição tridimensional do implante e o desenho da restauração. Dessa forma, é possível alcançar um equilíbrio estético e funcional que favoreça a estabilidade a longo prazo dos tecidos peri-implantares.

CONCLUSÃO

A formação e a manutenção da papila peri-implantar são alguns dos maiores desafios da implantodontia, tendo em vista que depende da distância entre o ponto de contato e a crista óssea e também de fatores anatômicos, cirúrgicos e protéticos. O correto posicionamento tridimensional do implante, técnicas minimamente invasivas, uso de pilares personalizados, enxertos de tecido conjuntivo e coroas provisórias que favoreçam a adaptação gengival são fundamentais para a preservação do volume peri-implantar e da estética peri-implantar. Mais ainda, a preservação da crista óssea interproximal e da largura biológica é que conferem estabilidade a longo prazo. Deste modo, o sucesso estético dos implantes ultrapassa a osseointegração, pois requer que o osso, a mucosa e a prótese se integrem harmonicamente, dentro de uma abordagem multidisciplinar e minuciosamente planejada.

REFERÊNCIAS

ADRIAENSSENS, P. et al. The palatal sliding flap for implant site development: a clinical report. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 19, n. 2, p. 126–135, 1999.

BEAGLE, J. E. Surgical reconstruction of the interdental papilla. **Periodontology** **2000**, v. 2, n. 1, p. 27-34, 1992.

BELSER, U.C.; SCHMID, B.; HIGGINBOTTOM, F.; BUSER, D. Outcome analysis of implant restorations located in the anterior maxilla: a review of the recent literature. **Int J Oral Maxillofac Implants**. 2004;19 Suppl:30-42.

BERGLUNDH, T. et al. The soft tissue barrier at implants and teeth. **Clinical Oral Implants Research**, v. 5, n. 3, p. 184–190, 1994.

BORGES, T.; LIMA, T.; CARVALHO, A.; DOURADO, C.; CARVALHO V. (2014). The influence of customized abutments and custom metal abutments on the presence of the interproximal papilla at implants inserted in single- unit gaps: A 1- year prospective clinical study. **Clinical Oral Implants Research**, 25, 1222–1227.

BUSER, D., CHAPPUIS, V., BELSER, U. C., & CHEN, S. (2017). Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: When immediate, when early, when late? **Periodontology** **2000**, 73, 84–102.

CHOQUET, V.; HERMANS, M.; ADRIAENSSENS, P.; DAELEMANS, P.; TARNOW, D.P.; MALEVEZ, C. Clinical and radiographic evaluation of the papilla level adjacent to single-tooth dental implants. A retrospective study in the maxillary anterior region. **J Periodontol**. 2001;72(10):1364-1371.

CHOW Y.C.; WANG H.L. Factors and techniques influencing peri-implant papillae. **Implant Dent**. 2010;19(3):208-219.

COCHRAN, D. L. et al. The significance of biologic width on crestal bone levels around implants. **Journal of Periodontology**, v. 68, n. 4, p. 459–468, 1997.

DEGIDI, M.; NARDI, D.; PIATTELLI, A. Peri-implant tissue and radiographic bone levels in the immediately restored single-tooth implant: a retrospective analysis. **J Periodontol.** 2008;79(2):252-259.

EL-SALAM EL-ASKARY, F. Reconstruction of interproximal papilla using titanium guides. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 15, n. 4, p. 547–552, 2000.

FLANAGAN, D. Retreatment of implant papilla loss with a new incision design: a case report. **Implant Dentistry**, v. 11, n. 3, p. 183-188, 2002.

GIRBÉS-BALLESTER, P.; VIÑA-ALMUNIA, J.; PEÑARROCHA-OLTRA, D.; PEÑARROCHA-DIAGO, M. Soft Tissue Response in Posterior Teeth Adjacent to Interdental Single Implants: A Controlled Randomized Clinical Trial Comparing Intrasulcular vs Trapezoidal Incision. **Int J Oral Maxillofac Implants.** 2016;31(3):631-641.

GOMEZ-ROMAN, G. Preservation of the interproximal bone during implant surgery. **Journal of Oral Implantology**, v. 27, n. 1, p. 9-14, 2001.

HARTMAN, G. A.; COCHRAN, D. L. Three-dimensional positioning of implants and its impact on peri-implant hard and soft tissues. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, v. 6, n. 3, p. 95–102, 2004.

HENRIKSSON, K.; JEMT, T. (2004). Measurements of soft tissue volume in as sociation with single- implant restorations: A 1- year comparative study after abutment connection surgery. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, 6, 181–189.

JEMT, T. Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 19, n. 2, p. 147-155, 1999.

JEMT, T. Regeneration of the interdental papillae in single implant restorations. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 17, n. 5, p. 440-447, 1997.

KAN, J. Y.; RUNGCHARASSAENG, K. Preservation of the interimplant papilla: aesthetic considerations in implant dentistry. **The Journal of the American Dental Association**, v. 133, n. 10, p. 1379-1384, 2002.

KAN, J. Y. et al. Width of keratinized mucosa and peri-implant health. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 18, n. 4, p. 559–566, 2003.

LEKOVIC, V.; KENNEY, E. B.; WEINLAENDER, M. Preservation of alveolar bone in extraction sockets using bioabsorbable membranes. **Journal of Periodontology**, v. 68, n. 10, p. 1044–1049, 1997.

LINKEVICIUS, T.; PUISYS, A.; STEIGMANN, M.; VINDASIUTE, E.; LINKEVICIENE, L.; Influence of Vertical Soft Tissue Thickness on Crestal Bone Changes Around Implants with Platform Switching: A Comparative Clinical Study. **Clin Implant Dent Relat Res**. 2015;17(6):1228-1236.

LORENZ, J.; BLUME, M.; SCHWARZ, F.; WEIGL, P.; GHANAATI, S.; SADER, R.A. Long-Term Peri-implant Health and Papilla Formation at Healed Sites with Chairside Provisionalization of Single-Tooth Implants: A Prospective Case Series. **Int J Prosthodont**. 2025 Jan 31;38(1):27-34.

LOPS, D., MOSCA, D., MULLER, A., ROSSI, A., ROZZA, R., & ROMEU, E. (2011). Management of peri- implant soft tissues between tooth and adjacent immediate implant placed into fresh extraction single socket: A one- year prospective study on two different types of implant- abutment connection design. **Minerva Stomatologica**, 60, 403–415.

MULLER, H. P. et al. Gingival biotype and its significance in clinical practice. **Periodontology 2000**, v. 22, p. 53–62, 2000.

NISAPAKULTORN, K.; SUPHANANTACHAT, S.; SILKOSESSAK, O.; RATTANAMONGKULGUL, S.; Factors affecting soft tissue level around anterior maxillary single-tooth implants. **Clin Oral Implants Res**. 2010;21(6):662-670.

PALACCI P.; NOWZARI H. Soft tissue enhancement around dental implants. **Periodontol 2000**. 2008;47:113-132.

PALACCI, P. Tissue manipulation techniques in implantology: soft tissue management. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 15, n. 4, p. 322-331, 1995.

PEREZ, F.; SEGALLA, J.C.; MARCANTONIO, E. J.R.; LAURIS, J.R.; RIBEIRO, J.G.; FERREIRA, L.P. Gingival papilla dimensions in anterosuperior regions adjacent to single-tooth implants. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 2012;32(1):93-100.

PRADEEP, A.R., KARTHIKEYAN, B.V. Peri-implant papilla reconstruction: realities and limitations. **J Periodontol**. 2006 Mar;77(3):534-44.

PRICE, J. S.; PRICE, P. A. The use of subepithelial connective tissue grafts for papilla reconstruction. **Journal of Periodontology**, v. 70, n. 8, p. 939–944, 1999.

RAJ, A.; PRADHAN, S.; SHETTY, P.; KADAKAMPALLY, D.; SHETTY, N. Comparison of crestal bone loss and papilla fill after conventional and immediate implant placement: A 12 month clinical and radiographic prospective study. **F1000Res**. 2024;12:821.

SALAMA, M.; SALAMA, H. The role of orthodontic extrusive remodeling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement: a systematic approach to treatment planning. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 13, n. 5, p. 312–333, 1993.

SCLAR, A. Retalho vascularizado de interposição de tecido conjuntivo periosteal (VIP-CT) para aumento do tecido mole peri-implantar. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, v. 24, n. 6, p. 453-464, 2003.

TARNOW, D. P.; MAGNER, A. W.; FLETCHER, P. A. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. **Journal of Periodontology**, v. 63, n. 12, p. 995–996, 1992.

TINTI, C.; BENFENATI, S. Surgical techniques to enhance papilla formation around implants: a clinical report. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 22, n. 4, p. 331–337, 2002.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE ODONTOLOGIA

GABRIEL JORGE MATIAS

LUIZ GUILHERME MORGEROT MARTINS

**AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE PAPILA PERI-IMPLANTAR:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INTEGRATIVA**

CRICIÚMA

2025

GABRIEL JORGE MATIAS

LUIZ GUILHERME MORGEROT MARTINS

**AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE PAPILA PERI-IMPLANTAR:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INTEGRATIVA**

Projeto de pesquisa do Curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador: Profº Dr. Muryel da Rosa Bortot

CRICIÚMA

2025

RESUMO

Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica integrativa com o objetivo de identificar e analisar os principais fatores determinantes na formação da papila peri-implantar, elemento essencial para a estética e funcionalidade dos implantes dentários. A ausência ou deficiência dessa estrutura pode comprometer a estética do sorriso, a saúde dos tecidos peri-implantares e a satisfação do paciente. A pesquisa foi conduzida por meio da seleção de artigos nas bases de dados PubMed e SciELO, publicados entre 1992 e 2024, com critérios rigorosos de inclusão. Os fatores que mais influenciam na formação da papila incluem a distância entre o ponto de contato e a crista óssea, o biotipo gengival, a espessura do tecido mole, o posicionamento tridimensional do implante e a técnica cirúrgica utilizada. São discutidas ainda abordagens clínicas que contribuem para a preservação, formação e regeneração da papila, como o uso de enxertos de tecido conjuntivo, coroas provisórias para moldagem do tecido gengival, técnicas de sutura específicas e cuidados no manejo dos tecidos moles.

Palavras-Chave: Implantes dentários, papila interimplantar, papila peri-implantar, estética implantar, tecidos moles ao redor dos implantes dentários.

1. INTRODUÇÃO

A estética tornou-se, na última década, uma questão fundamental na implantodontia (BUSER et al., 2017), a reabilitação oral visa, além de resultados funcionais, como uma boa osseointegração, a obtenção de uma ótima estética. Assim, a reabilitação com implantes dentários osseointegrados tem se consolidado como uma alternativa eficaz na substituição de dentes perdidos (BELSER et al., 2004).

Entretanto, a obtenção de uma estética ideal na região peri-implantar, especialmente no que tange à formação da papila interdental, permanece como um dos maiores desafios na implantodontia contemporânea. A ausência ou deficiência da papila pode resultar em comprometimentos estéticos, fonéticos e funcionais, além de impactar negativamente na satisfação do paciente. (PRADEEP; KARTHIKEYAN, 2006).

Diversos fatores influenciam a presença e a morfologia da papila peri-implantar, incluindo a altura da crista óssea, a distância entre o ponto de contato e a crista óssea, o biótipo gengival, a espessura do tecido mole e o posicionamento tridimensional do implante, sendo a distância do ponto de contato até a crista óssea um dos fatores mais determinantes para a formação da papila. (TARNOW et al. 1992).

Além disso, a técnica cirúrgica empregada durante a instalação do implante pode afetar a formação da papila. Conforme Palacci & Nowzari (2008) incisões que preservam a papila durante a segunda fase cirúrgica têm mostrado resultados superiores na manutenção da altura papilar em comparação com incisões intrasulculares.

A papila peri-implantar desempenha um papel crucial não apenas na estética do implante dentário, mas também na sua funcionalidade e, portanto, é de suma importância compreender os fatores que determinam sua formação

(CHOW et al. 2010). Assim, o presente trabalho visa identificar os principais elementos que contribuem para o surgimento da papila e descrever as abordagens clínicas mais adequadas para sua avaliação e gestão, a fim de obter um resultado mais natural e duradouro para o paciente.

1.1 HIPÓTESE

Considerando o impacto direto que a presença ou ausência da papila peri-implantar exerce tanto na estética do sorriso quanto na saúde dos tecidos moles ao redor dos implantes, supõe-se que existem fatores específicos anatômicos, cirúrgicos e protéticos que influenciam significativamente sua formação e manutenção. Parte-se da hipótese de que, ao identificar e compreender esses fatores, é possível adotar condutas clínicas que favoreçam a regeneração ou preservação da papila interdental, contribuindo para melhores resultados funcionais e estéticos nas reabilitações implantossuportadas.

1.2 JUSTIFICATIVA

A presença da papila interdental ou, principalmente, sua ausência em reabilitações com implantes dentários tem um impacto direto, não somente na estética do sorriso, mas também um risco na saúde dos tecidos peri-implantares. Apesar da grande relevância clínica deste tema, a literatura científica ainda apresenta divergências quanto aos fatores que mais contribuem ou interferem para preservação, formação ou regeneração desta estrutura. Logo justifica-se a necessidade de reunir, analisar e sintetizar criticamente as evidências disponíveis sobre o assunto, fornecendo suporte científico atualizado à prática odontológica. A realização da presente revisão integrativa se fundamenta a partir da necessidade de sistematização do conhecimento e identificação das melhores evidências, que orientem condutas clínicas mais eficazes, seguras e que promovam resultados de reabilitação com implantes dentais quanto à estética e função superiores.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os fatores determinantes na formação da papila peri-implantar, analisando sua influência na estética e funcionalidade dos implantes dentários, além de discutir as abordagens clínicas para a preservação e manejo da papila durante e após o tratamento implantológico.

2.2 Objetivos específicos

Identificar quais são os principais fatores anatômicos e clínicos que interferem na formação da papila peri-implantar;

Analisar quais são os métodos para determinação da presença, ausência ou nível papilar encontrados na literatura entre implantes e dentes naturais;

Investigar se a localização do implante interfere na formação da papila;

Aferir a influência de diferentes técnicas cirúrgicas para a preservação ou regeneração da papila;

Sintetizar as principais evidências científicas com relação à formação papilar peri-implantar, apontando lacunas e possibilidades de pesquisas futuras;

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, documental, retrospectiva, do tipo revisão integrativa.

A pesquisa será realizada nas bases de dados Pubmed e Scielo. Serão identificados artigos publicados entre os anos 1992 e 2024, que obedecerem aos critérios de inclusão, quais sejam:

Apresentar as palavras chave: Implantes dentários, papila interimplantar, papila peri-implantar, estética implantar, tecidos moles ao redor dos implantes dentários em português e dental implants, interimplant papilla, peri-implant papilla, implant aesthetics, peri-implant soft tissues em inglês ser publicado de 1992 a 2024, ter disponível texto na íntegra em português e/ou inglês.

Como critérios de exclusão, serem duplicados (permanecendo o primeiro artigo encontrado), conter apenas resumo disponível em qualquer língua e não ter relação com a temática em estudo.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho constitui uma revisão bibliográfica integrativa, de abordagem qualitativa, descritiva e documental, com caráter retrospectivo. O estudo visa reunir e analisar criticamente a produção científica existente sobre a formação da papila peri-implantar, promovendo a sistematização do conhecimento sobre o tema. A pesquisa será realizada nas bases de dados **PubMed** e **SciELO**, com foco em artigos publicados **até 2024**, que estejam disponíveis na íntegra em **português e/ou inglês** e que contenham os descritores implantes dentários, papila interimplantar, papila peri-implantar, estética implantar, tecidos moles ao redor dos implantes dentários. Serão adotados critérios de inclusão rigorosos para garantir a qualidade e a relevância das evidências selecionadas, fornecendo suporte atualizado à prática clínica em implantodontia.

4. REVISÃO LITERATURA

O sucesso do tratamento com implantes dentários vai muito além da simples integração do implante ao osso alveolar. A estética peri-implantar, especialmente a formação adequada da papila interdental, é fundamental para a satisfação do paciente e para a saúde periodontal. A papila peri-implantar atua como um elemento-chave para o fechamento dos espaços interproximais, evitando a formação de “black triangles” que comprometem a aparência natural do sorriso.

Conforme Tarnow, Magner e Fletcher (1992), a distância entre o ponto de contato da prótese e a crista óssea é determinante para a presença ou ausência da papila interdental, influenciando diretamente a qualidade estética dos tratamentos implantológicos. Eles observaram que distâncias inferiores a 5 mm entre esses pontos aumentam consideravelmente a probabilidade de formação completa da papila, enquanto distâncias maiores estão associadas à sua perda ou deficiência.

Além da distância óssea, o posicionamento tridimensional do implante exerce uma influência decisiva na manutenção dos tecidos moles ao redor. Hartman e Cochran (2004) destacam que implantes mal posicionados, principalmente em sentido vertical, bucal ou mesial, podem causar perdas ósseas significativas e alterações no volume gengival, o que prejudica diretamente a sustentação da papila e a estética final. O correto posicionamento tridimensional não só preserva o osso alveolar, mas também permite que a mucosa peri-implantar tenha um suporte adequado, prevenindo recessões e deformidades gengivais. Dessa forma, o planejamento cirúrgico e protético deve considerar a relação tridimensional entre os implantes, dentes adjacentes e as estruturas anatômicas para garantir resultados estáveis e naturais.

Outro aspecto importante que influencia diretamente na estabilidade e formação da papila peri-implantar é a quantidade e qualidade da mucosa queratinizada presente ao redor do implante. Kan et al. (2003) afirmam que uma faixa suficiente de mucosa queratinizada oferece maior resistência aos agentes mecânicos e biológicos, reduzindo a suscetibilidade a inflamações, retrações e perdas ósseas peri-implantares. Essa mucosa atua como uma barreira protetora, que além de proteger o tecido ósseo, favorece a estabilidade do tecido mole e o conforto do paciente durante a higienização. Portanto, a preservação ou mesmo o aumento da faixa queratinizada é uma preocupação constante durante o planejamento cirúrgico e protético dos implantes.

O manejo cirúrgico do tecido mole, especialmente na região estética, é essencial para a formação e manutenção da papila peri-implantar. Gomez-Roman (2001) enfatiza que incisões bem planejadas, precisas e minimamente traumáticas promovem a preservação da crista óssea e favorecem a cicatrização adequada do tecido mole, garantindo o volume e a forma natural da papila interdental. Cirurgias agressivas ou técnicas inadequadas podem causar a perda óssea marginal, resultando em atrofia do tecido gengival e comprometendo a estética final. O domínio das técnicas cirúrgicas e o cuidado com o tecido mole são, portanto, imprescindíveis para o sucesso estético e funcional dos implantes dentários.

Além disso, a utilização de coroas provisórias que permitam o modelamento progressivo da gengiva tem sido uma estratégia importante para

estimular a regeneração e o contorno correto do tecido mole peri-implantar. Jemt (1999) demonstra que a adaptação gradual da forma da coroa provisória promove a moldagem da gengiva ao longo do tempo, incentivando a formação natural da papila e melhorando a estética do sorriso. O uso adequado dessas restaurações temporárias permite que o tecido mole se acomode de maneira harmoniosa, evitando espaços indesejados e mantendo a simetria entre os elementos dentários, resultando em um perfil gengival equilibrado e natural.

A largura biológica, conceito fundamental para a saúde periodontal e peri-implantar, também é um fator determinante na manutenção das papilas interdentares. Cochran et al. (1997) explicam que a largura biológica é constituída por um tecido conjuntivo e epitelial que formam uma barreira protetora ao redor dos implantes, prevenindo a invasão bacteriana e a inflamação. Respeitar essa largura durante procedimentos cirúrgicos e protéticos é crucial para evitar o desenvolvimento de recessões gengivais e perda óssea, assegurando assim a estabilidade da papila e do tecido gengival. O equilíbrio entre essa barreira biológica e as forças mecânicas da mastigação é vital para a longevidade dos implantes e a estética peri-implantar.

A vascularização local do tecido peri-implantar é indispensável para garantir a nutrição celular, a cicatrização eficiente e a regeneração dos tecidos moles. Berglundh et al. (1994) ressaltam que a preservação da irrigação sanguínea na região cirúrgica é fundamental para a sobrevivência das células do tecido conjuntivo e epitelial, que compõem a papila interdental. Técnicas cirúrgicas que minimizam o trauma vascular promovem maior reparação e reepitelização, resultando em papilas mais firmes e volumosas. A interrupção do suprimento sanguíneo, por outro lado, pode levar à necrose parcial do tecido, comprometendo a estética e a saúde peri-implantar.

Dentre as técnicas cirúrgicas voltadas para a preservação e reconstrução da papila, destaca-se o retalho deslizante palatino, uma alternativa eficaz para o reposicionamento do tecido mole em regiões estéticas. Adriaenssens et al. (1999) descrevem essa técnica como capaz de movimentar tecido queratinizado palatino para a região vestibular, aumentando o volume gengival sem causar retrações ósseas ou perda da integridade do suporte ósseo. Essa abordagem é particularmente útil em casos onde há escassez de tecido

queratinizado vestibular e necessidade de maior espessura gengival para suporte da papila, melhorando significativamente os resultados estéticos.

O tipo de sutura empregado também exerce impacto direto na estabilidade e formação da papila peri-implantar. Tinti e Benfenati (2002) recomendam o uso da sutura em colchão de rampa para garantir o fechamento firme e estável dos retalhos, prevenindo micro-movimentos e garantindo um ambiente propício para a cicatrização. Essa técnica ajuda a manter o posicionamento do tecido mole, prevenindo retrações e perda do contorno gengival desejado. A escolha correta da sutura, aliada a um bom manejo dos tecidos, é essencial para o sucesso dos procedimentos regenerativos da papila.

O uso de enxertos de tecido conjuntivo subepitelial tem se consolidado como uma técnica de referência para aumentar o volume e a qualidade do tecido mole ao redor dos implantes. Price e Price (1999) relatam que esses enxertos promovem melhorias significativas no contorno gengival, cor e textura do tecido peri-implantar, contribuindo para uma papila mais volumosa e estética. Além disso, essa técnica ajuda a corrigir defeitos de volume causados por reabsorção óssea ou traumatismos, tornando-se uma ferramenta indispensável na cirurgia plástica periodontal associada aos implantes.

Outra inovação na área de reconstrução da papila é o uso de guias de titânio temporários para suporte do tecido mole durante a cicatrização. El-Salam El-Askary (2000) descreve o uso desses dispositivos como eficaz para manter o espaço e forma do tecido gengival enquanto ocorre a maturação e remodelação da papila interdental. Essa técnica ajuda a evitar o colapso dos tecidos moles, garantindo um contorno mais natural e simétrico, o que é especialmente importante em áreas altamente visíveis do sorriso.

O biotipo gengival do paciente representa um fator biológico importante para a previsibilidade dos resultados estéticos peri-implantares. Muller et al. (2000) destacam que pacientes com biotipo gengival espesso apresentam maior resistência à recessão e melhor capacidade de adaptação do tecido mole ao redor dos implantes, em contraste com pacientes de biotipo fino, que são mais suscetíveis a retrações e perda de volume. A avaliação prévia do

biotipo é fundamental para a seleção das técnicas cirúrgicas e protéticas mais adequadas, visando garantir estabilidade e estética a longo prazo.

A preservação da papila interimplantar, especialmente em implantes unitários adjacentes, é um desafio técnico e clínico. Kan e Rungcharassaeng (2002) defendem que técnicas cirúrgicas e protéticas específicas podem minimizar a perda do volume tecidual interimplantado, o que é crucial para evitar a formação de espaços escuros entre os implantes, que comprometem a estética. Eles recomendam o posicionamento correto dos implantes, uso de componentes protéticos adequados e cuidados pós-operatórios rigorosos para manter a integridade da papila.

Sclar (2003) descreve a técnica do retalho vascularizado de interposição de tecido conjuntivo periosteal (VIP-CT), uma abordagem avançada que permite o aumento do volume do tecido mole peri-implantar com suporte vascular adequado, melhorando significativamente a formação e manutenção da papila. Essa técnica é especialmente indicada em casos onde há grande déficit tecidual, pois proporciona maior estabilidade e qualidade do tecido gengival, além de favorecer resultados estéticos mais naturais.

A preservação da crista alveolar e o controle da remodelação óssea são pré-requisitos para o sucesso estético dos implantes. Salama e Salama (1993) sugerem que a manutenção ou regeneração óssea após extração dentária é fundamental para garantir um suporte ósseo adequado às papilas, evitando sua perda e preservando o contorno gengival. Técnicas de preservação óssea, como enxertos e uso de membranas, são indicadas para otimizar o volume ósseo e garantir resultados funcionais e estéticos superiores.

No que diz respeito à fase cirúrgica de exposição dos implantes, Flanagan (2002) propõe um desenho específico de incisão para a segunda cirurgia, com o objetivo de criar uma base gengival favorável para a formação das papilas interdentais. Essa abordagem visa minimizar o trauma ao tecido mole, preservar a vascularização e proporcionar um ambiente adequado para o crescimento e sustentação da papila, melhorando o contorno gengival e a harmonia estética.

Mesmo em áreas onde as papilas estão comprometidas ou ausentes, Jemt (1997) destaca que é possível estimular a regeneração tecidual por meio do uso combinado de técnicas cirúrgicas e protéticas específicas, que promovem o preenchimento dos espaços interdentais com tecido mole de qualidade. Essa regeneração pode restaurar a estética e a função, proporcionando um contorno gengival mais natural e confortável para o paciente.

Beagle (1992) reforça a viabilidade da reconstrução cirúrgica da papila interdental, desde que o planejamento seja rigoroso e as técnicas executadas com precisão. Ele enfatiza que o sucesso depende do correto posicionamento do retalho, manutenção da vascularização e uso adequado de suturas, permitindo a regeneração do tecido e a recuperação do contorno gengival perdido, o que tem um impacto direto na estética do sorriso.

Por fim, Lekovic, Kenney e Weinlaender (1997) evidenciam a importância da preservação óssea após a extração dentária, por meio de técnicas regenerativas, para garantir o suporte adequado às papilas gengivais. Eles ressaltam que a perda óssea pós-extração pode levar ao colapso dos tecidos moles, comprometendo a estética peri-implantar. Assim, a manutenção do volume ósseo é fundamental para assegurar a integridade da papila e o sucesso a longo prazo dos implantes.

5. CRONOGRAMA

[illegible]

Submissão do artigo para revista										x	
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

6. ORÇAMENTO

Todas as despesas serão de responsabilidade dos autores do estudo e da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

6.1 CAPITAL

Tabela 1 - Despesas de capital

Discriminação	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Notebook	1	2000,00	2000,00
Impressora	1	500,00	500,00
Total			2.500,00

6.2 CUSTEIO

Tabela 2 - Despesas de custeio

Discriminação	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Resmas de papel tipo A4	2	15,00	30,00
Cartuchos de tinta	2	30,00	60,00
Total			90,00

Os custos do projeto serão de responsabilidade do acadêmico que colhera os dados

7. REFERÊNCIAS

ADRIAENSSENS, P. et al. The palatal sliding flap for implant site development: a clinical report. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 19, n. 2, p. 126–135, 1999.

BEAGLE, J. E. Surgical reconstruction of the interdental papilla. **Periodontology** 2000, v. 2, n. 1, p. 27-34, 1992.

BELSER, U.C.; SCHMID, B.; HIGGINBOTTOM, F.; BUSER, D. Outcome analysis of implant restorations located in the anterior maxilla: a review of the recent literature. **Int J Oral Maxillofac Implants**. 2004;19 Suppl:30-42.

BERGLUNDH, T. et al. The soft tissue barrier at implants and teeth. **Clinical Oral Implants Research**, v. 5, n. 3, p. 184–190, 1994.

BUSER, D., CHAPPUIS, V., BELSER, U. C., & CHEN, S. (2017). Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: When immediate, when early, when late? **Periodontology** 2000, 73, 84–102.

CHOW Y.C.; WANG H.L. Factors and techniques influencing peri-implant papillae. **Implant Dent**. 2010;19(3):208-219.

COCHRAN, D. L. et al. The significance of biologic width on crestal bone levels around implants. **Journal of Periodontology**, v. 68, n. 4, p. 459–468, 1997.

EL-SALAM EL-ASKARY, F. Reconstruction of interproximal papilla using titanium guides. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 15, n. 4, p. 547–552, 2000.

FLANAGAN, D. Retreatment of implant papilla loss with a new incision design: a case report. **Implant Dentistry**, v. 11, n. 3, p. 183-188, 2002.

GOMEZ-ROMAN, G. Preservation of the interproximal bone during implant surgery. **Journal of Oral Implantology**, v. 27, n. 1, p. 9-14, 2001.

HARTMAN, G. A.; COCHRAN, D. L. Three-dimensional positioning of implants and its impact on peri-implant hard and soft tissues. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, v. 6, n. 3, p. 95–102, 2004.

JEMT, T. Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 19, n. 2, p. 147-155, 1999.

JEMT, T. Regeneration of the interdental papillae in single implant restorations. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 17, n. 5, p. 440-447, 1997.

KAN, J. Y.; RUNGCHARASSAENG, K. Preservation of the interimplant papilla: aesthetic considerations in implant dentistry. **The Journal of the American Dental Association**, v. 133, n. 10, p. 1379-1384, 2002.

KAN, J. Y. et al. Width of keratinized mucosa and peri-implant health. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 18, n. 4, p. 559–566, 2003.

LEKOVIC, V.; KENNEY, E. B.; WEINLAENDER, M. Preservation of alveolar bone in extraction sockets using bioabsorbable membranes. **Journal of Periodontology**, v. 68, n. 10, p. 1044–1049, 1997.

MULLER, H. P. et al. Gingival biotype and its significance in clinical practice. **Periodontology 2000**, v. 22, p. 53–62, 2000.

PRICE, J. S.; PRICE, P. A. The use of subepithelial connective tissue grafts for papilla reconstruction. **Journal of Periodontology**, v. 70, n. 8, p. 939–944, 1999.

SALAMA, M.; SALAMA, H. The role of orthodontic extrusive remodeling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement: a systematic approach to treatment planning. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 13, n. 5, p. 312–333, 1993.

SCLAR, A. Retalho vascularizado de interposição de tecido conjuntivo periosteal (VIP-CT) para aumento do tecido mole peri-implantar. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, v. 24, n. 6, p. 453-464, 2003.

TARNOW, D. P.; MAGNER, A. W.; FLETCHER, P. A. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. **Journal of Periodontology**, v. 63, n. 12, p. 995–996, 1992.

TINTI, C.; BENFENATI, S. Surgical techniques to enhance papilla formation around implants: a clinical report. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 22, n. 4, p. 331–337, 2002.

PALACCI P.; NOWZARI H. Soft tissue enhancement around dental implants. **Periodontol 2000**. 2008;47:113-132.

PALACCI, P. Tissue manipulation techniques in implantology: soft tissue management. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 15, n. 4, p. 322-331, 1995.

PRADEEP, A.R., KARTHIKEYAN, B.V. Peri-implant papilla reconstruction: realities and limitations. **J Periodontol**. 2006 Mar;77(3):534-44.

Diretrizes para Autores

Instruções para Submissão – Revista Inova Saúde

1. Considerações Gerais

A Revista Inova Saúde não cobra qualquer taxa de submissão ou de publicação. Todo o processo editorial é realizado de forma voluntária por avaliadores e editores, reafirmando o compromisso com a democratização do conhecimento científico.

Os artigos submetidos devem ser originais e inéditos, não podendo ter sido publicados ou estar em avaliação por outro periódico. Ao enviar o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de que o conteúdo não foi previamente divulgado em qualquer outro meio. Caso seja constatado que o artigo já foi submetido ou publicado em outro periódico, este será excluído do processo editorial.

Não serão aceitas submissões em formato de monografia ou trabalho de conclusão de curso.

2. Etapas do Processo Editorial

O fluxo editorial compreende as seguintes etapas:

1. **Verificação inicial** – Conferência pelo editor de seção quanto à conformidade com as normas de submissão.
2. **Avaliação duplo-cega** – Os pareceristas não têm acesso à identidade dos autores, e vice-versa. Os avaliadores são selecionados com base em experiência e adequação ao escopo do trabalho. O parecer é intermediado pelos editores.
3. **Edição de texto** – Ajustes técnicos, quando necessários.
4. **Verificação de plágio** – O manuscrito é submetido a ferramenta antiplágio.
5. **Publicação** – Disponibilização do artigo aprovado.

Atenção: Caso seja detectado plágio em qualquer etapa, o artigo será rejeitado. O autor poderá reenviar a submissão, mas o manuscrito passará por todo o processo novamente.

3. Idiomas Aceitos

O manuscrito pode ser redigido em Português, Inglês ou Espanhol.

Se o texto estiver em Inglês ou Espanhol, o resumo também deverá ser apresentado em Português.

4. Requisitos para Submissão

- Seguir rigorosamente as instruções de preparação dos documentos.
- Submeter dois arquivos separados em formato **Word (.doc ou .docx)**:

1. **Folha de rosto** contendo:

- Nome completo de todos os autores (máximo de 6)
- Titulação, instituição, e-mail, ORCID e link para o currículo Lattes
- Autor correspondente com endereço postal, telefone e e-mail para publicação
- Título em Português (ou na língua original) e Inglês
- Informações sobre órgão ou instituição financiadora, se houver

Consulte aqui: [Modelo de Folha de Rosto](#)

2. **Manuscrito sem identificação** – O arquivo não deve conter informações que permitam identificar os autores, preservando a avaliação duplo-cega.
- Arquivos devem estar em **orientação retrato** (não será aceita a posição paisagem).
 - Todos os autores devem estar cadastrados na plataforma de submissão. Manuscritos com autores não cadastrados serão rejeitados.

5. Estrutura do Manuscrito

A sequência do documento deve ser:

1. Título na língua utilizada no texto
2. Título traduzido para Português e Inglês
3. Resumo na língua original, em Português e Inglês
4. Palavras-chave na língua original, em Português e Inglês (conforme DeCS: <https://decs.bvsalud.org/>)
5. Corpo do texto (introdução, desenvolvimento e conclusão, de acordo com a categoria do manuscrito)
6. Agradecimentos (se houver)

7. Referências

As tabelas devem ser inseridas no texto, seguindo a ordem de citação.

O corpo do texto deve estar em folha A4, margens de 2,5 cm, fonte Arial 12, espaçamento 1,5, e sem quebras de página para subtítulos. Não serão aceitos anexos ou notas de rodapé.

Consulte aqui: [Modelo de Arquivo para Submissão](#)

6. Categorias de Manuscritos

- **Artigos Originais** – Resultado de pesquisa empírica, experimental ou conceitual. Deve conter Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Agradecimentos. Máx.: 7.000 palavras.
- **Comunicações Breves** – Relato preliminar ou parcial de pesquisa. Máx.: 2.500 palavras.
- **Revisões de Literatura** – Revisão crítica sobre tema pertinente. Máx.: 20.000 palavras, até 50 referências.
- **Ponto de Vista** – Opinião fundamentada sobre assunto relevante. Inclui resumo, introdução, tópicos de discussão, considerações finais e referências. Máx.: 1.000 palavras, até 15 referências.
- **Relato de Experiência** – Descrição e análise de experiências institucionais, comunitárias ou acadêmicas. Máx.: 5.000 palavras, até 15 referências.

7. Citações e Referências

- Citações devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que aparecem no texto, utilizando algarismos arábicos sobrescritos, separados por vírgulas.

○ : Saúde Coletiva¹²³, Atenção Básica^{30-48, 50}.

- O número de referências deve ser compatível com a categoria do manuscrito.
- As referências devem seguir as **normas ABNT**, em **espaço simples**, sem recuos ou parágrafos, e ordenadas numericamente conforme a citação no texto.
- Consultar abreviação de periódicos:

○ [Português](#)

- [Inglês](#)

Checklist de Submissão – Revista Inova Saúde

Antes de submeter, verifique se o seu manuscrito atende a todos os requisitos:

Nº	Requisito	Sim	Não
1	O manuscrito é original e inédito, não tendo sido publicado nem submetido a outro periódico.	●	●
2	O texto está em Português, Inglês ou Espanhol e possui resumo em Inglês ou Português (obrigatório se o texto for em Inglês/Espanhol).	●	●
3	Todos os autores estão cadastrados na plataforma de submissão (máximo de 6 por manuscrito).	●	●
4	Foram enviados dois arquivos separados: Folha de rosto (com identificação completa dos autores) e Manuscrito sem identificação.	●	●
5	Os arquivos estão em Word (.doc/.docx) e em orientação retrato.	●	●
6	A Folha de rosto segue o modelo oficial e contém: título, tradução do título, autores, titulação, instituição, e-mail, ORCID, Lattes, autor correspondente e financiadores (se houver).	●	●
7	O manuscrito está formatado conforme as normas: papel A4, formato retrato, margens 2,5cm, fonte Arial 12, espaçamento 1,5, sem notas de rodapé nem anexos.	●	●
8	Estrutura correta: títulos e resumos (original e traduzido), palavras-chave, corpo do texto, agradecimentos (opcional), referências.	●	●
9	Tabelas/quadros/figuras/gráficos estão numerados sequencialmente, com título e fonte conforme normas.	●	●
10	As citações estão numeradas em ordem de aparecimento e formatadas em sobrescrito.	●	●
11	As referências seguem o formato ABNT, em espaço simples, sem recuos, e numeradas na ordem de citação.	●	●
12	O manuscrito não apresenta plágio e todas as fontes estão devidamente citadas e referenciadas.	●	●

As referidas normas entram em vigor em setembro de 2025.

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo e-mail: inovasaude@unesb.net.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais e Declarações

O(s) autor(es) declara(m):

- Ser responsável(is) pelo conteúdo e originalidade do manuscrito, não utilizando softwares de elaboração automática de artigos.
- Transferir os direitos autorais à Revista Inova Saúde para publicação impressa e eletrônica, conforme artigo 29 da Lei nº 9.610/1998.
- Estar ciente(s) de que a utilização de material de terceiros sem citação ou a paráfrase não referenciada caracteriza plágio, implicando sanções cabíveis.

Assumir total responsabilidade civil, penal, administrativa, judicial ou extrajudicial pelo conteúdo publicado.

Declaro (amos) que a pesquisa descrita no manuscrito submetido está sob nossa responsabilidade quanto ao conteúdo e originalidade, além de não utilização de *softwares* de elaboração automática de artigos. Concordamos ainda com a transferência de direitos autorais à Revista Inova Saúde.

Na qualidade de titular dos direitos autorais relativos à obra acima descrita, o autor, com fundamento no artigo 29 da Lei n. 9.610/1998, autoriza a UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense, a disponibilizar gratuitamente sua obra, sem ressarcimento de direitos autorais, para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela UNESC, nas seguintes modalidades: a) disponibilização impressa no acervo da Biblioteca Prof. Eurico Back; b) disponibilização em meio eletrônico, em banco de dados na rede mundial de computadores, em formato especificado (PDF); c) Disponibilização pelo Programa de Comutação Bibliográfica – Comut, do IBICT (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia), órgão do Ministério de Ciência e Tecnologia.

O AUTOR declara que a obra, com exceção das citações diretas e indiretas claramente indicadas e referenciadas, é de sua exclusiva autoria, portanto, não consiste em plágio. Declara-se consciente de que a utilização de material de terceiros incluindo uso de paráfrase sem a devida indicação das fontes será considerado plágio, implicando nas sanções cabíveis à espécie, ficando desde logo a FUCRI/UNESC isenta de qualquer responsabilidade.

O AUTOR assume ampla e total responsabilidade civil, penal, administrativa, judicial ou extrajudicial quanto ao conteúdo, citações, referências e outros elementos que fazem parte da obra.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.