

**HENRIQUE LEITE SOBRAL**

**GRAU DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES  
SUBMETIDOS À GENGIVOPLASTIA ESTÉTICA**

**Aracaju**

**2017**

**HENRIQUE LEITE SOBRAL**

**GRAU DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES  
SUBMETIDOS À GENGIVOPLASTIA ESTÉTICA**

Monografia apresentada ao Departamento de Odontologia como requisito parcial à conclusão do curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Estágio em Clínica Odontológica Integrada

**Orientadora: Prof. Dra. Margarete  
Aparecida Meneses de Almeida**

**Aracaju**

**2017**

**HENRIQUE LEITE SOBRAL**

**GRAU DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES  
SUBMETIDOS À GENGIVOPLASTIA ESTÉTICA**

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

Monografia aprovada como requisito parcial à conclusão do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de cirurgião-dentista.

---

Margarete Aparecida Meneses de Almeida – Orientadora (Presidente)

Universidade Federal de Sergipe

---

Guilherme de Oliveira Macedo – 1º Examinador

Universidade Federal de Sergipe

---

Alaíde Hermínia de Aguiar Oliveira – 2º Examinador

Universidade Federal de Sergipe

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos pacientes que sempre se dispuseram a comparecer ao Hospital Universitário nos horários marcados sempre de bom grado.

Agradeço ainda ao meu colega de sala, Ricardo Pedro, que ajudou muito no ponta pé inicial do projeto.

Agradeço à todos os colegas que ajudaram na coleta dos pacientes, vocês foram fundamentais para a pesquisa.

Agradeço à Universidade Federal de Sergipe, Hospital Universitário e ao Departamento de Odontologia pelo espaço físico disponível para a pesquisa.

Agradeço à Professora Mestra Tânia Maria Vieira Fortes pelo apoio e disponibilidade de correção da pesquisa.

Por fim e mais importante agradeço a minha orientadora, a Professora Doutora Margarete Aparecida Menezes de Almeida, pela oportunidade criada, pela paciência durante o trabalho e pela excelente orientação no desenrolar desta pesquisa.

## RESUMO

A demanda por um sorriso mais estético aumenta a busca de uma relação entre a estética rosa e branca cada vez mais harmônica. Pacientes frequentemente demonstram uma insatisfação quanto ao seu sorriso, que a depender da relação entre a junção cimento esmalte e a margem gengival pode ser corrigido por meio da cirurgia de gengivoplastia. O sorriso gengival ocorre quando, em um sorriso moderado, o paciente expõe mais de 3 mm de gengiva. Este tipo de sorriso pode ser consequência de três fatores: erupção passiva alterada, crescimento gengival e excesso de maxila anterior. A gengivoplastia pode entrar como o tratamento de uma destas causas do sorriso gengival, sendo uma variação da cirurgia de gengivectomia, realizada em tecidos saudáveis; sem a presença de bolsas periodontais para regiões estéticas, como a região de maxila anterior. Essa cirurgia tem como objetivos principais devolver um contorno gengival fisiológico na ausência de bolsas periodontais e estabelecer uma melhor harmonia das margens gengivais de regiões estéticas. O objetivo do trabalho foi observar o grau de satisfação de pacientes submetidos à tal procedimento, através da aplicação de um questionário. Foi possível verificar um índice elevado de satisfação dos pacientes operados, uma quantidade maior de indivíduos do gênero feminino e uma faixa etária predominantemente de adultos jovens, além de poucas queixas pós-operatórias.

**Descritores:** Gengivite. Hiperplasia Gengival. Retração Gengival.

## ABSTRACT

The demand by an esthetic smile increases the search of the relationship between the pink and white harmonic esthetic. Patients often show dissatisfaction as their smile, which depending on the relationship between cemento-enamel junction with the gingival margin it can be corrected by the gingivoplasty surgery. The gummy smile happens when, in a moderate smile, the patient exposes more than 3 mm of gum. That type of smile could be consequence of three factors: altered passive eruption, gingival hyperplasia and excess of anterior maxilla. The gingivoplasty could enter as a treatment of one of that causes, being a variation of gingivectomy surgery realized in health tissues without the presence of periodontal pocket and for esthetic regions, as anterior maxilla. That surgery has as a mainly objective, develop a physiologic gingival contour in absence of Periodontal Pocket and establish a better harmony of the gingival margin in esthetic regions. The aim of that work was to observe the degree of satisfaction of patients undergoing this procedure, by applying a questionnaire. It was possible to verify a high level of satisfaction of the patients, a larger number of female individuals and a predominantly age group of young adults, besides was noticed few moan related to the postoperative.

**Key-Words:** Gingival Hyperplasia, Gingival Recession, Gingivitis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>QUADRO 1</b> - Inter-relação fármaco-aumento gengival influenciado por drogas.....                     | 11 |
| <b>GRÁFICO 1</b> - Distribuição de pacientes que realizaram gengivoplastia de acordo com gênero. ....     | 16 |
| <b>GRÁFICO 2</b> - Quantidade de pacientes que realizaram gengivoplastia divididos por faixa etária. .... | 16 |
| <b>GRÁFICO 3</b> - Percepção do sorriso.....                                                              | 17 |
| <b>GRÁFICO 4</b> - Notas do resultado final.....                                                          | 17 |
| <b>GRÁFICO 5</b> - Percepção de dor operatória. ....                                                      | 18 |

# SUMÁRIO

|                                          |           |
|------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                 | <b>8</b>  |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>      | <b>9</b>  |
| 2.1 SORRISO GENGIVAL .....               | 9         |
| 2.2 TÉCNICA DE GENGIVOPLASTIA.....       | 11        |
| 2.3 ASPECTOS ESTÉTICOS .....             | 13        |
| <b>3 OBJETIVOS.....</b>                  | <b>14</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL.....                  | 14        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....          | 14        |
| <b>4 CASUÍSTICA.....</b>                 | <b>15</b> |
| <b>5 RESULTADOS .....</b>                | <b>16</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO.....</b>                  | <b>19</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO.....</b>                  | <b>21</b> |
| <b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b> | <b>22</b> |
| <b>APÊNDICE A .....</b>                  | <b>25</b> |
| <b>APÊNDICE B.....</b>                   | <b>26</b> |



# 1 INTRODUÇÃO

A demanda por um sorriso mais estético aumenta a busca de uma relação entre a estética rosa e branca cada vez mais harmônica. Pacientes frequentemente se queixam de uma insatisfação de seu sorriso gengival o qual a depender da relação entre a junção cimento esmalte e a margem gengival podem ser corrigidos com a cirurgia de gengivoplastia (LINDHE *et al.* 2010).

A gengivectomia é um procedimento antigo na periodontia cirúrgica datada de 1884 por Robicsek. Grant e colaboradores em 1979 a definiram como “excisão da parede de tecido mole de uma bolsa periodontal patológica”. Sua finalidade seria a “eliminação da bolsa” para a restauração do contorno gengival fisiológico (LINDHE *et al.* 2010).

A gengivectomia fornece acesso e visualização ao cálculo subgengival, proporcionando uma melhor raspagem e alisamento radicular além de reestabelecer um contorno gengival fisiológico. Com o aperfeiçoamento de técnicas para remoção do cálculo subgengival com retalhos - sem a remoção de tecido gengival - e com conhecimento melhor dos mecanismos de cicatrização; o procedimento de gengivectomia para remoção da parede gengival da bolsa periodontal passou a ser pouco utilizada. Apesar dessa predileção pela manutenção do tecido gengival, a gengivectomia é um procedimento eficaz no tratamento de doenças periodontais quando indicada corretamente. Essa técnica é indicada para eliminação de hipertrofias gengivais, bolsas e abscessos periodontais. Pode ainda ser contraindicada em situações que se façam necessárias modificações ósseas, quando a base da bolsa está apical em relação à junção mucogengival ou quando a região da bolsa situa-se em região estética, em particular a região anterior de maxila (NEWMAN *et al.* 2012).

A gengivoplastia é uma técnica cirúrgica similar à gengivectomia, apresentando um objetivo diferente. Essa consiste na excisão de gengiva ceratinizada da margem gengival, tendo como principais finalidades devolver o contorno gengival fisiológico na ausência de bolsas e estabelecer uma melhor harmonia das margens gengivais de regiões estéticas (NEWMAN *et al.* 2012).

A gengivoplastia é indicada quando há uma distância de pelo menos 2 mm entre a crista óssea e a junção cimentoesmalte. Quando há necessidade de desgaste ósseo, um retalho deve ser realizado, visto que a gengivoplastia não dá acesso ao tecido ósseo (LOURENÇO *et al.* 2007).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. SORRISO GENGIVAL

Segundo Prichard (1961) e Borghetti & Monnet-Corti (2002), o sorriso gengival ocorre quando, em um sorriso moderado, o paciente expõe mais de 3 mm de gengiva. Este sorriso gengival pode ser consequência de três fatores: erupção passiva incompleta, crescimento gengival e excesso de maxila anterior.

Nos casos de erupção passiva incompleta, também conhecida como alterada, o dente se mostra de forma quadrada, devido à gengiva cobrir a parte mais cervical da sua coroa clínica. A erupção passiva incompleta deve ser classificada em relação à altura de gengiva ceratinizada: no tipo I ocorre um aumento de altura de gengiva ceratinizada, neste caso devemos sondar a fim de verificarmos e classificarmos os subtipos do tipo I - quando encontramos uma distância superior a 1 mm entre a crista óssea e a junção amelocementária, obtemos o tipo IA, que deve ser tratado apenas com gengivoplastia; quando encontramos esta distância inferior a 1 mm obtemos o tipo IB, que deve ser tratado por gengivoplastia associada a um desgaste ósseo para promoção de espaço para a inserção das fibras conjuntivas. Já no tipo II, observamos uma altura de gengiva ceratinizada normal (4 a 5 mm de gengiva), guiando assim para um tratamento de um retalho posicionado apicalmente, preservando assim a gengiva ceratinizada (BORGHETTI & MONNET-CORTI, 2002).

Quando a causa do sorriso gengival é o crescimento gengival, onde se observa um aumento de volume, principalmente em região de papilas interdentais, que é gerada por hipertrofia e hiperplasia das células da região. A etiologia é múltipla e envolve desde o simples acúmulo de placa e biofilme, passando à hereditariedade, a idade, a situação hormonal, e a irritação mecânica (devido ao uso de aparelhos ortodônticos) e finalizando com as interações medicamentosas, como por exemplo, inibidores de cálcio, antiepiléticos e imunossupressores. O tratamento nesses casos se refere apenas à gengivoplastia (BORGHETTI & MONNET-CORTI, 2002).

Segundo Neville *et al.* (2009) o aumento gengival generalizado pode ser causado por algumas patologias; como a gengivite hiperplásica, a hiperplasia gengival medicamentosa e a fibromatose gengival.

A gengivite hiperplásica pode estar associada à puberdade, à gravidez ou ao diabetes e ocorre quando há uma inflamação crônica causada por edema ou por fibrose que se assemelha ao granuloma piogênico. Percebe-se um aumento gengival considerável no local, contendo vermelhidão e fácil sangramento. O seu tratamento consiste primeiramente na educação sobre a higiene oral do paciente, dificultando assim a deposição de biofilme dental. Pode-se ainda se utilizar de enxaguantes bucais para o auxílio do controle da placa, uma vez que a higiene permanece controlada. Todavia, havendo aumento gengival na área podemos optar pela realização da técnica de gengivectomia ou gengivoplastia, o que devolverá o contorno gengival, facilitando assim a manutenção da higiene pelo paciente (NEVILLE *et al.* 2009).

Segundo Lindhe *et al.* (2010) e Mendes *et al.* (2014), a hiperplasia gengival medicamentosa é gerada principalmente por três medicamentos: fenitoína, ciclosporina A e bloqueadores de canais de cálcio como a nifedipina. A fenitoína é um anticonvulsivante usado no tratamento de epilepsia, o início do aumento gengival causado por ela é independente da presença de placa bacteriana e inflamação gengival, já sua severidade está diretamente relacionada à presença destes.

A ciclosporina A é um imunossupressor usado com o objetivo de evitar a rejeição de enxertos e de transplantes no hospedeiro, e de tratar a psoríase. Por fim, há os bloqueadores de canais de cálcio, como a nifedipina usada como anti-hipertensivo que, assim como a fenitoína, tem a sua gravidade também aumentada com a presença da placa bacteriana e a inflamação gengival, em contrapartida, pode ser evitado ou revertido com o controle adequado do biofilme. Drogas usadas em conjunto também aumentam a severidade da hiperplasia (MENDES *et al.* 2014).

O tratamento da hiperplasia gengival medicamentosa está associado ao controle da placa bacteriana, caso este não seja suficiente, podemos indicar cirurgias como a gengivectomia ou a gengivoplastia para a obtenção do contorno fisiológico gengival e facilitar a sua higienização. A troca da medicação, apesar de nem sempre regredir a hiperplasia, pode e deve ser questionada ao médico, facilitando assim a solução do caso (Quadro 1) (MENDES *et al.* 2014).

A fibromatose gengival é um aumento colagenoso do tecido conjuntivo fibroso da gengiva e está geralmente ligado à hereditariedade, podendo ocorrer casos isolados e ligados a diversas síndromes. O aumento gengival geralmente se inicia antes dos 20 anos e está relacionado com a erupção dos dentes, provavelmente estando dependente da presença destes. O palato é o local mais acometido na região dos dentes posteriores onde ocorre um crescimento geralmente bilateral e simétrico. O tratamento conservador consiste na

gingivectomia ou gengivoplastia associada à boa higiene bucal, devendo-se manter o caso em acompanhamento para evitar recidivas. Preferencialmente se espera a erupção dos dentes permanentes para a realização da cirurgia a fim de reduzirmos a recidiva (NEVILLE *et al.* 2009).

| FÁRMACO      | INDICAÇÕES MÉDICAS                 | FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO GENGIVAL                                                                                    | PREVALÊNCIA DE OCORRÊNCIA DO AUMENTO GENGIVAL |
|--------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Ciclosporina | Pacientes transplantados           | Diminuição do influxo de ácido fólico celular, que ocasiona a redução da degradação de colágeno e promove o acúmulo intersticial. | 25-81%                                        |
| Nifedipina   | Desordens cardiovasculares         | Fibroblastos ocasionam a produção de uma forma inativa de collagenase, promovendo aumento da matriz extracelular.                 | 47,8%                                         |
| Fenitoína    | Tratamento de pacientes epiléticos | Estimula a proliferação de células semelhantes a fibroblastos, que causam a diminuição na degradação de colágeno.                 | 50%                                           |

**Quadro 1.** Inter-relação fármaco-aumento gengival influenciado por drogas (MENDES *et al.* 2014).

O excesso de maxila anterior também pode causar o sorriso gengival, frequentemente associado à erupção passiva incompleta, que é uma displasia esquelética com um crescimento vertical excessivo. Segundo Garber e Salama (1996), o sorriso gengival está classificado em 3 graus: o grau I acontece quando há excesso de 2 a 4 mm de maxila anterior esse grau pode ser tratado com intrusão ortodôntica, associada ou não a um retalho posicionado apicalmente, ressecção dentária ou com apenas o retalho posicionado apicalmente com ressecção óssea e dentística restauradora. O grau II, por sua vez, é um excesso de 4 a 8 mm de maxila anterior e pode ser tratado também com o retalho posicionado apicalmente com ressecção óssea e dentística restauradora ou com a cirurgia ortognática. Já o grau III se caracteriza pelo excesso de maxila anterior superior ou igual a 8 mm, este grau só pode ser tratado através da cirurgia ortognática (BORGUETTI & MONNET-CORTI, 2002).

## 2.2. TÉCNICA DE GENGIVOPLASTIA

Sendo uma cirurgia para aumento de coroa clínica do dente, a gengivoplastia deve ser planejada e indicada corretamente. Ela está indicada para regiões estéticas em que a margem gengival esteja recobrindo mais que 1mm das coroas clínicas de dentes estéticos, como por exemplo casos de hiperplasia gengival ou bolsas gengivais (LINDHE *et al.* 2010).

A gengivoplastia ainda pode ser realizada para a remoção de pigmentações melânicas, que apesar de fisiológicas são comumente indesejadas por razões estéticas. Estas pigmentações são mais comuns em pessoas negras, podendo muito embora estar presentes também em outras etnias (GUSMÃO *et al.* 2012).

A cirurgia de gengivoplastia é julgada de bom custo-benefício, considerando que quando bem indicada pode realizar uma mudança estética considerável ao paciente, promovendo também um melhor recontorno gengival favorecendo a higienização da região, sendo ainda uma cirurgia de baixo grau de morbidade.

A cirurgia pode ser realizada através de bisturis normais (PEDRON *et al.* 2010); gengivótomos de Kirkland e de Orban, como na técnica do bisel externo (SOUZA *et al.* 2003; PEDRON *et al.* 2010) ou bisel interno (PIRES *et al.* 2010); bisturi elétrico; e pelo laser de CO<sub>2</sub> (PEDRON *et al.* 2010).

A técnica cirúrgica consiste na demarcação de pontos sangrantes com uma sonda periodontal e de posteriores incisões seguindo os pontos previamente marcados. Após as incisões, remove-se o tecido incisado usando curetas de gracey (NASCIMENTO *et al.* 2016), cureta de Goldman-fox número 2 (PIRES *et al.* 2010) ou cureta de McCall 13/14 (SOUZA *et al.* 2003).

Após a cirurgia, pode-se ainda cobrir a ferida com cimento cirúrgico por até 72 horas (PEDRON *et al.* 2010), que é usado apenas como protetor mecânico, dando maior conforto no pós-operatório imediato (DUARTE & CASTRO, 2004). Segretto *et al.* (1986) indica o uso de digluconato de clorexidina a 0,12% para auxílio no controle da placa bacteriana e, consequentemente, melhores condições de reparação tecidual.

Se o paciente tiver: cardiopatia ou diabetes descontrolados, gengiva flácida, palato raso, falta de controle da placa, pequena quantidade de gengiva inserida, linha oblíqua externa pronunciada, ou está em uso de corticosteróide ou anticoagulante, com infecção aguda vigente, bolsas intraósseas e bolsas com profundidades diferentes; a gengivoplastia será contraindicada (TODESCAN *et al.* 2002).

## 2.3. ASPECTOS ESTÉTICOS

O sorriso é definido por Borguetti e Monnet-Corti (2002), como alteração na posição dos lábios causada pelo perfil dos mesmos e pela contração dos músculos. Lindhe *et al.* (2010) afirma que pacientes com sorriso alto frequentemente estão insatisfeitos pela linha alta do sorriso expor uma larga faixa de gengiva durante o sorriso ou a conversação.

Segundo Henriques (2004) as cirurgias que envolvem a região anterior de maxila devem seguir algumas considerações clínicas em relação ao comprimento dos dentes envolvidos. Os ângulos incisais devem coincidir com o vermelho do lábio inferior, os incisivos centrais e caninos devem ter de 11 a 13 mm de comprimento, os incisivos laterais devem ter de 9 a 11 mm de comprimento, a relação comprimento/largura deve estar em 10:8 e, por fim, a parte mais apical das margens gengivais (zênites) dos incisivos centrais e caninos devem encostar no vermelho do lábio superior. Pascotto e Moreira (2005) ainda mostram que há casos que se necessitam uma osteotomia para correção de altura dental.

Segundo Tjan *et al.* (1984) o sorriso ainda pode ser classificado em: Alto, Moderado e Baixo, sendo o sorriso moderado o mais comum e o sorriso alto mais comum em mulheres. No sorriso alto toda a estrutura dental é mostrada conjuntamente com uma parcela da gengiva, já no sorriso moderado observa-se de 100 a 75% da estrutura dental e por fim no sorriso baixo temos menos de 75% da estrutura dental sendo mostrada. Ele ainda avaliou quais os dentes que participam do sorriso com mais frequência e se percebeu que o mais comum é que durante o sorriso os seis dentes anterosuperiores e os primeiros pré-molares superior apareçam (48,6%), seguido de perto da participação dos seis dentes anterosuperiores e o primeiro e segundo pré-molares superiores (40,65%).

Silva *et al.* (2012) mostram que a gengivoplastia ainda pode ser seguida de tratamento restaurador promovendo assim uma adequada relação estética dental.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1.OBJETIVO GERAL**

Realizar um levantamento das cirurgias de gengivoplastia realizados no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe – Campus da Saúde.

#### **3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia de gengivoplastia no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe – Campus da Saúde.

## 4 CASUÍSTICA

A metodologia do trabalho consistiu na aplicação de um questionário (APÊNDICE A) em pacientes que já foram submetidos ao procedimento de gengivectomia/gengivoplastia, nos ambulatórios da disciplina de Periodontia II e Clínica Odontológica Integrada I do Departamento de Odontologia da UFS- Campus da Saúde, nos últimos 05 anos. A seleção dos pacientes foi feita utilizando o banco de dados os prontuários do Departamento de Odontologia que continham registros de cirurgia gengivoplastia/gengivectomia. Os pacientes então foram contatados por meio de seus telefones, marcando-os para a aplicação do questionário. Aqueles que aceitaram participar do estudo compareceram ao Departamento de Odontologia, na data e ambulatório previamente agendados. Todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foram excluídos da pesquisa aqueles que não quiseram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentaram área operada inferior a duas unidades dentárias ou que estiveram sob tratamento ortodôntico na época da cirurgia.

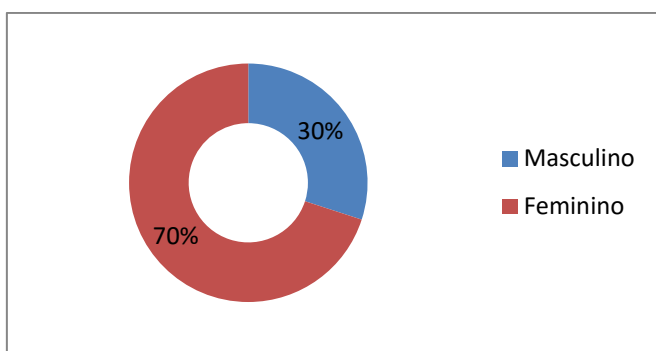
Os dados obtidos serão posteriormente submetidos a análise qualitativa.



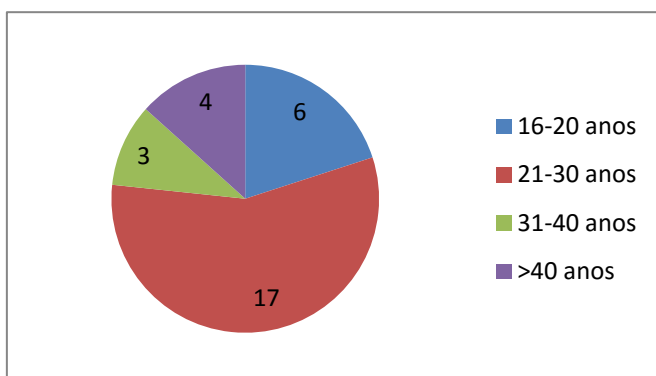
## 5 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 30 pacientes, sendo 21 deles do sexo feminino e 09 do sexo masculino (Gráfico 1), variando de 17 a 60 anos de idade, com idade média de 27,7 anos e maior prevalência da faixa etária entre 21 e 30 anos (Gráfico 2). Todos os pacientes realizaram a cirurgia de gengivoplastia nos ambulatórios da disciplina de Periodontia II e Clínica Odontológica Integrada I do Departamento de Odontologia da UFS-Campus da Saúde, nos últimos 05 anos.

**Gráfico 1.** Distribuição de pacientes que realizaram gengivoplastia de acordo com gênero.



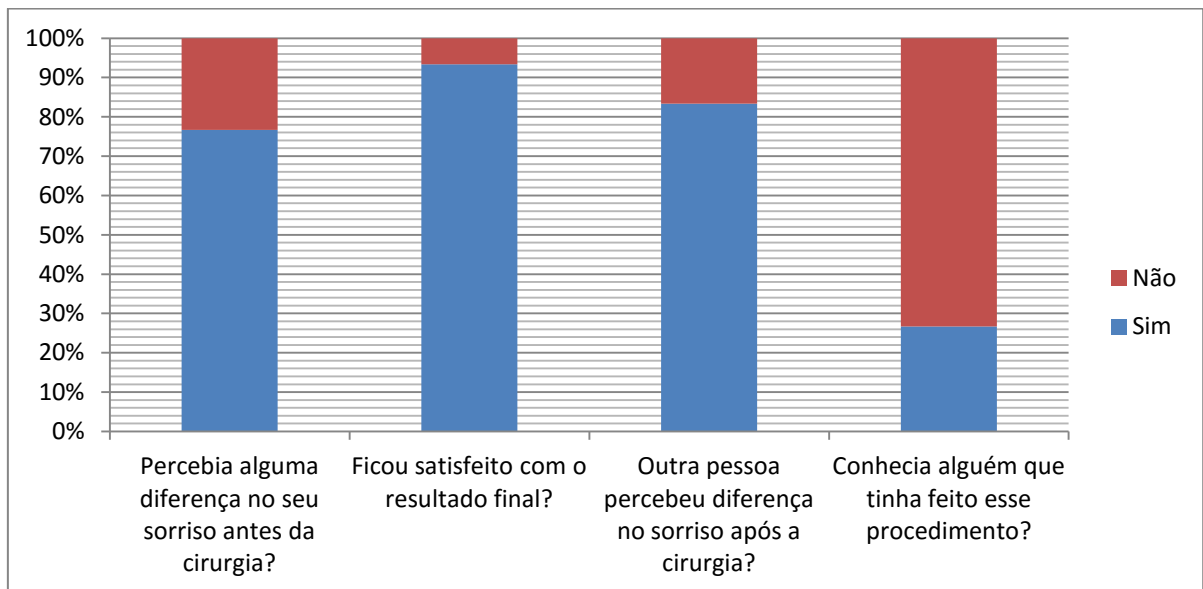
**Gráfico 2.** Quantidade de pacientes que realizaram gengivoplastia divididos por faixa etária.



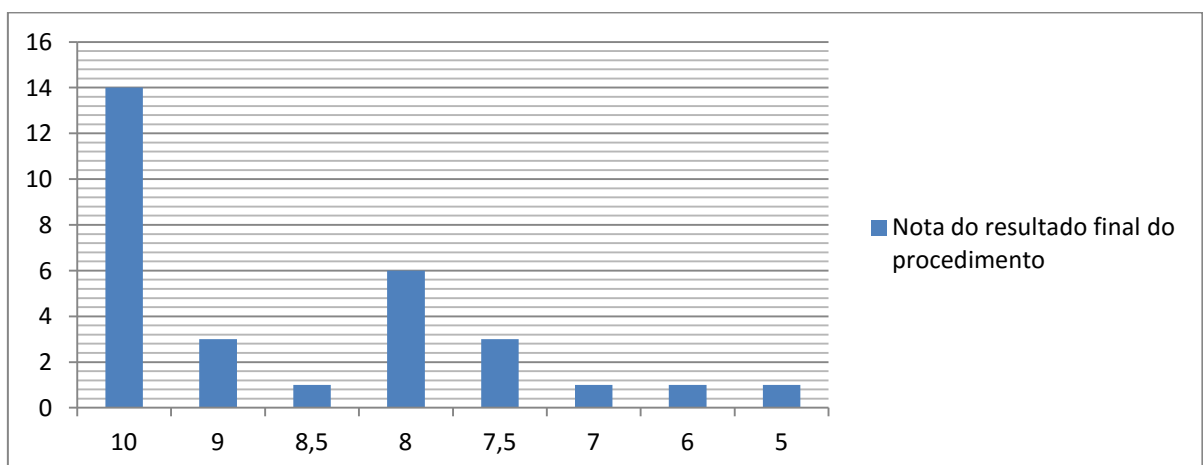
Dos 30 pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico, 23 (77%) disseram que percebiam alguma alteração no sorriso enquanto que 07 (23%) disseram não perceber tal diferença antes da cirurgia (Gráfico 3). 87% dos entrevistados disseram ter procurado o tratamento visando à correção de tal alteração, enquanto que apenas 13% negaram a procura por este motivo. A maioria dos entrevistados (93%) ficaram satisfeitos com o resultado final, apenas 02 pacientes afirmaram não gostar do resultado (Gráfico 3). Outra pessoa observou alteração no sorriso dos pacientes em 83% dos casos enquanto que 17% não perceberam

alteração no sorriso (Gráfico 3). Dos 30 pacientes submetidos à gengivoplastia 24 já sabiam da necessidade cirúrgica e 06 deles tiveram os seus problemas identificados durante o exame clínico periodontal. 27% disseram conhecer outra pessoa que tivesse realizado tal procedimento enquanto que 73% disseram não conhecer ninguém que já tivesse realizado tal procedimento (Gráfico 3). Os pacientes ainda avaliaram, com notas de 0 a 10, o resultado final do procedimento, a média ponderada das notas foi de 8,8 (Gráfico 4). Em relação à expectativa dos pacientes quanto à cirurgia, 2/3 (67%) dos entrevistados disseram que o procedimento superou às suas expectativas, enquanto que apenas 10% deles disseram que o procedimento ficou dentro do esperado e outros 23% disseram que o procedimento ficou abaixo de suas expectativas.

**Gráfico 3.** Percepção do sorriso.

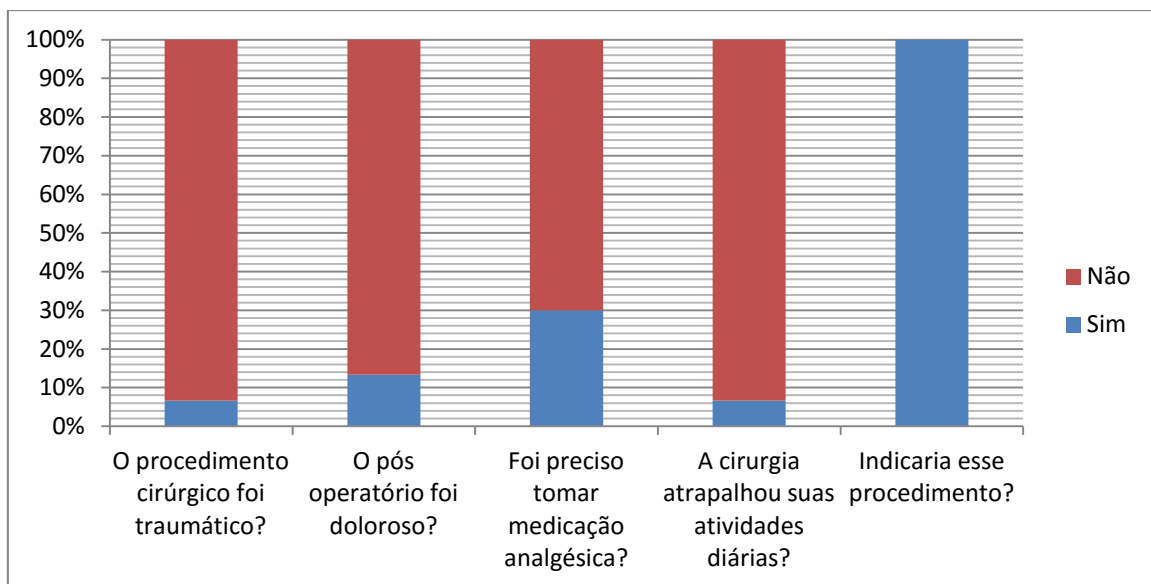


**Gráfico 4.** Notas do resultado final.



Já sobre o procedimento cirúrgico propriamente dito, dos 30 pacientes, 28 (93%) informaram que o procedimento cirúrgico não foi traumático e 26 (87%) informaram que o pós operatório não foi doloroso. Em 21 dos casos (70%) o paciente não precisou tomar medicação analgésica para dor, enquanto que dos 9 pacientes(30%) que tomaram medicação, a mais administrada foi a dipirona 500mg (7 pacientes ou 20% do total dos pacientes e 67% do total de pacientes que usaram algum tipo de medicação)(Gráfico 5). 87% dos pacientes relataram que o pós-operatório foi rápido, sendo que 04 deles informaram um pós-operatório de duração moderada, nenhum paciente achou o pós-operatório longo. Apenas 02 pacientes (7%) dos 30 entrevistados relataram que o procedimento atrapalhou suas atividades diárias. Apesar de alguns pacientes se frustrarem com o resultado da cirurgia, todos eles disseram que indicariam o procedimento.

**Gráfico 5.** Percepção de dor operatória.



## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo levantou 30 casos de pacientes que realizaram a cirurgia de gengivoplastia, a fim de questionar sua satisfação quanto ao procedimento. Como já esperado, as mulheres foram maioria (70%) motivadas não só pelo maior apelo à estética, mas também pela maior incidência do sorriso alto, de acordo com diversos trabalhos, que afirmam a incidência da linha do sorriso alto em mulheres (TJAN et al., 1984; RIGSBEE et al., 1988; PECK et al., 1992; OWENS et al., 2002; CÂMARA, 2004). Ainda segundo Arnett e Bergman (1993) e Hunt (2002), as mulheres apresentam maior prevalência do sorriso alto e médio, enquanto que os homens apresentam maior prevalência do sorriso baixo. Isso pode ser explicado por Vig e Brundo (1978) através do posicionamento do lábio ainda em repouso - as mulheres mostram mais estrutura dental quando comparadas aos homens. A idade média de 27,7 anos também foi esperada visto que com o passar dos anos as pessoas perdem uma parte do tônus muscular dos lábios, fazendo com que o sorriso mude, se tornando mais baixo (ARNETT e BERGMAN, 1993).

O procedimento cirúrgico quando precisamente indicado, ou seja, diagnóstico confirmado de hiperplasia gengival, erupção passiva incompleta, assimetria do contorno gengival e hiperplasia medicamentosa, resulta em uma alta taxa de aprovação dos pacientes, justificando os achados da pesquisa realizada (BORGUETTI & MONNET-CORTI, 2002; LINDHE et al. 2010). Sendo assim, os casos dos pacientes que demonstraram insatisfação dos resultados podem ser explicados pela associação diagnóstica de excesso de maxila anterior, comprometendo um resultado favorável (BORGUETTI & MONNET-CORTI, 2002). Flores-Mir et al.(2004) chamam atenção para a influência dos fatores faciais globais poderem alterar a percepção do sorriso, ou seja, o sorriso isolado pode modificar a percepção em relação à uma avaliação facial completa.

Ainda sobre a satisfação do resultado final do paciente, muitas vezes a percepção de estética gengival do paciente é menos criteriosa do que do profissional como relatado por Kokich et al. (1999), através de um estudo de avaliações fotográficas realizadas por três grupos, dentistas clínicos, ortodontistas e leigos.

O baixo grau de morbidade deste procedimento cirúrgico pode ser explicado por alguns fatores: manejo de área de região sem acometimento inflamatório e/ou infeccioso - é condição fundamental da realização da intervenção que os tecidos gengivais estejam firmes e compatíveis com padrão de saúde gengival (LINDHE, 2010). A manipulação cirúrgica não

provoca traumas nas regiões ósseas promovendo assim um pós operatório menos doloroso e um processo de cicatrização mais rápido. Além disso, a técnica cirúrgica realizada nessa amostra foi do tipo gengivoplastia/gengivectomia de bisel interno, que reduz a área cruenta exposta corroborando com os achados da pesquisa sobre dor e recuperação pós-cirúrgica, como pode ser observado no Gráfico 6. SILVA *et al.* 2012).

## 7 CONCLUSÃO

Após a realização desse trabalho foi possível concluir:

- O gênero feminino foi predominante na amostra.
- A amostra foi constituída principalmente de pacientes jovens (27,7 anos).
- A gengivoplastia quando bem indicada gera um alto grau de satisfação nos pacientes operados.
- A técnica cirúrgica de gengivectomia/gengivoplastia do tipo bisel interno apresenta baixo índice de dor pós operatória.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNETT, G. W., BERGMAN, R. T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning: part II. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** v. 103, n. 5, p. 395-411, May 1993.

BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia plástica periodontal.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

CÂMARA, C. A. L. P. Estética em Ortodontia. Parte I: diagrama de referências estéticas dentais (DRED). **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.** v. 1, n. 1, p. 40-57, out./nov./dez. 2004.

DUARTE, C. A.; CASTRO, M. V. M. **Cirurgia estética periodontal.** São Paulo: Santos, 2004.

FLORES-MIR, C. et al. Lay person's perception of smile aesthetics in dental and facial views. **J Orthod.** v. 31, n.3, p. 204-209, Sep. 2004.

GARBER, D. A.; SALAMA, M. A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **Periodontology 2000.** v.11, p.18-28. 1996.

GUSMÃO, E. S. et al. Estética gengival: repigmentação da melanina. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v. 12, n. 3, p. 49-54, jul./set. 2012.

GRANT, D. A.; STERN, I. B.; EVERETT, F. G. Gengivectomy and gengivoplasty. In: **Periodontics: a concept theory and practice.** 4ª ed. St Louis: C.V. Mosby; 1979. Cap.28. p.446-472

HENRIQUES, P G. **Estética em periodontia e cirurgia plástica periodontal.** 2. ed. Santos, 2004.

HUNT, O.; JOHNSTON, C.; HEPPER, P.; BURDEN, D.; STEVENSON, M. The influence of maxillary gingival exposure on dental attractiveness ratings. **Eur J Orthod.** v. 24, n. 3, p. 199-204, Apr. 2002.

KOKICH, V. O.; KIYAK, H. A.; SHAPIRO, P. A. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. **J Esthet Dent,** v. 11, n. 6, p. 311-324, 1999.

LINDHE, J.; KARRING, Thorkild; LANG, Niklaus P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LOURENÇO, A. H. T.; JÚNIOR, E. T. L.; VITRAL, R. W. F. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para Ortodontia. **Rev. Dental Press Periodontia Implantol.** v. 1, n. 2, p. 44-58, abr./maio/jun. 2007.

MENDES, T. E. B.; CERQUEIRA, L. B.; AZOUBEL, M. C. Aumento gengival influenciado por drogas: uma revisão de literatura. **Revista Bahiana de Odontologia.** v. 5, n. 1, p. 29-37, Jan. 2014.

NASCIMENTO, B. F. K. S. et al. Resolução estética de sorriso gengival através da técnica de gengivoplastia: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** v. 14, n. 3, p. 65-69, Mar/Mai. 2016.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NEWMAN, M. G. et al. **Carranza: periodontia clínica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OWENS, E. G.; GOODACRE, C. J.; LOH, P. L.; HANKE, G.; OKAMURA, M.; JO, K. H.; MUÑOZ, C. A.; NAYLOR, W. P. A multicenter interracial study of facial appearance. Parte 2: A comparison of intraoral parameters. **Int J Prosthodont.** v. 15, n. 3, p. 283-288, May/June 2002.

PASCOTTO, R. C.; MOREIRA, M. Integração da odontologia com a medicina estética: correção do sorriso gengival. **Revista Gaúcha de Odontologia.** v. 53, n. 3, p. 171-175, Jul/Ago/Set , 2005.

PECK, S., PECK, L.; KATAJA, M. The gingival smile line. **Angle Orthod.** v. 62, n. 2, p. 91-100, 1992.

PEDRON, I. G. et al. Cirurgia Gengival Ressectiva no Tratamento da Desarmonia do Sorriso. **Rev Odontol Bras Central.** v. 18, n. 48, p. 87-91. 2010.

PIRES, C. V.; SOUZA, C. G. L. G.; MENEZES, S. A. F. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival: relato de caso. **Revista de Periodontia.** v. 20, n. 1, p. 48-53, Mar. 2010.



PRICHARD, J. Gingivoplasty, Gingivectomy, and Osseous Surgery. **The Journal of Periodontology**. v. 32, n. 4, p. 275-282, Oct. 1961.

RIGSBEE, O. H.; SPERRY, T. P.; BEGOLE, E. A. The influence of facial animation on smile characteristics. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**. v. 3, n. 4, p. 233-239, 1988.

ROBICSEK, S. Ueber das Wesen und Entstehen der Alveolar-Pyorrhoe und deren Behandlung. 1884. The 3rd Annual Report of the Australian Dental Association. *rev J Periodontol*; 36:265, 1965.

SEGRETTO, V. A. et al. A comparison of mouthrinses containing two concentrations of chlorhexidine. **J. Periodont. Res.** v. 21, p. 23-32, 1986.

SILVA, A. L. F. et al. The Use of Gingivoplasty, Direct Composite Resin Restorations, and Minor Tooth Movement to Close Maxillary Anterior Diastemata. **The American Journal of Esthetic Dentistry**. v. 2, n. 2, p. 136-14, Summer 2012.

SOUSA, C. P.; GARZON, A. C. M.; SAMPAIO, J. E. C. Estética periodontal: relato de um caso. **Revista Brasileira de Cirurgia e Periodontia**. v. 1, n. 4, p. 262-267, 2003.

TJAN, A. H. L.; MILLER, G. D.; JOSEPHINE, G. P. Some esthetic factors in a smile. **Journal of Prosthetic Dentistry**. v. 51, n. 1, p. 24-28, Jan. 1984.

TODESCAN, F. F.; PUSTIGLIONI, F. E.; CARNEIRO, S. R. S. Aumento de coroa clínica com finalidade estética e terapêutica. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Estética**. São Paulo: Artes médicas; 2002.

VIG, R. G.; BRUNDO, G. C. The kinetics of anterior tooth display. **The Journal of Prosthetic Dentistry**. v. 39, n. 5, p. 502-504, Mai. 1978

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**Grau de satisfação de pacientes submetidos à gengivoplastia estética na faculdade de odontologia.**

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:     /     /  
Gênero: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
SUS: \_\_\_\_\_ Data do Procedimento:     /     /     Telefone: \_\_\_\_\_  
Nº Prontuário HU: \_\_\_\_\_

### PARTE I – Percepção do sorriso

1. **PERCEBIA ALGUMA DIFERENÇA NO SEU SORRISO ANTES DA CIRURGIA?**  
SIM( ) NÃO( ) QUAL?
2. **PROCUROU O SERVIÇO COM ESSA FINALIDADE?**  
SIM( ) NÃO( ) QUAL MOTIVO?
3. **FICOU SATISFEITO COM O RESULTADO FINAL?**  
SIM( ) NÃO( )
4. **OUTRA PESSOA PERCEBEU DIFERENÇA NO SEU SORRISO APÓS A CIRURGIA?**  
SIM( ) NÃO( ) QUAL?
5. **FOI INDICADA PARA FAZER ESSA AVALIAÇÃO?**  
SIM( ) NÃO( ) QUEM INDICOU?
6. **CONHECIA ALGUÉM QUE TINHA FEITO ESSE PROCEDIMENTO?**  
SIM( ) NÃO( )
7. **DE 0 A 10 QUAL A NOTA VOCÊ ATRIBUI AO RESULTADO FINAL DO PROCEDIMENTO? GOSTOU DO RESULTADO?**  
NOTA: \_\_\_\_\_
8. **O RESULTADO FINAL:**  
SUPEROU AS EXPECTATIVAS ( )  
FICOU DENTRO DAS EXPECTATIVAS ( )  
NÃO ATINGIU AS EXPECTATIVAS ( )

### PARTE II – Percepção de dor operatória

9. **O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FOI TRAUMÁTICO?**  
SIM( ) NÃO( )
10. **O PÓS OPERATÓRIO FOI DOLOROSO?**  
SIM( ) NÃO( )
11. **FOI PRECISO TOMAR MEDICAÇÃO ANALGÉSICA?**  
SIM( ) NÃO( )  
QUAL MEDICAÇÃO?  
USOU A MEDICAÇÃO POR QUANTOS DIAS?
12. **O QUE ACHOU DO TEMPO DE RECUPERAÇÃO?**  
RÁPIDO( ) MODERADO( ) LONGO( )
13. **A CIRURGIA ATRAPALHOU SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?**  
SIM( ) NÃO( )  
ATRAPALHOU EM QUE?
14. **INDICARIA ESSE PROCEDIMENTO?**  
SIM( ) NÃO( )

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se **GRAU DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS À GENGIVOPLASTIA ESTÉTICA NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA**. Será realizada na Universidade Federal De Sergipe-UFS pelo estudante do curso de graduação em odontologia **HENRIQUE LEITE SOBRAL**, com número de matrícula **201210015603** sob a orientação da docente em odontologia Professora **DRA. MARGARETE AIMEIDA**, ambas da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. A finalidade da pesquisa é avaliar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia de gengivoplastia no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe – Campus da Saúde.

A participação na pesquisa é **voluntária** e, portanto, não existe obrigação em fornecer informações ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora.

Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Ao voluntário só caberá à autorização para coleta de dados que será feita através de um questionário no qual serão inquiridas perguntas ao paciente. Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados, será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura da Orientadora

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do Paciente