

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

**Raissa Guerra Sampaio**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DO REPARO APÓS CIRURGIA PERIODONTAL EM  
PACIENTE COM ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA TIPO 1B:  
relato de caso com 12 semanas de acompanhamento**

**Governador Valadares  
2022**

**Raissa Guerra Sampaio**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DO REPARO APÓS CIRURGIA PERIODONTAL EM  
PACIENTE COM ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA TIPO 1B:**

relato de caso com 12 semanas de acompanhamento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Emília Farias Pontes

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rose Mara Ortega

**Governador Valadares**

**2022**

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

Guerra Sampaio, Raissa .

Avaliação clínica do reparo após cirurgia periodontal em paciente com erupção passiva alterada tipo 1B : relato de caso com 12 semanas de acompanhamento / Raissa Guerra Sampaio. -- 2022.

54 f. : il.

Orientadora: Ana Emília Farias Pontes

Coorientadora: Rose Mara Ortega

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

1. Cicatrização. 2. Gengivoplastia. 3. Escala visual analógica. 4. Osteotomia. 5. Cirurgia plástica. I. Farias Pontes, Ana Emília, orient. II. Ortega, Rose Mara, coorient. III. Título.

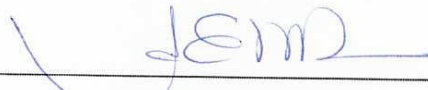
**Raissa Guerra Sampaio**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DO REPARO APÓS CIRURGIA PERIODONTAL EM  
PACIENTE COM ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA TIPO 1B:  
relato de caso com 12 semanas de acompanhamento**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em 01 de Dezembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**




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

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Prof.a Dr.a Rose Mara Ortega - Coorientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Prof.a Dr.a Fernanda Mombirini Pigatti

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Prof.a Dr.a Mariane Floriano Lopes Santos Lacerda

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que me sustentou e me capacitou, para chegar até aqui. Sem Ele certamente nada seria possível.

Aos meus pais, Cássio Ferreira Sampaio e Marcela Guerra Sampaio, que de forma brilhante me incentivaram a todo momento e nunca me deixaram desistir, me apoiaram e são mais que essenciais na minha vida.

Aos meus irmãos, Luan Guerra e Letícia Guerra, que me deram tantos conselhos e palavras de ânimo sendo sempre para mim grandes exemplos de garra e grandes amigos, mais que importantes.

Aos meus amigos que também me incentivaram e deram força e tiveram paciência nos momentos que me ausentei.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados na trajetória do curso.

Aos meus pais e irmãos que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava na realização deste trabalho.

Aos professores pelos ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no processo de formação profissional.

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

Ao Departamento de Odontologia da UFJF-GV, na pessoa da Chefe de Departamento Prof.a Dr.a Mariane Floriano Lopes Santos Lacerda, e do Coordenador de Curso Prof. Dr. Cleverton Corrêa Rabelo, pelo suporte à realização desta pesquisa.

## RESUMO

A Erupção Passiva Alterada (EPA) é uma alteração de desenvolvimento que causa recobrimento parcial das coroas clínicas pelos tecidos periodontais. O objetivo desse estudo foi descrever um caso de EPA e o processo de reparo ao longo de 12 semanas. A paciente, sexo feminino, 30 anos, buscou atendimento com queixa de exposição gengival excessiva. O diagnóstico foi de EPA 1B, e o tratamento incluiu cirurgia com gengivoplastia, osteotomia e osteoplastia na área vestibular dos dentes 13 a 23. Questionários foram aplicados para avaliar dor e desconforto nos três primeiros dias. A satisfação com a estética e autoestima, além dos dados do periograma foram coletados ao início e 12 semanas após. A evolução do reparo foi avaliada usando fotografias intrabucais tomadas após 1, 2 e 3 dias; 1, 2, 3, 4 e 12 semanas. Assim, a altura das coroas clínicas aumentou ( $1,0\pm 0,5\text{mm}$ ), enquanto a faixa de mucosa queratinizada reduziu ( $-1,5\pm 0,5\text{mm}$ ), ambos significativamente; não houve relato de dor pós-operatória, o desconforto foi leve (score 1, Escala Visual Analógica de 0-10); a satisfação e autoestima atingiram escores 8,2, e 10 respectivamente. O reparo da ferida evoluiu significativamente, do score 32 no 1º dia, para 64 na 12ª semana (escala 13-65, adaptada de Landry et al., 1988). No caso clínico descrito, a cirurgia periodontal foi eficiente em aumentar a altura das coroas clínicas, não provocou dor, causou leve desconforto, melhorou a satisfação com sorriso e autoestima, resultando em um padrão de reparo predominantemente excelente, ao final de 12 semanas de acompanhamento.

**Palavras-chave:** Cicatrização, cirurgia plástica, erupção dentária, escala visual analógica, gengivoplastia, osteotomia.

## ABSTRACT

Altered Passive Eruption (APE) is a developmental alteration that causes partial coverage of clinical crowns by periodontal tissues. The aim of this study was to describe a case of APE and the repair process over 12 weeks. The female patient, 30 years old, sought care with a complaint of excessive gingival display. The diagnosis was EPA 1B, and the treatment included surgery with gingivoplasty, osteotomy and osteoplasty in the buccal area of teeth 13 to 23. Questionnaires were applied to assess pain and discomfort in the first three days. Satisfaction with aesthetics and self-esteem, in addition to periogram data were collected at baseline and 12 weeks later. The evolution of the repair was evaluated using intraoral photographs taken after 1, 2 and 3 days; 1, 2, 3, 4 and 12 weeks. Thus, the height of the clinical crowns increased ( $1.0\pm 0.5\text{mm}$ ), while the keratinized mucosal band decreased ( $-1.5\pm 0.5\text{mm}$ ), both significantly; there were no reports of postoperative pain, the discomfort was mild (score 1, Visual Analog Scale 0-10); satisfaction and self-esteem reached scores of 8.2 and 10 respectively. Wound repair evolved significantly, from a score of 32 at day 1 to 64 at week 12 (scale 13-65, adapted from Landry et al., 1988). In the clinical case described, periodontal surgery was efficient in increasing the height of the clinical crowns, did not cause pain, caused mild discomfort, improved satisfaction with smile and self-esteem, resulting in a predominantly excellent repair pattern, at the end of 12 weeks of follow-up.

**Keywords:** Gingivoplasty, visual analog scale, tooth eruption, osteotomy, plastic surgery, wound healing.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 RELATO DE CASO.....</b>	<b>18</b>
3.1 Avaliação da dor, desconforto, satisfação com estética e autoestima .....	22
3.2 Avaliação do reparo da ferida cirúrgica .....	26
3.3 Avaliação das medidas dentais e periodontais.....	36
3.4 Análise estatística.....	37
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>46</b>
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF. ....	46
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
Anexo C – Questionário de dor e desconforto.....	53
Anexo D – Questionário de satisfação aplicado aos 3 meses pós-operatórios.....	54

## 1 INTRODUÇÃO

As deformidades de tecidos moles e duros periodontais estão referenciadas na classificação das doenças periodontais e peri-implantares (Caton et al., 2018). Dentre elas, estão descritas as alterações do fenótipo gengival, recessão de tecidos moles, falta de gengiva, profundidade vestibular reduzida, posição aberrante de freio/músculo, excesso gengival, cor anormal, e condição da superfície radicular exposta (CORTELLINI; BISSADA, 2018).

O excesso gengival pode comprometer a estética, e uma das suas causas é a Erupção Passiva Alterada (EPA). Esta é uma alteração na fase passiva da erupção dental, que leva ao posicionamento mais coronal da margem gengival do que o esperado fisiologicamente, tornando a coroa clínica curta; e que pode estar associada ou não ao posicionamento mais coronal também da crista óssea (CO) (MELE et al., 2018). A classificação da EPA foi proposta por Coslet et al. (1977) considerando os tipos 1 (faixa ampla de gengiva queratinizada) ou 2 (faixa estreita de gengiva queratinizada); e subtipo A [distância da junção cimento-esmalte (JCE) à CO de aproximadamente 1,5 a 2 mm] ou B (com a CO ao nível ou próximo da JCE). A depender do tipo e subtipo, o tratamento é cirúrgico, realizado por meio de procedimentos de aumento de coroa clínica realizada por meio de técnicas como gengivectomia, deslocamento apical do retalho, osteotomia e osteoplastia.

As pesquisas em Periodontia têm avançado no sentido buscar o refinamento da manipulação tecidual, para minimizar as intercorrências pós-operatórias. Nesse sentido, maior atenção tem sido dada à avaliação da saúde periodontal e da posição assumida pelos tecidos ao longo do tempo (DOMÍNGUEZ et al., 2020; MARZADORI et al., 2018; PONTORIERO; CARNEVALE, 2001), enquanto permanecem escassas as investigações enfocando a evolução da maturação da ferida cirúrgica.

Adicionalmente, ainda há campo para que seja explorada a percepção do paciente acerca do tratamento ao qual foi submetido. Isso acontece, pois nem sempre as expectativas e impressões dos pacientes coincidem com as dos profissionais (MCGUIRE et al., 2014). Para viabilizar a quantificação dos sentimentos de um indivíduo, um recurso amplamente utilizado é a Escala Visual Analógica (EVA), frequentemente empregada nas avaliações da dor e desconforto (SPIN-NETO et al.,

2014), mas que pode ser adaptada para avaliar outras sensações como satisfação com estética e autoestima (RIBEIRO, 2021).

Diante deste cenário, o presente estudo foi delineado com o objetivo de descrever um caso clínico de EPA 1B e seu processo de reparo ao longo de 12 semanas de acompanhamento. A hipótese a ser testada é que após o procedimento cirúrgico, a intensidade de dor e desconforto pós-operatório sejam leves, o padrão de reparo seja bom; que haja melhora nos índices de satisfação e autoestima.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta revisão bibliográfica enfocou estudos que avaliaram o reparo após cirurgias de manipulação de tecidos periodontais moles e duros, na intenção de decidir qual método seria melhor empregado no presente estudo. A organização do texto está em ordem cronológica.

Inicialmente, foi analisado o estudo de Wachtel et al. (2003), realizado com o objetivo de avaliar o efeito clínico do retalho de acesso microcirúrgico e tratamento Matriz Derivada de Esmalte, com ênfase na avaliação do reparo precoce de feridas. O estudo foi realizado com onze pacientes, por meio de cirurgias de retalho mucoperiosteal com acesso microcirúrgico. O reparo pós-operatório foi avaliado por um **Índice de reparo precoce de feridas (EHI)**, do termo inglês “*Early wound healing index*” (Fig. 1), nos períodos de uma e duas semanas após a cirurgia:

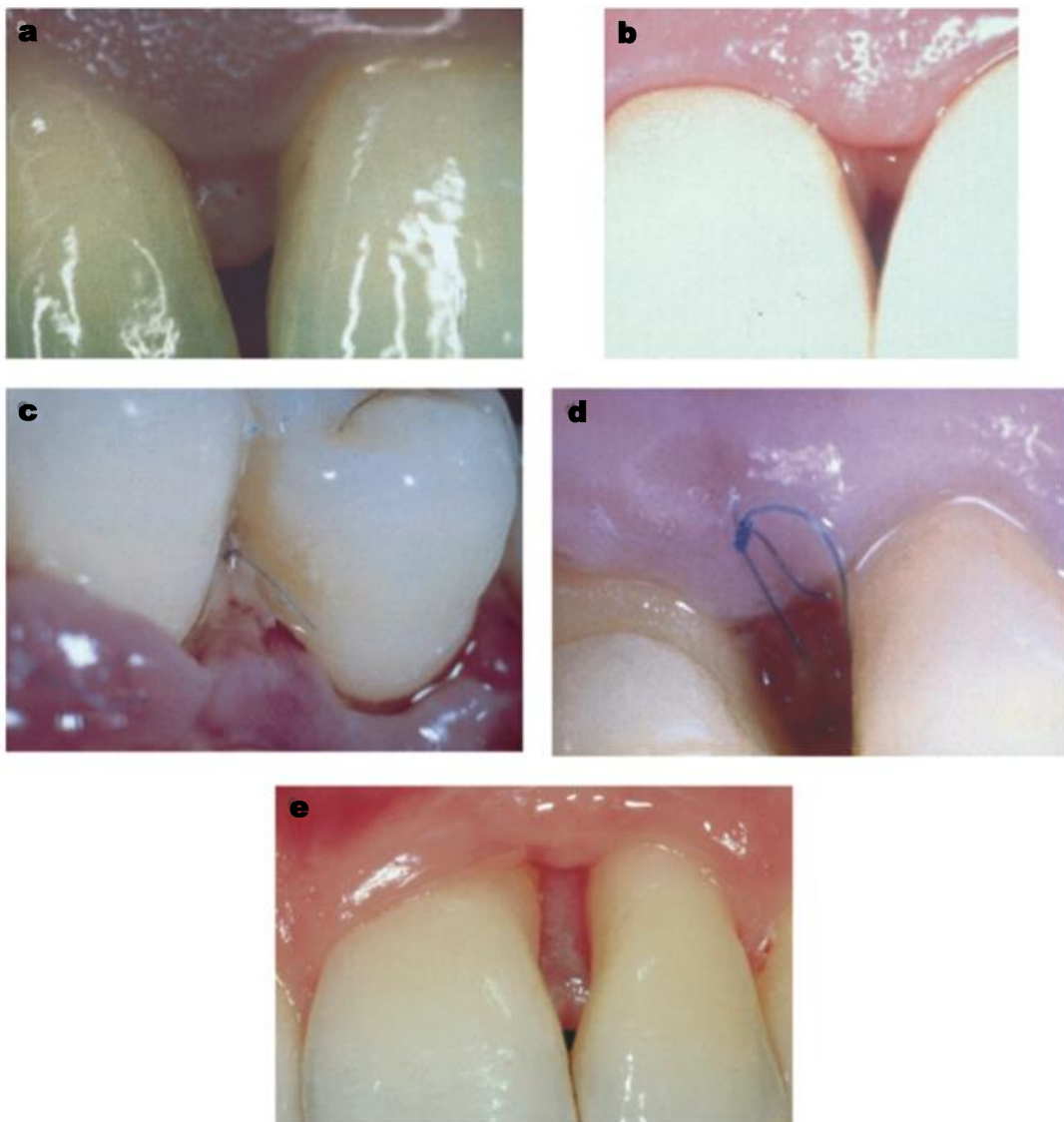
- (a) **EHI 1**: fechamento completo do retalho, sem linha de fibrina na área interproximal;
- (b) **EHI 2**: fechamento total do retalho, fina linha de fibrina na região interproximal;
- (c) **EHI 3**: fechamento completo do retalho, coágulo de na área interproximal;
- (d) **EHI 4**: fechamento incompleto do retalho, necrose parcial do tecido interproximal; e
- (e) **EHI 5**: fechamento incompleto do retalho, necrose completa do tecido interproximal.

Os defeitos de recessão foram aleatoriamente designados para tratamento de teste ou controle, ambos consistiram em um procedimento de retalho de acesso microcirúrgico projetado para o máximo de preservação tecidual. As superfícies radiculares expostas dos locais de teste foram condicionadas com Gel de EDTA a 24% seguido de aplicação da Matriz Derivada de Esmalte. O fechamento primário do retalho foi obtido por uma técnica de sutura de 2 camadas. Os autores relataram que este índice não só diferencia diferentes graus de fechamento incompleto da ferida, como também registra a quantidade de fibrina formada quando o fechamento completo está presente. A experiência clínica tem mostrado os reparos mais rápidos e sem intercorrências são associados com formação mínima de fibrina ou mesmo sua ausência, quando o trauma no local da cirurgia for reduzido ao mínimo. No estudo, o

grupo teste teve média do EHI de  $1,9 \pm 0,8$  e  $1,4 \pm 1,0$ ; e no grupo controle de  $1,7 \pm 0,8$  e  $1,2 \pm 0,6$ , em 1 e 2 semanas, respectivamente.

**Figura 1** – Representação fotográfica do Índice de reparo precoce da ferida (EHI).

(a) **EHI 1**: fechamento completo do retalho, sem linha de fibrina na área interproximal (2 semanas após a cirurgia). (b) **EHI 2**: fechamento total do retalho, fina linha de fibrina na região interproximal (2 semanas após a cirurgia), (c) **EHI 3**: fechamento completo do retalho, coágulo de fibrina na área interproximal (1 semana após a cirurgia), (d) **EHI 4**: fechamento incompleto do retalho, necrose parcial do tecido interproximal (1 semana depois da cirurgia), (e) **EHI 5**: fechamento incompleto do retalho, necrose completa do tecido interproximal (2 semanas após a cirurgia).



Fonte: Wachtel et al. (2003).

O trabalho de Jung et al. (2004) foi realizado com o objetivo de analisar o reparo de tecidos moles após o uso de enxerto gengival livre após a exodontia. Para tanto, vinte pacientes foram incluídos. O período de acompanhamento desse tratamento foi de uma, três e seis semanas e a metodologia de análise foi: após a extração dental, o alvéolo foi completamente preenchido com biomaterial à base de hidroxiapatita bovina integrada em uma matriz de colágeno a 10% para preencher o espaço do alvéolo e sustentar o tecido mole. Do palato foi removido um enxerto gengival livre com bisturi circular, do diâmetro correspondente ao orifício do alvéolo. O enxerto foi cuidadosamente suturado às bordas da entrada do alvéolo.

O processo de reparo foi classificado como:

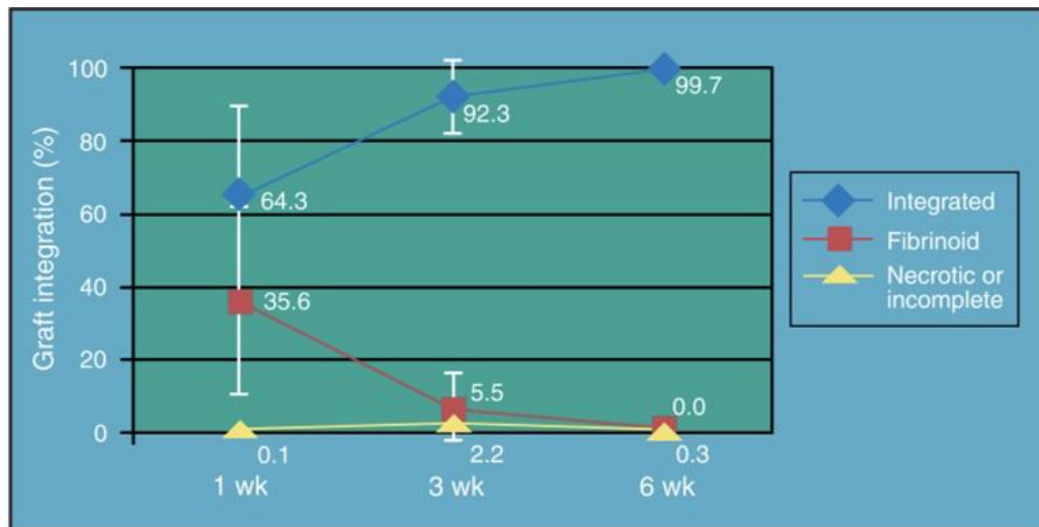
(1) **Integrado**: com suprimento sanguíneo, indicado pela coloração tecidual avermelhada;

(2) **Fibrinóide**: recoberto com fibrina e respondendo por sangramento após remoção da superfície fibrinóide;

(3) **Necrótico**: sem sinais de suprimento sanguíneo;

(4) **Incompleto**: fechamento incompleto do ferimento, área de invaginação epitelial, e acesso ao material do enxerto com a sonda periodontal.

Uma semana após a inserção do enxerto, 64,3% da área média do enxerto estava totalmente integrada, 35,6% era fibrinóide e 0,1% apresentavam partes necróticas. Três e seis semanas após a cirurgia, a superfície média do enxerto integrado aumentou para 92,3% e 99,7%, respectivamente. Após 6 semanas, uma média de 0,3% da superfície em quatro enxertos mostrou fechamento incompleto da ferida, sem presença de fibrina ou necrose. A colorimetria do enxerto e do tecido adjacente revelou uma correspondência de cores média de  $E = 2,91$ , inferior ao limiar crítico de 3,7 para visibilidade intra-oral de cores diferentes. A técnica de uso de bisturi circular para captação do enxerto resultou em integração biológica e estética bem-sucedida do enxerto transplantado nos tecidos do hospedeiro local. A Figura 2, a seguir, ilustra o resultado obtido.

**Figura 2 – Valor da integração realizada**

Fonte: Jung et al. (2004).

O estudo de Huang et al. (2005) foi também analisado, tendo sido desenvolvido com o objetivo de analisar os fatores que podem afetar os resultados dos procedimentos cirúrgicos de recobrimento radicular com retalho posicionado coronalmente. O estudo foi realizado com 23 pacientes nos quais foi aplicado o **Índice de reparo de ferida (WHI)**, do inglês “*wound healing index*” aos dez e 14 dias, um, três e seis meses pós-operatórios:

- (1) **Pontuação 1:** reparo sem intercorrências, sem edema gengival, eritema, supuração, desconforto do paciente ou deiscência do retalho;
- (2) **Pontuação 2:** reparo sem intercorrências: com leve edema gengival, eritema, paciente com desconforto ou deiscência do retalho, mas sem supuração;
- (3) **Pontuação 3:** reparo ruim, com significativo edema gengival, eritema, desconforto do paciente, retalho com deiscência ou supuração.

A metodologia empregada de análise foi: vinte e três pacientes sistemicamente saudáveis, cada um com um defeito de recessão vestibular Classe I de Miller foram incluídos. O índice de cicatrização de feridas foi registrado em 10 a 14 dias e 1, 3 e 6 meses após a cirurgia. O WHI médio no período de acompanhamento de 2 semanas foi de  $1,2 \pm 0,4$ , e após 1 mês, foi 1 para todos os casos.

Outro estudo relevante foi desenvolvido por Pippi (2017), e foi desenvolvido como revisão de literatura. O objetivo foi destacar tanto os principais achados clínicos referentes ao reparo de feridas cirúrgicas, especialmente em periodontia e implantodontia, quanto os procedimentos de monitoramento do reparo. Assim, os

autores relataram que a inspeção da ferida após alimentação cuidadosa e desbridamento da placa é a parte essencial para o monitoramento do reparo. A sondagem periodontal e peri-implantar deve ser realizada somente após o processo de reparo ter sido concluído, e não semanalmente. O acompanhamento por telefone e a autoavaliação do paciente também podem ser usadas nos dias seguintes à cirurgia para monitorar as complicações cirúrgicas mais comuns, como dor, inchaço, sangramento e hematomas. O monitoramento do paciente é importante pois permite identificar sinais e sintomas precoces possivelmente relacionados a complicações cirúrgicas, e assim garantir uma pronta intervenção evitando seu agravamento.

Marini et al. (2018) desenvolveram um trabalho com o objetivo de avaliar com mais precisão o reparo precoce por primeira intenção de incisões verticais em cirurgias periodontais. Foi um trabalho desenvolvido com 21 pacientes, com período de acompanhamento de 24 horas. A metodologia de análise ocorreu da seguinte maneira: foi criado um **Escore de reparo precoce da ferida (EHS)**, do termo em inglês "*early wound healing score*", que avaliou e pontuou sinais clínicos de:

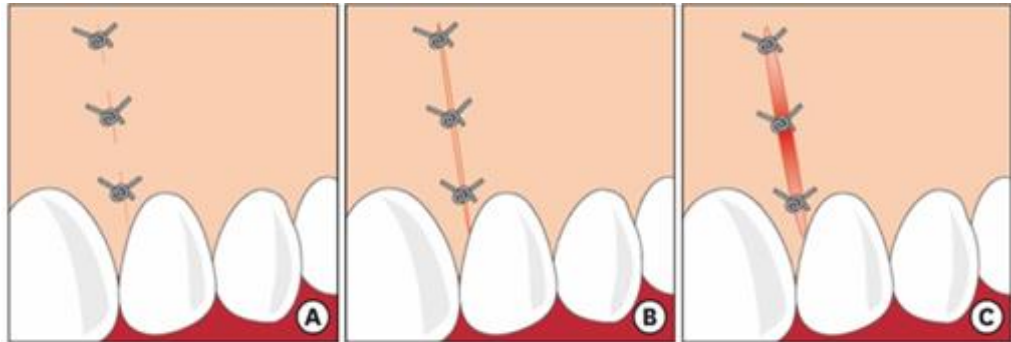
- (1) Reepitelização (**CSR**), do termo em inglês "*clinical signs of re-epitelization*",
- (2) Sinais clínicos de hemostasia (**CSH**), do termo em inglês "*clinical signs of haemostasis*"; e
- (3) Sinais clínicos de inflamação (**CSI**) do termo em inglês "*clinical signs of inflammation*".

Como a epitelização completa da ferida foi o resultado principal, a pontuação CSR foi ponderada em 60% da pontuação final total. Desse modo, com uma pontuação de 0, 3 ou 6 pontos foi possível a avaliação de CSR, enquanto pontuações de 0, 1 ou 2 pontos foram possíveis para CSH e CSI. Para todos os parâmetros, o pior resultado foi anotado. Os valores mais altos indicaram melhor cicatrização. Assim, a pontuação para cicatrização precoce ideal de feridas foi 10. As Figuras 3 e 4, a seguir, ajudam a compreender essa cicatrização:

Este trabalho apontou como conclusão o fato de que o sistema EHS pode ser uma ferramenta útil para avaliar a cicatrização de feridas por intenção primária em tecido periodontal e incisões cirúrgicas, e é de importante auxílio para comunicações entre médicos e pesquisadores, promovendo assim uma melhor compreensão da apresentação clínica do reparo precoce da ferida.

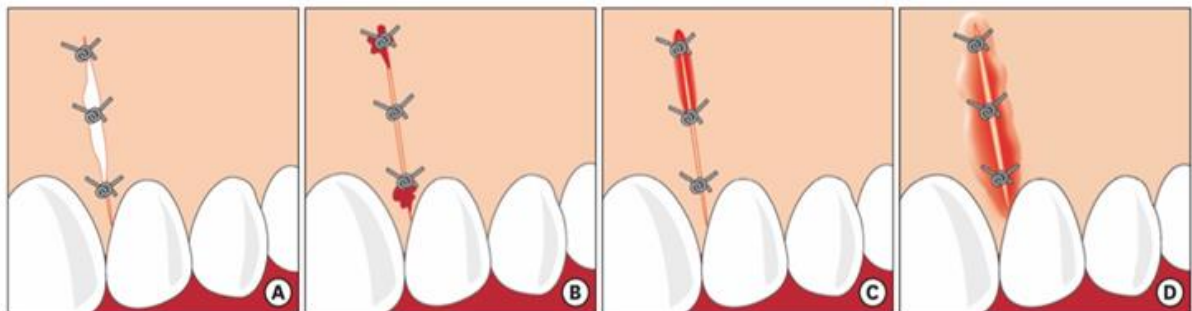


**Figura 3** - Representação gráfica da avaliação da re-epitelização (CSR). (A) Margens da incisão fundida vale 6 pontos, (B) margens da incisão em contato, vale 3 pontos, e (C) distância visível entre as margens da incisão não pontua.



Fonte: Marini et al. (2018).

**Figura 4** – Representação gráfica da avaliação da hemostasia (CSH): ausência de fibrina vale 2 pontos, (A) presença de fibrina nas margens da incisão vale 1 ponto, e (B) sangramento nas margens da incisão não pontua. Representação gráfica da avaliação da inflamação (CSI): a ausência de vermelhidão vale 2 pontos, (C) vermelhidão em <50% do comprimento da incisão vale 1 ponto, e (D) vermelhidão em >50% do comprimento da incisão e/ou pronunciado edema não pontua.



Fonte: Marini et al. (2018).

### 3 RELATO DE CASO

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), segundo parecer 3.134.154/2019 CAAE: 04179318.4.0000.5147 (Anexo A).

A paciente, sexo feminino, de 30 anos de idade, buscou atendimento na clínica de Periodontia da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, com a queixa de exposição excessiva da gengiva durante o sorriso. Trata-se de uma paciente leucoderma, que não relatava hábitos nocivos e deletérios, com histórico de uso de aparelho ortodôntico. A paciente relatou ainda que já sofreu com episódios de vômitos frequentes. A paciente foi convidada a participar deste estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B).

Ao exame clínico, constatou-se que ao sorrir, a paciente expunha mais de 3 mm de gengiva, e as coroas clínicas eram curtas, e tinham sinais de erosão ácida, principalmente nas faces vestibulares. A paciente foi submetida à sondagem transperiodontal para identificação da distância entre a JCE-CO na face vestibular dos dentes maxilares anteriores, tendo todas as medidas sido menores que 2 mm. As medidas foram feitas pelo mesmo examinador treinado (A. E. F. P.), usando sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy Mfg. Co., Chicago, IL, EUA). Com base nessas informações, foi conferido o diagnóstico de EPA tipo 1B. O plano de tratamento foi traçado incluindo instrução de higiene bucal, raspagem e alisamento supragengival, polimento coronário, e cirurgia de gengivectomia, osteoplastia e osteotomia. As Figuras 5 e 6a retratam a condição da paciente ao procurar o tratamento.

**Figura 5** – Aspecto inicial do sorriso da paciente.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

No dia do procedimento cirúrgico, realizou-se a aferição da pressão arterial da paciente que foi considerada normal (120/80 mmHg). Foi realizada antissepsia intraoral com digluconato de clorexidina a 0,12% e a antissepsia extraoral com digluconato de clorexidina a 2%. Iniciou-se a anestesia local infiltrativa na arcada superior desde o dente 15 ao dente 25, por meio da injeção de solução de cloridrato de articaína 4% com epinefrina 1:100.000. Em seguida, com o auxílio de uma sonda periodontal, a profundidade de sondagem dos sítios mesiovestibular, vestibular e distovestibular dos dentes 13 a 23 foi medida. O valor de cada sítio foi projetado externamente na gengiva, com a própria sonda, que foi então rotacionada e introduzida no tecido para produzir pontos sangrantes.

Esses pontos serviram de referência para a realização da primeira incisão horizontal em bisel interno, realizada com lâmina de bisturi 15C. Posteriormente, foi realizada a incisão intrassulcular (Fig. 5b), o retalho mucoperiosteal foi elevado (Fig. 5c) com um descolador de Molt, e o colarinho gengival foi excisionado com o auxílio de uma cureta McCall 13-14.

A osteotomia foi feita seguindo a técnica modificada descrita por Ribeiro et al. (2012). Sucintamente, foi realizada, primeiramente, a criação de canaletas de orientação na tábua óssea vestibular, respeitando o longo eixo do dente, na região

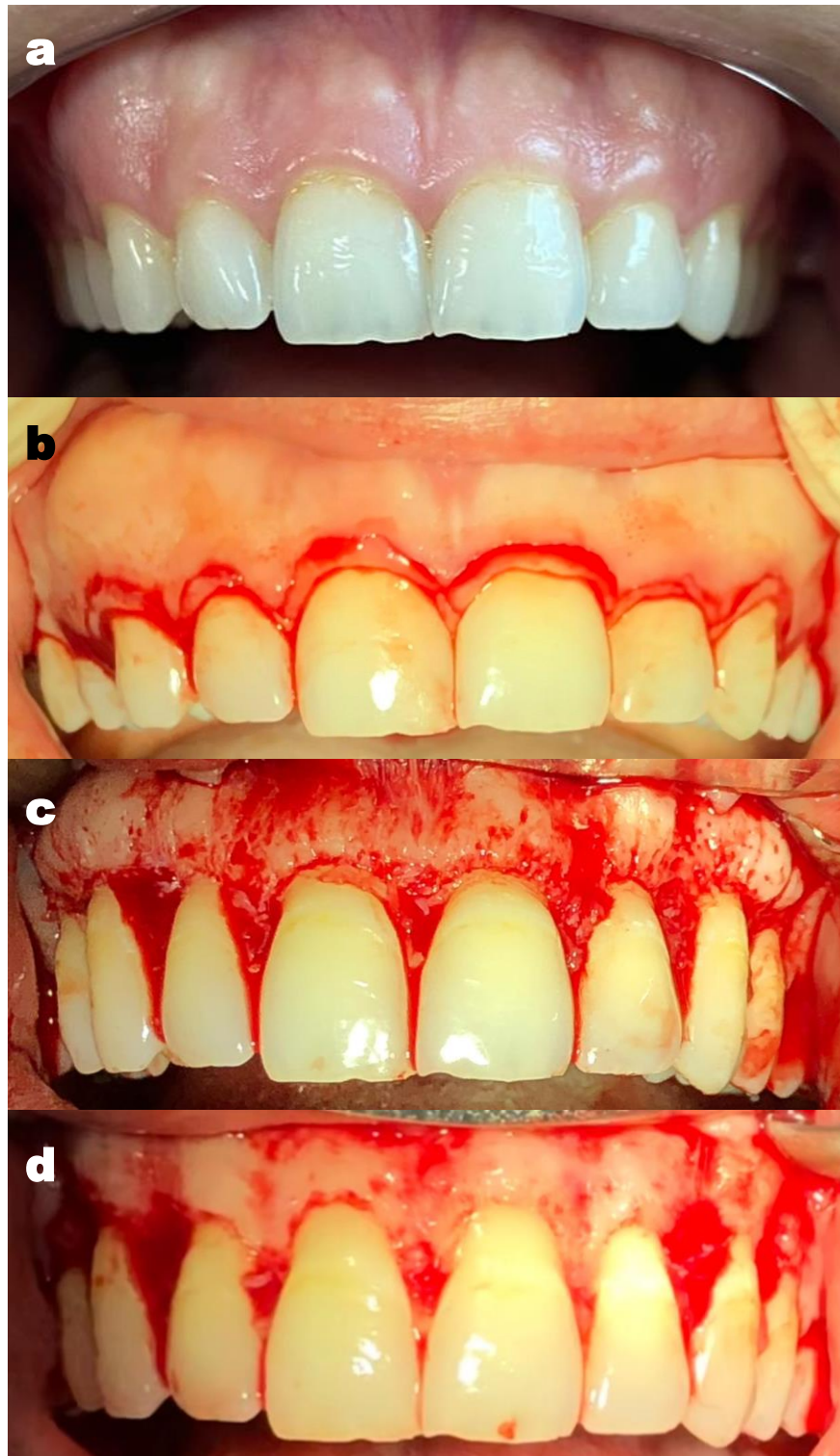
correspondente aos espaços entre as raízes. Para isto, foi empregada uma ponta diamantada 3017 HL montada em caneta de alta rotação. Em seguida, foi feito o desgaste do osso em espessura, unindo as canaletas, conferindo um aspecto harmônico (Fig. 5d). O procedimento foi complementado com copiosa irrigação com soro fisiológico estéril. A remoção de tecido ósseo em altura foi planejada para garantir uma distância de 2 mm entre a JCE-CO, e para tanto empregou-se o micro-cinzel de Ochsenbein número 1. O retalho foi reposicionado, comprimindo no local com gaze umedecida em soro fisiológico, e suturado com fio de nylon 4.0 pela técnica colchoeiro vertical suspensória.

Como medicação pós-operatória, foi prescrito Ibuprofeno 600 mg de 12 em 12 horas por 3 dias e Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas por 7 dias. A sutura foi removida no sétimo dia pós-operatório.

Questionários foram aplicados para avaliar dor e desconforto nos três primeiros dias. A satisfação com a estética e autoestima, além dos dados do periograma foram coletados ao início e 12 semanas após, enquanto a evolução do reparo foi feita com base em fotografias intrabucais tomadas ao longo das 12 semanas, após 1, 2 e 3 dias; 1, 2, 3, 4 e 12 semanas.

Ao final do período experimental não foi detectada recessão gengival pós-operatória, nem queixa de sensibilidade dentinária. Por outro lado, foi constatada redução da exposição gengival aparente ao sorriso, e aumento da altura das coroas clínicas, que assumiram uma configuração retangular (Fig. 6).

**Figura 6-** Sequência cirúrgica (a a d).



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

**Figura 7-** Aspecto clínico do sorriso (a) antes e (b) 12 semanas após a cirurgia.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

### **3.1 Avaliação da dor, desconforto, satisfação com estética e autoestima**

Após o procedimento cirúrgico, a paciente foi orientada a preencher um questionário (Anexo C) com questões para registro das sensações após a cirurgia (Fig. 8), o qual foi entregue impresso no dia da cirurgia, e devolvido no terceiro dia pós-operatório.

**Figura 8-** Questões de avaliação de dor e desconforto:

<b>Avaliação de dor e desconforto</b>
<b>(Q1)</b> Você sentiu dor após a cirurgia?
<b>(Q2)</b> Qual sua intensidade de dor no dia da cirurgia?
<b>(Q3)</b> Qual sua intensidade de dor no 1º dia após a cirurgia?
<b>(Q4)</b> Qual sua intensidade de dor no 2º dia após a cirurgia?
<b>(Q5)</b> Qual sua intensidade de dor no 3º dia após a cirurgia?
<b>(Q6)</b> Você sentiu desconforto após a cirurgia?
<b>(Q7)</b> Se sim, o que sentiu? Inchaço? Sangramento? Formação de úlcera?
<b>(Q8)</b> Qual sua intensidade de desconforto no dia da cirurgia?
<b>(Q9)</b> Qual sua intensidade de desconforto no 1º dia após a cirurgia?
<b>(Q10)</b> Qual sua intensidade de desconforto no 2º dia após a cirurgia?
<b>(Q11)</b> Qual sua intensidade de desconforto no 3º dia após a cirurgia?
<b>(Q12)</b> Você tomou analgésicos além dos prescritos?
<b>(Q13)</b> Você necessitou de repouso, sem possibilidade de trabalhar após a cirurgia?
<b>(Q14)</b> Você precisou de atendimento profissional devido a complicações da cirurgia?

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

As questões Q1, Q6, Q12 a Q14 permitiam a escolha de duas opções: “Sim” ou “Não”. A pergunta Q7 foi aberta, aceitando livre resposta. As questões Q2 a Q5, e Q8 a Q11 foram respondidas por meio de Escala Visual Analógica. Nestes casos, abaixo da pergunta foi incluída uma linha com dez centímetros de comprimento, com as expressões “Sem dor”, “Sem desconforto”, “Melhor possível”, ou “Pior possível”, em cada extremo. A paciente foi orientada a marcar um ponto na escala que corresponda à intensidade de sua sensação. A interpretação dos resultados foi feita usando uma régua posicionada próxima à linha, e o valor correspondente em centímetros foi anotado. A intensidade da sensação foi classificada de acordo com McCaffery e Beebe (1993): nenhuma, quando o valor anotado for zero; leve, quando os valores variaram de um a três; moderado, quando os valores variaram de quatro a seis; e severa, quando variaram de sete a dez.



Três meses após a cirurgia, a pacientes foi convidada a responder outro questionário (Anexo D), contendo cinco questões (Fig. 9) sobre satisfação com o sorriso e autoestima.

**Figura 9-** Questões de avaliação da satisfação com sorriso e autoestima:

<b>Avaliação de satisfação com sorriso e autoestima</b>
<b>(Q15)</b> Qual o seu grau de satisfação com o sorriso antes da cirurgia?
<b>(Q16)</b> Qual o seu grau de satisfação com o sorriso após a cirurgia?
<b>(Q17)</b> A cirurgia alterou sua autoestima?
<b>(Q18)</b> Como era sua autoestima antes da cirurgia?
<b>(Q19)</b> Como ficou sua autoestima depois da cirurgia?

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

As questões Q15, Q16, Q18 e Q19 foram respondidas por meio da Escala Visual Analógica, enquanto a questão Q17 tinham apenas duas opções de resposta (“sim” ou “não”).

A compilação das respostas do questionário proposto se encontra nas Tabelas 1, 2 e 3. Resumidamente, a paciente relatou que não sentiu dor após a cirurgia, mas relatou leve desconforto (ambos Escores 1) no primeiro e segundo dia após a cirurgia, referentes a sangramento e inchaço, tendo ainda pontuado que sentiu necessidade de seguir a recomendação de manter repouso pós-operatório. Além disso, não ingeriu nenhum analgésico além do prescrito e não houve a necessidade de acompanhamento profissional antes do retorno marcado.



**Tabela 1-** Questões aplicadas sobre as sensações de dor e desconforto no pré e pós-operatório e das necessidades de automedicação, repouso e intervenção profissional.

	<b>Questão</b>	<b>Resposta / Escore</b>
<b>Q1</b>	Você sentiu dor após a cirurgia (S/N)	Não
<b>Q2</b>	Qual sua intensidade de dor no dia da cirurgia?	0,0
<b>Q3</b>	Qual sua intensidade de dor no 1º dia após a cirurgia?	0,0
<b>Q4</b>	Qual sua intensidade de dor no 2º dia após a cirurgia?	0,0
<b>Q5</b>	Qual sua intensidade de dor no 3º dia após a cirurgia?	0,0
<b>Q6</b>	Você sentiu desconforto após a cirurgia? (S/N)	Sim
<b>Q8</b>	Qual sua intensidade de desconforto no dia da cirurgia?	1,0
<b>Q9</b>	Qual sua intensidade de desconforto no 1º dia após a cirurgia?	1,0
<b>Q10</b>	Qual sua intensidade de desconforto no 2º dia após a cirurgia?	1,0
<b>Q11</b>	Qual sua intensidade de desconforto no 3º dia após a cirurgia?	0,0
<b>Q12</b>	Você tomou analgésicos além dos prescritos? (S/N)	Não
<b>Q13</b>	Você necessitou de repouso, sem possibilidade de trabalhar após a cirurgia? (S/N)	Sim
<b>Q14</b>	Você precisou de atendimento profissional devido a complicações da cirurgia? (S/N)	Não

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

**Tabela 2-** Pergunta dissertativa para sobre desconforto no pós-operatório:

	<b>Questão</b>
<b>Q7</b>	Se sim, o que sentiu? Inchaço? Sangramento? Formação de Úlcera? “Sangramento, inchaço”

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

De forma geral, observou que o grau de satisfação da paciente com o sorriso após a intervenção cirúrgica aumentou de 4,5 para 8,2; ou seja, passou de moderada para elevada. Adicionalmente, relatou que a cirurgia foi capaz de aumentar a autoestima, com o escore indo de 8,2 para 10 no terceiro mês após a cirurgia, permanecendo elevada, portanto.

**Tabela 3-** Questões aplicadas para mensurar a satisfação e melhora na autoestima do paciente.

	<b>Questão</b>	<b>Resposta / Escore</b>
<b>Q15</b>	Qual o seu grau de satisfação com o sorriso antes da cirurgia?	4,5
<b>Q16</b>	Qual o seu grau de satisfação com o sorriso após a cirurgia?	8,2
<b>Q17</b>	A cirurgia aumentou sua autoestima? (S/N)	Sim
<b>Q18</b>	Como era sua autoestima antes da cirurgia?	8,2
<b>Q19</b>	Como ficou sua autoestima depois da cirurgia?	10,0

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### **3.2 Avaliação do reparo da ferida cirúrgica**

À inspeção, foi possível observar que a paciente manteve um bom padrão de reparo, com exceção para a área entre os dentes 21 e 22, onde o procedimento de sutura provocou tensionamento e trauma local. Ao longo dos dias, nesta mesma área, a papila não se manteve acomodada sob o fio de sutura, causando sofrimento tecidual. As Figuras 10 a 14 foram tiradas para acompanhamento do caso clínico.

**Figura 10-** Aspecto clínico no (a) pós-operatório imediato, (b) um, (c) dois, e (d) três dias após a cirurgia. Note que a paciente tinha desgaste da estrutura da coroa dentária, causada por erosão ácida. Além disso, houve uma falha na apreensão do tecido na área interproximal dos dentes 21 e 22.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

**Figura 11** - Aspecto clínico no período pós-operatório de uma semana, (a) antes e (b) depois da remoção da sutura; (c) duas, e (d) três semanas após a cirurgia.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

**Figura 12** - Aspecto clínico no período pós-operatório de (a) um e (b) três meses.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).



**Figura 13-** Aspecto clínico em perfil (a, b) um, (c, d) dois, (e, f) três e (g, h, i, j) sete dias após a cirurgia.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

**Figura 14** - Aspecto clínico em perfil (a, b) duas, (c, d) três, (e, f) quatro semanas, e (g, h) três meses após a cirurgia.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A avaliação do reparo foi feita pelo mesmo pesquisador treinado (R. M. O.), usando os critérios descritos por Landry et al. (1988) (Fig. 15). Os 13 sítios analisados corresponderam à área da margem gengival entre as distais dos dentes 13 ao 23, conforme a Figura 16. Por sua vez, os nove períodos de acompanhamento pós-cirúrgicos avaliados foram: um, dois, três e sete dias (antes e após remoção da sutura); duas, três, quatro e 12 semanas. Cada sítio poderia ser pontuado de 1 a 5, sendo assim, o somatório dos escores por sítio poderia variar entre 9 e 45, enquanto o somatório por período poderia variar entre 13 e 65, sendo os maiores valores correspondentes a melhor padrão de reparo.

Como resultado, nesta paciente, os escores acumulados por sítio (Fig. 17) variaram entre 27 e 40, sendo o maior valor correspondente à face vestibular do dente 13, que foi estatisticamente superior ao da área interproximal entre os dentes 21 e 22 (teste Friedman, valor de "p" = 0,046). Sob outro ponto de vista, na avaliação por período (Tabela 4), as maiores diferenças estatisticamente significantes observadas envolveram os dados coletados às três semanas e três meses, na comparação com períodos anteriores.



**Figura 15** – Critérios de avaliação de reparo descritos por Landry et al. (1988):

<b>Avaliação do reparo</b>	
<b>Escore 1 (muito ruim):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cor do tecido: <math>\geq</math> 50% de gengiva vermelha;</li> <li>• Resposta à palpação: sangramento;</li> <li>• Tecido de granulação: presente;</li> <li>• Margem de incisão: não epitelizada, com perda de epitélio além da margem de incisão; e</li> <li>• Supuração presente.</li> </ul>
<b>Escore 2 (Pobre):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cor do tecido: <math>\geq</math> 50% de gengiva vermelha;</li> <li>• Resposta à palpação: sangramento;</li> <li>• Tecido de granulação: presente; e</li> <li>• Margem da incisão: não epitelizada, com tecido conjuntivo exposto.</li> </ul>
<b>Escore 3 (Bom):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cor do tecido: <math>\geq</math> 25% e <math>&lt;</math> 50% de gengiva vermelha;</li> <li>• Resposta à palpação: sem sangramento;</li> <li>• Tecido de granulação: nenhum; e</li> <li>• Margem de incisão: nenhum tecido conjuntivo exposto.</li> </ul>
<b>Escore 4 (Muito bom):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cor do tecido: <math>&lt;</math> 25% de gengiva vermelha;</li> <li>• Resposta à palpação: sem sangramento;</li> <li>• Tecido de granulação: nenhum; e</li> <li>• Margem de incisão: nenhum tecido conjuntivo exposto.</li> </ul>
<b>Escore 5 (Excelente):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cor do tecido: todos os tecidos rosa;</li> <li>• Resposta à palpação: sem sangramento;</li> <li>• Tecido de granulação: nenhum; e</li> <li>• Margem de incisão: nenhum tecido conjuntivo exposto.</li> </ul>

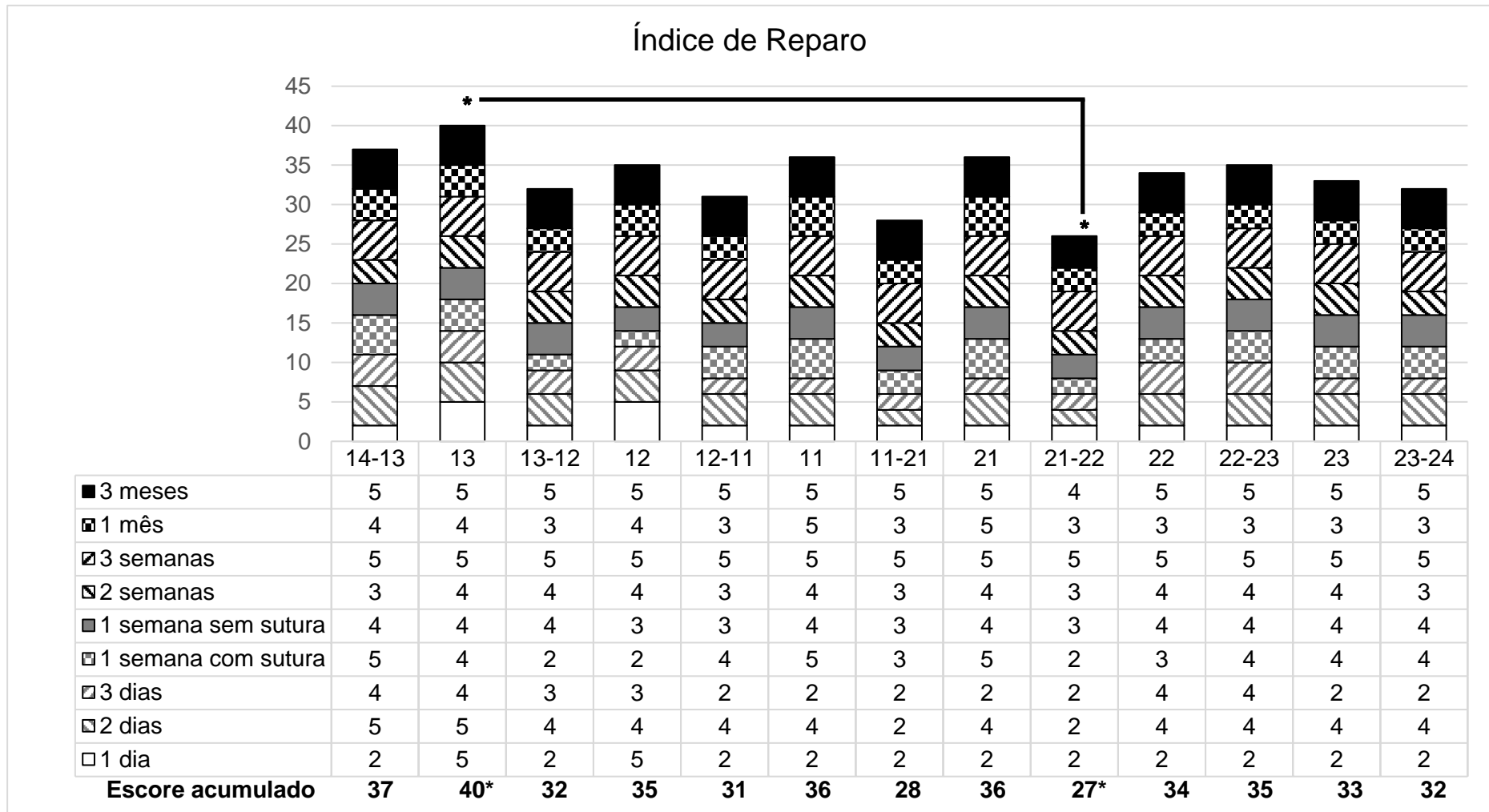
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

**Figura 16** – Localização das áreas de avaliação do reparo.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

**Figura 17-** Gráfico dos escores do índice de reparo acumulados por sítio, ao longo do período experimental.



\* Diferença estatisticamente significativa detectada (Teste Friedman,  $p = 0,046$ ). Fonte: Elaborado pela autora (2022).

**Tabela 4** – Valores de “p” da comparação dos índices de reparo acumulados por período.

Período	Escores acumulados	1 dia	2 dias	3 dias	1 semana com sutura	1 semana sem sutura	2 semanas	3 semanas	1 mês	3 meses
<b>1 dia</b>	<b>32</b>		ns	ns	ns	ns	ns	<0,0001*	ns	<0,0001*
<b>2 dias</b>	<b>50</b>	ns		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<b>3 dias</b>	<b>36</b>	ns	ns		ns	ns	ns	<0,0001*	ns	<0,0001*
<b>1 semana com sutura</b>	<b>47</b>	ns	ns	ns		ns	ns	<0,0001*	ns	ns
<b>1 semana sem sutura</b>	<b>48</b>	ns	ns	ns	ns		ns	<0,0001*	ns	<0,0001*
<b>2 semanas</b>	<b>47</b>	ns	ns	ns	ns	ns		<0,0001*	ns	<0,0001*
<b>3 semanas</b>	<b>65</b>	<0,0001*	ns	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*		<0,0001*	ns
<b>1 mês</b>	<b>46</b>	ns	ns	ns	ns	ns	ns	<0,0001*		<0,0001*
<b>3 meses</b>	<b>64</b>	<0,0001*	ns	<0,0001*	ns	<0,0001*	<0,0001*	ns	<0,0001*	

Ns, não significantes. \* Teste Friedman (alfa = 0,05). Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### 3.3 Avaliação das medidas dentais e periodontais

As medidas periodontais foram coletadas ao início e 3 meses após a cirurgia pelo mesmo pesquisador treinado (A. E. F. P.) usando os critérios apresentados na Figura 18, e se referiram aos dentes 13 ao 23.

**Figura 18** – Critérios usados de avaliação dental e periodontal.

<b>Avaliação das medidas periodontais</b>
(1) <b>Índice de placa (IP)</b> , (SILNESS; LÖE, 1964);
(2) <b>Índice sangramento gengival (ISG)</b> (AINAMO; BAY, 1975), dicotômico;
(3) <b>Profundidade de Sondagem (PS)</b> , distância da margem gengival até o fundo do sulco clínico;
(4) <b>Nível de Inserção Clínica (NIC)</b> , distância da JCE até o fundo do sulco clínico;
(5) <b>Índice de sangramento à sondagem (ISS)</b> (MÜHLEMANN; SON, 1971), dicotômico, aguardando até 15 segundos após avaliação da profundidade de sondagem;
(6) <b>Supuração</b> , dicotômico, aguardando até 15 segundos após avaliação da profundidade de sondagem;
(7) <b>Mobilidade</b> (MILLER, 1950);
(8) <b>Fenótipo gengival</b> (DE ROUCK et al., 2009), classificado em fino e festonado, espesso e festonado, ou plano e espesso, avaliada no sítio vestibular;
(9) <b>Altura da coroa clínica</b> , aferida com sonda milimetrada no ponto mais vestibular da coroa;
(10) <b>Proporção largura/altura da coroa clínica</b> , calculada com a largura aferida com sonda milimetrada; e
(10) <b>Mucosa queratinizada</b> , avaliada no sítio vestibular.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os dados de índice de placa, sangramento gengival, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, sangramento à sondagem e supuração foram avaliados em três sítios por dente (mesiovestibular, vestibular, distovestibular), enquanto os demais .

Como resultado, não foram identificados sítios com supuração à sondagem, nem dentes com mobilidade. O fenótipo gengival foi plano e espesso em todos os sítios avaliados. A altura de coroa clínica aumentou em média  $1,0 \pm 0,5$  mm (teste t,  $p = 0,03$ ), e a faixa de mucosa queratinizada reduziu de  $-1,5 \pm 0,5$  mm (teste Wilcoxon,

$p = 0,001$ ), enquanto a proporção largura/altura da coroa reduziu de forma significativa de  $0,90 \pm 0,06$  para  $0,81 \pm 0,02$  (teste t,  $p = 0,005$ ). Demais resultados obtidos são apresentados na Tabela 5.

### **3.4 Análise estatística**

A análise estatística foi realizada usando um programa estatístico específico (BioEstat, Instituto Mamirauá, Brasil), considerando o nível de significância de 5%. Dados ordinais foram avaliados pelo teste Friedman. Os dados contínuos passaram inicialmente pelo teste de normalidade Shapiro-Wilk. No caso de distribuição normal, foi usado o teste t, e no caso de distribuição não-normal, foi usado o teste Wilcoxon.

**Tabela 5** – Condição dental e periodontal inicial e três meses após a cirurgia.

Parâmetro		Inicial	3 meses	Variação
Altura da coroa clínica (mm)	Dente 13	8,0	8,5	0,5
	Dente 12	8,0	9,0	1,0
	Dente 11	10,0	11,0	1,0
	Dente 21	9,0	11,0	2,0
	Dente 22	8,0	9,0	1,0
	Dente 23	9,0	9,5	0,5
	Média ± DP	8,7 ± 0,8 <sup>a</sup>	9,7 ± 1,1 <sup>a</sup>	1,0 ± 0,5
Mucosa queratinizada (mm)	Dente 13	10,0	9,0	-1,0
	Dente 12	9,0	8,0	-1,0
	Dente 11	6,0	5,0	-1,0
	Dente 21	8,0	6,0	-2,0
	Dente 22	10,0	8,0	-2,0
	Dente 23	9,0	7,0	-2,0
	Média ± DP	8,7 ± 1,5 <sup>b</sup>	7,2 ± 1,5 <sup>b</sup>	-1,5 ± 0,5
Proporção largura/altura da coroa clínica	Dente 13	0,88	0,82	-0,05
	Dente 12	0,88	0,77	-0,10
	Dente 11	0,90	0,82	-0,08
	Dente 21	1,00	0,82	-0,18
	Dente 22	0,94	0,83	-0,10
	Dente 23	0,83	0,79	-0,04
	Média ± DP	0,90 ± 0,06 <sup>c</sup>	0,81 ± 0,02 <sup>c</sup>	-0,09 ± 0,05
IP (%)	Score 0	83,3	94,4	11,1
	Score 1	16,7	5,6	-11,1
ISG (%)	Dicotômico	11,1	11,1	0,0
ISS (%)	Dicotômico	11,1	0,0	-11,1
PS (mm)	Média ± DP	2,4 ± 0,5	2,2 ± 0,4	-0,2 ± 0,1
NIC (mm)	Média ± DP	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0

IP: índice de placa. ISG: índice de sangramento gengival. ISS: índice de sangramento à sondagem. PS: profundidade de sondagem. NIC: nível de inserção clínica. Letras idênticas representam diferença estatisticamente significativa. Fonte: Elaborado pela autora (2022).

## 4 DISCUSSÃO

A exposição gengival excessiva é uma queixa estética frequente e pode ser causada por diversos fatores como EPA, hiperatividade labial, crescimento gengival, crescimento vertical excessivo da maxila, ou uma combinação destes (MELE et al., 2018). No caso apresentado, a paciente foi diagnosticada com EPA tipo 1B, que significa que tanto a gengiva quanto o osso estão em uma posição mais coronal que o esperado, o que pode deixar o sorriso com aspecto antiestético.

A etiologia da EPA no caso apresentado, pode ter sido influenciada pelo uso prévio de aparelho ortodôntico, posto que a prevalência de EPA tende a ser maior entre os indivíduos que receberam tratamento ortodôntico (NART et al., 2014); e pelo padrão de fenótipo gengival espesso, que tendem a migrar mais lentamente durante a fase passiva da erupção, interferindo na altura final da margem gengival (ALPISTE-ILLUECA, 2011).

O tratamento traçado para a paciente incluiu a realização de cirurgia de aumento de coroa clínica por meio de gengivoplastia, osteoplastia e osteotomia. É importante pontuar que durante a sutura do retalho, houve falha na apreensão do tecido na região entre os dentes 21 e 22, que causou sofrimento tecidual local. Apesar disso, a paciente não relatou dor, o que pode ser justificado pelo próprio uso do analgésico, que se revelou eficiente na posologia recomendada; pelo limiar de dor da paciente, que é particular do indivíduo; pela integridade dos tecidos periodontais no pré-operatório; e pelos cuidados assumidos durante a manipulação tecidual, tendo sido realizadas incisões precisas, sido usado instrumental afiado para deslocamento do retalho, além de broca nova.

Por sua vez, no presente caso, o desconforto foi leve, tendo esta queixa sido devida ao sangramento e inchaço. O grau de desconforto relatado foi melhor do que aquele descrito por Ribeiro et al. (2021), em cuja série de 12 casos tratados com EPA 1B, a intensidade se iniciou com  $2,7 \pm 2,4$  no dia da cirurgia e reduziu para  $0,6 \pm 0,8$  no terceiro dia. Adicionalmente, no referido estudo, além dos relatos de inchaço (50%), sangramento (33%), houve paciente com queixa de dor interna no nariz (12%), e incômodo com o cimento cirúrgico (12%). Convém enfatizar que no presente estudo não foi empregado cimento cirúrgico, e que Antoniazzi et al. (2014) argumentam que seu uso pode intensificar a sensação dolorosa local.

Com relação à satisfação com estética e autoestima, claramente a terapia escolhida trouxe benefícios à paciente nesses quesitos. A satisfação passou de 4,5 (moderada) para 8,2 (elevada), o que é comparável ao relatado por Ribeiro (2021), onde os valores eram da ordem de  $4,1 \pm 3,1$  (moderado), e aumentaram de forma estatisticamente significativa para  $9,5 \pm 0,6$  (elevada) no 3º meses pós-cirurgia. Seguindo esta mesma tendência, porém usando outra ferramenta, a escala Likert com cinco opções, Silva et al. (2015) identificaram que no pré-operatório, a opção mais assinalada correspondeu ao segundo nível "levemente insatisfeito" (68%), enquanto no pós-operatório de 6 meses, a mais assinalada foi a do quarto nível "muito satisfeito" (41%). Quanto à autoestima, a paciente deste estudo reportou uma melhora, embora ao início seu valor de referência já pudesse ser considerado alto (escore 8,2), foi possível subir para o máximo (escore 10). No estudo de Ribeiro (2021), o valor passou de  $3,6 \pm 2,4$  para  $9,3 \pm 0,8$  ao final das 12 semanas.

Com relação à avaliação da coroa clínica e dos tecidos periodontais, é importante o fato da altura da coroa clínica ter elevado de forma estatisticamente significativa (variação média de  $1,0 \pm 0,5$  mm), concomitantemente à redução da faixa de mucosa queratinizada (variação de  $-1,5 \pm 0,5$  mm), o que é plausível diante do emprego da técnica de gengivoplastia. Batista Jr. et al. (2012) reportaram um aumento da ordem de 1,5, 1,7 e 1,9 mm respectivamente nos incisivos laterais, caninos e incisivos centrais dos 14 pacientes com EPA por eles atendidos que foram submetidos a aumento de coroa clínica, e acompanhados por 6 meses. No presente caso, a decisão de não aumentar demasiadamente a coroa clínica partiu do entendimento que a tendência dos dentes é sofrerem uma extrusão fisiológica ao longo da vida (LAMSTER et al., 2016), e sendo esta paciente adulta jovem, considerou-se risco desnecessário deixar a margem gengival próxima à JCE, diante do risco de recessão pós-operatória. Embora a excisão do colarinho gengival não tenha sido ampla, houve uma melhora a estética do sorriso como um todo, possivelmente pela redução de volume da tábua óssea vestibular, proporcionada pela osteoplastia, que conforme descrito por Ribeiro et al. (2012), favorece o caimento do lábio, que fica menos tenso. Outro ponto a ser considerado é que a proporção largura/altura da coroa clínica reduziu significativamente (saindo de  $0,90 \pm 0,06$  para  $0,81 \pm 0,02$ ). A proporção final obtida foi a mesma observada por Sterret et al. (1999), ao calcular as dimensões dentais de incisivos centrais, incisivos laterais e caninos superiores de 71 indivíduos homens e mulheres caucasianos.



Para a avaliação do padrão de reparo, optou-se pelo índice descrito por Landry et al. (1988), por contemplar a avaliação de áreas não restritas à papila como o descrito por Wachtel et al. (2003); ou que não fosse apenas direcionado a áreas de enxerto, como descrito por Jung et al. (2004); permitisse considerar cinco estágios de evolução da ferida, e não apenas três fases, como proposto por Huang et al. (2005); e de mais fácil emprego do que o índice proposto por Marini et al. (2018) desenvolvido para avaliar o reparo de incisões verticais.

Sendo assim, o índice selecionado se revelou bastante apropriado para avaliar o reparo no caso de aumento de coroa em maxila anterior. Pode-se destacar ainda a relevância deste estudo ao selecionar uma paciente em que houve uma falha na sutura, e assim revelar a evolução do tecido nessa área em comparação com as demais, em que o tecido foi adequadamente manipulado. O índice empregado, portanto, foi sensível o suficiente para detectar esta alteração, e representá-la numericamente, e até estatisticamente.

O tratamento e apresentação dos dados pode ser referência ainda para estudos futuros. Neste caso, pode ser feita a padronização do equipamento fotográfico e da posição do paciente, e controle de luminosidade, tendo sido estas limitações identificadas no presente estudo. Por fim, sugere-se que futuramente sejam realizadas pesquisas comparativas usando a metodologia aqui proposta, se possível, do tipo boca-dividida, para buscar a aceleração do processo de reparo, por exemplo, testando diferentes incisões, lâminas de bisturi, uso de placas-guia acrílicas, técnicas de sutura, fios de sutura de diferentes qualidades, e uso de laser pós-operatório.

## **5 CONCLUSÃO**

No caso clínico descrito, a cirurgia periodontal não provocou dor, causou leve desconforto, resultou em um bom padrão de reparo, e melhora nos índices de satisfação e autoestima.

## REFERÊNCIAS

- CATON, J. G.; ARMITAGE, G.; BERGLUNDH, T.; CHAPPLE, I. L. C.; JEPSEN, S.; KORNMAN, K. S.; MEALEY, B.; PAPAPANOU, P., N, SANZ, M.; TONETTI M. S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. **Journal of Clinical Periodontology**, n. 45, p. S1–S8, 2018, Supl. 20.
- CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of Clinical Periodontology**, n. 45, p. S190-S198, 2018, Supl 20.
- MELE, M.; FELICE, P.; SHARMA, P.; MAZZOTTI, C.; BELLONE, P.; ZUCCHELLI, G. Esthetic treatment of altered passive eruption. **Periodontology 2000**, v. 77, n. 1, p. 65-83, 2018.
- COSLET, J. G.; VANARDALL, R.; WEISGOLD, A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. **Alpha Omegan**, v. 70, n. 3, p. 24-8, 1977.
- PONTORIERO, R.; CARNEVALE, G. Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study. **Journal of Periodontology**, v. 72, n. 7, p. 841–848, 2001.
- MARZADORI, M.; STEFANINI, M.; SANGIORGI, M.; MOUNSSIF, I.; MONACO, C.; ZUCCHELLI, G. Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone. **Periodontology 2000**, v. 77, n. 1, p.84-92, 2018.
- DOMÍNGUEZ, E.; PASCUAL-LA ROCCA, A.; VALLES, C. et al. Stability of the gingival margin after an aesthetic crown lengthening procedure in the anterior region by means of a replaced flap and buccal osseous surgery: a prospective study. **Clinical Oral Investigations**, v. 24, n. 10, p. 3633–3640, 2020.
- MCGUIRE, M. K.; SCHEYER, E. T.; GWALTNEY, C. Commentary: Incorporating patient-reported outcomes in periodontal clinical trials. **Journal of Periodontology**, v. 85, n. 10, p. 1313–1319, 2014.
- SPIN-NETO, R.; PONTES, A. E.; WENZEL, A; SAKAKURA, C. E. Patient discomfort following single-tooth implant placement: a randomized controlled trial of immediate vs. conventional tooth restoration. **Oral Health and Dental Management**, v. 13, n. 2, p. 441–445, 2014.
- RIBEIRO, S. C. A. Percepção da satisfação e desconforto após cirurgia plástica periodontal em pacientes com Erupção Passiva Alterada tipo 1B: série de 12 casos com 18 meses de acompanhamento. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Ciências da Vida. Universidade de Juiz de Fora, 2021.
- WACHTEL, H.; SCHENK, G.; BÖHM, S.; WENG, D.; ZUHR, O.; HÜRZELER, M. B. Microsurgical access flap and enamel matrix derivative for the treatment of

periodontal intrabony defects: a controlled clinical study. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 30, n. 6, p. 496–504, 2003.

JUNG, R. E.; SIEGENTHALER, D. W.; HÄMMERLE, C. H. Postextraction tissue management: a soft tissue punch technique. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 24, n. 6, p. 545–553, 2004.

HUANG, L. H.; NEIVA, R. E.; WANG, H. L. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. **Journal of Periodontology**, n. 76, v. 10, p. 1729–1734, 2005.

PIPPI, R. Post-Surgical Clinical Monitoring of Soft Tissue Wound Healing in Periodontal and Implant Surgery. **International Journal of Medical Sciences**, v. 14, n. 8, p. 721–728, 2017.

MARINI, L.; ROJAS, M. A.; SAHRMANN, P.; AGHAZADA, R.; PILLONI, A. Early Wound Healing Score: a system to evaluate the early healing of periodontal soft tissue wounds. **Journal of Periodontal & Implant Science**, v. 48, n. 5, p. 274–283, 2018.

MCCAFFERY, M.; BEEBE, A. Pain: **Clinical Manual for Nursing Practice**. Baltimore: V. V. Mosby Company, 1993.

LANDRY, R. G.; TURNBULL, R. S.; HOWLEY, T. Effectiveness of benzydamine HCl in the treatment of periodontal post-surgical patients. **Res. Clinic Forums**, v. 10, p. 105–118, 1988.

SILNESS, J.; LOE, H. Periodontal Disease in Pregnancy. II. Correlation Between Oral Hygiene and Periodontal Condition. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 22, p. 121–135, 1964.

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **International Dental Journal**, v. 25, n. 4, p. 229-35, 1975.

MÜHLEMANN, H. R.; SON, S. Gingival sulcus bleeding: a leading symptom in initial gingivitis. **Helvetica Odontologica Acta**, v. 15, n. 2, p. 107-13, 1971.

MILLER, S. C. (1950) **Textbook of Periodontia**, 3rd edition, The Blakiston Co., Philadelphia and Toronto.

DE ROUCK, T.; EGHBALI, R.; COLLYS, K.; DE BRUYN, H.; COSYN, J. The gingival biotype revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 36, n. 5, p. 428–433, 2009.

MELE, M.; FELICE, P.; SHARMA, P.; MAZZOTTI, C.; BELLONE, P.; ZUCCHELLI, G. Esthetic treatment of altered passive eruption. **Periodontology 2000**, v. 77, n. 1, p. 65-83, 2018.

- NART, J.; CARRIÓ, N.; VALLES, C.; SOLÍS-MORENO, C.; NART, M.; REÑÉ, R.; ESQUINAS, C.; PUIGDOLLERS, A. Prevalence of altered passive eruption in orthodontically treated and untreated patients. **Journal of Periodontology**, v. 85, n. 11, p. e348–e353, 2014.
- ALPISTE-ILLUECA, F. Altered passive eruption (APE): a little-known clinical situation. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía bucal**, v. 6, n. 1, p. e100-e104, 2011.
- ANTONIAZZI, R.P.; VIEIRA, A.R.; DA ROSA, J.L.; FERRAZO, K.L.; ZANATTA, F.B.; FELDENS, C.A. Periodontal dressing after surgical crown lengthening: a randomized clinical trial. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 72, n. 8, p. 1025-1031, 2014.
- SILVA, C.O.; SOUMAILLE, J.M.; MARSON, F.C.; PROGIANTE, P.S.; TATAKIS, D.N. Aesthetic crown lengthening: periodontal and patient-centred outcomes. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 42, n. 12, p. 1126-34, 2015.
- BATISTA, E. L., JR; MOREIRA, C. C.; BATISTA, F. C.; DE OLIVEIRA, R. R., PEREIRA, K. K. Altered passive eruption diagnosis and treatment: a cone beam computed tomography-based reappraisal of the condition. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 39, n. 11, p. 1089–1096, 2012.
- LAMSTER, I.B.; ASADOURIAN, L.; DEL CARMEN, T.; FRIEDMAN, P. K. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. **Periodontology 2000**, v. 72, n. 1, p. 96-107, 2016.
- STERRETT, J. D.; OLIVER, T.; ROBINSON, F.; FORTSON, W.; KNAAK, B.; RUSSELL, C. M. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 26, n. 3, p. 153–157, 1999.
- RIBEIRO, F. S.; GARÇÃO, F. C. C.; MARTINS A. T.; SAKAKURA C. E.; TOLEDO B. E. C.; PONTES A. E. F. A modified technique that decreases the height of the upper lip in the treatment of gummy smile patients: A case series study. **Journal of Dentistry and Oral Hygiene**, v. 4, n. 3, p. 21-28, 2012.

## ANEXO

## Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Cirurgia Plástica Periodontal em paciente com Erupção Passiva Alterada: série de casos

**Pesquisador:** Ana Emília Farias Pontes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04179318.4.0000.5147

**Instituição Proponente:** Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.134.154

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de intervenção/experimental. A Erupção Passiva Alterada (EPA) é uma alteração provocada por uma falha na fase passiva da erupção dentária, que resulta no encurtamento da coroa clínica dos dentes e exposição excessiva da gengiva durante o sorriso. Dez indivíduos diagnosticados com EPA serão selecionados, e serão coletados dados relativos ao índice de placa visível, índice de sangramento gengival, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, e índice de sangramento à sondagem. Radiograficamente, a distância da junção cimento-esmalte à crista óssea na região de caninos e incisivos superiores será mensurada. Os pacientes serão fotografados, e moldados para confecção de modelo de gesso, permitindo a avaliação da altura e largura dos dentes 13 ao 23. Além disto, os pacientes responderão a um questionário com perguntas sobre satisfação com estética do sorriso e autoestima, além de perguntas sobre o pós-operatório, incluindo intensidade de dor e desconforto, uso adicional de analgésicos, necessidade de repouso, e acompanhamento profissional devido a complicações pós-cirúrgicas.

**Hipótese:** os pacientes com Erupção Passiva Alterada submetidos a cirurgia plástica periodontal relatam melhora na estética do sorriso.

**Metodologia Proposta:**

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N	<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788
	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.134.154

A amostra será composta por dez pacientes consecutivos diagnosticados com Erupção Passiva Alterada, que tenham procurado atendimento na clínica de Periodontia de uma Universidade Pública Federal no Vale do Rio Doce. Ao satisfazer este critério, eles serão convidados a participar do estudo, e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este deverá ser assinado pelo paciente após ter tempo suficiente para lê-lo, estando um pesquisador disponível para a explicação verbal sobre os procedimentos e os riscos envolvidos. Uma testemunha deve estar presente no momento da assinatura. Os pacientes terão um prontuário odontológico preenchido com dados demográficos, socioeconômicos, história de saúde geral e bucal; além disto, terão a maxila anterior superior fotografada, e moldada com alginato para confecção de modelo de gesso, permitindo a avaliação da altura e largura dos dentes 13 ao 23. Por meio de exame clínico, os seguintes dados serão anotados: Índice de placa, Índice sangramento gengival, Profundidade de sondagem, Nível de Inserção Clínica, Índice de sangramento à sondagem. Para análise radiográfica, tomadas periapicais serão tiradas dos incisivos e caninos superiores de modo padronizado. A distância da crista óssea à junção cimento-esmalte será medida em um programa de computador. O plano de tratamento traçado se iniciará pela instrução de higiene bucal, raspagem e alisamento supragengival, polimento coronário, e cirurgia de osteotomia e osteoplastia. O procedimento cirúrgico será realizado iniciando-se pela antisepsia extrabucal com clorexidina a 2%, e intrabucal, com clorexidina a 0,12%. Anestesia infiltrativa será realizada bilateralmente com injeção de cloridrato de articaina a 4% com epinefrina 1:100.000. As coroas clínicas serão aumentadas de canino a canino superior, mas o retalho mucoperiosteal será elevado até a distal dos primeiros pré-molares, para permitir acesso à tábua óssea vestibular. A primeira incisão será realizada com bisel interno, seguida por uma incisão intrassulcular, ambas realizadas com bisturi 15C. O retalho será elevado com um descolador de Molt, e uma faixa de colarinho gengival será excisionado com o auxílio de uma cureta de Goldman-Fox e gengivótomo de Orban. A osteotomia será feita seguindo a técnica descrita por Ribeiro et al. (2012). Após a cirurgia, os pacientes serão medicados orientados a preencher um questionário para registro das sensações antes e após a cirurgia, que será entregue no dia da cirurgia e devolvido no dia da remoção da sutura e do cimento cirúrgico, sete dias após a cirurgia. Três meses após a cirurgia, os pacientes serão chamados, fotografados e moldados, e outro questionário será aplicado com perguntas sobre a satisfação do paciente com a estética do sorriso e autoestima.

**Critério de Inclusão:** (1) Pacientes com diagnóstico de Erupção Passiva Alterada; e (2) Idade maior ou igual a 18 anos.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 3.134.154

**Critério de Exclusão:**(1) Sistemáticamente comprometidos (ASA classificação III e IV);(2) Gestantes e lactantes; e (3) Indivíduos com o índice de placa visível < 20% (Ainamo; Bay, 1975). Metodologia de Análise de Dados: A análise dos dados será realizada por meio de um programa específico (BioEstat 5.0, Sociedade Civil Mamirauá / MCT – CNPq, Belém, Brasil), considerando a hipótese nula baseada na ausência de diferença entre os períodos de acompanhamento (alfa= 5%). A unidade de análise será o paciente. Os dados experimentais serão submetidos ao teste de normalidade Shapiro-Wilk. Dados com distribuição normal

serão analisados usando teste "t"; e aqueles com distribuição não-normal serão analisados usando o teste Wilcoxon.

**Desfecho Primário:**Satisfação do paciente com relação à estética do sorriso

**Desfecho Secundário:**Índice de placa visível; Índice de sangramento gengival;Profundidade de sondagem; Nível de inserção clínica;Índice de sangramento à sondagem;Distância da junção cimento-esmalte à crista óssea; Altura das coroas clínicas; Largura das coroas clínicas; Intensidade de dor; Intensidade do inchaço; Intensidade do sangramento; Quantidade de analgésicos adicionais ingeridos; Necessidade de repouso; Necessidade de acompanhamento profissional devido a complicações pós-cirúrgicas. Início em 01/03/2019 com previsão de término em 31/01/2021. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a satisfação do paciente com relação à estética do sorriso.

**Objetivos secundários:**avaliar as:

- Condições de saúde gengival (índice de placa visível, índice de sangramento gengival, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica);
- Distância da junção cimento-esmalte à crista óssea, dos dentes 13 ao 23; Altura e largura das coroas dos dentes 13 ao 23;
- Satisfação com autoestima;
- Condições pós-operatórias (intensidade de dor e desconforto, uso adicional de analgésicos, necessidade de repouso, e acompanhamento profissional devido a complicações pós-cirúrgicas. Os Objetivos da pesquisa estão delineados, apresenta compatibilidade com a proposta, tendo

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 3.134.154

adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa tem risco considerado "maior que o mínimo" por causa da cirurgia, que pode provocar desconforto, estresse, leve sangramento, dor, hematoma, lesões de recessão gengival (que é aumento do tamanho da coroa do dente, se a gengiva "subir"). Além disto, há o risco de quebra de sigilo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, será feito um cuidadoso planejamento da cirurgia, com análise da fotografia e modelo de gesso da sua boca; e serão tomados cuidados pré e pós-operatórios, mantendo rígido controle de higiene, e prescrevendo medicamentos necessários a manter sua saúde, além de ser garantido o anonimato dos participantes. A pesquisa pode ajudar a diagnosticar alterações gengivais, e possibilitar seu encaminhamento para tratamento, além de proporcionar recontorno da gengiva dos dentes que aparecem durante o sorriso. Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N	<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788
	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.134.154

466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: janeiro de 2021.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1262929.pdf	04/02/2019 15:21:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	04/02/2019 15:19:00	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/02/2019 14:49:01	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	06/12/2018 17:51:18	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Outros	Infraestrutura.pdf	26/11/2018	Ana Emilia Farias	Aceito

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.134.154

Outros	Infraestrutura.pdf	18:08:37	Pontes	Aceito
Outros	Questionarios.docx	23/11/2018 16:12:50	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_sigilo.docx	23/11/2018 00:21:06	Ana Emilia Farias Pontes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

## Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

Governador Valadares, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

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

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

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



## Anexo C – Questionário de dor e desconforto.



Nome: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_\_ .

(1) Você sentiu dor após a cirurgia?

Sim.       Não.

(2) Qual sua intensidade de dor no dia da cirurgia?

SEM DOR \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(3) Qual sua intensidade de dor no 1º dia após a cirurgia?

SEM DOR \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(4) Qual sua intensidade de dor no 2º dia após a cirurgia?

SEM DOR \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(5) Qual sua intensidade de dor no 3º dia após a cirurgia?

SEM DOR \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(6) Você sentiu desconforto após a cirurgia?

Sim.       Não.

(7) Se sim, o que sentiu? Inchaço? Sangramento? Formação de úlcera?

(8) Qual sua intensidade de desconforto no dia da cirurgia?

SEM DESCONFORTO \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(9) Qual sua intensidade de desconforto no 1º dia após a cirurgia?

SEM DESCONFORTO \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(10) Qual sua intensidade de desconforto no 2º dia após a cirurgia?

SEM DESCONFORTO \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(11) Qual sua intensidade de desconforto no 3º dia após a cirurgia?

SEM DESCONFORTO \_\_\_\_\_ PIOR POSSÍVEL

(12) Você tomou analgésicos além dos prescritos?

Sim.       Não.

(13) Você necessitou de repouso, sem possibilidade de trabalhar após a cirurgia?

Sim.       Não.

(14) Você precisou de atendimento profissional devido a complicações da cirurgia?

Sim.       Não.

**Anexo D – Questionário de satisfação aplicado aos 3 meses pós-operatórios.**

Nome: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_\_ .

(1) Qual o seu grau de satisfação com o sorriso antes da cirurgia?

PIOR POSSÍVEL \_\_\_\_\_ MELHOR POSSÍVEL  
|

(2) Qual o seu grau de satisfação com o sorriso após a cirurgia?

PIOR POSSÍVEL \_\_\_\_\_ MELHOR POSSÍVEL

(3) A cirurgia alterou sua autoestima?

Sim.       Não.

(4) Como era sua autoestima antes da cirurgia?

PIOR POSSÍVEL \_\_\_\_\_ MELHOR POSSÍVEL

(5) Como ficou sua autoestima depois da cirurgia?

PIOR POSSÍVEL \_\_\_\_\_ MELHOR POSSÍVEL