



**UNIVERSIDADE CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA
CAMPUS PARQUE ECOLÓGICO**

MARIA TEREZA DANTAS COUTO

**ABORDAGEM DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA CORREÇÃO DO
SORRISO GENGIVAL: 18 MESES DE ACOMPANHAMENTO**

FORTALEZA, CEARÁ

2026

MARIA TEREZA DANTAS COUTO

ABORDAGEM DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA CORREÇÃO DO
SORRISO GENGIVAL: 18 MESES DE ACOMPANHAMENTO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Christus como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Átila Vinicius Nobre

FORTALEZA, CEARÁ

2026

Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação Centro Universitário Christus -
Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha
Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados
fornecidos pelo(a) autor(a)

C871a Couto, Maria Tereza Dantas.
Abordagem de duas técnicas cirurgias na correção do sorriso
gingival: 18 meses de acompanhamento. / Maria Tereza Dantas
Couto. - 2026.
60 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2026.

Orientação: Prof. Dr. Átila Vinícius Vitor Nobre .

1. Sorriso gengival . 2. Erupção Passiva Alterada. 3.
Reposicionamento labial . 4. Gengivectomia . 5. Cirurgia
Periodontal . I. Título.

CDD 617.6

MARIA TEREZA DANTAS COUTO

ABORDAGEM DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA CORREÇÃO DO
SORRISO GENGIVAL: 18 MESES DE ACOMPANHAMENTO.

Trabalho de Conclusão de
Curso (TCC) apresentado ao
curso de Odontologia da
Universidade Christus como
requisito parcial para obtenção
do título de bacharel em
Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Átila Vinicius
Nobre.

Aprovado em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre (Orientador)
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Ms. Mayra Sabiá de Moura
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dra Nicolly Parente Ribeiro Frota
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

RESUMO

O sorriso gengival (SG) caracteriza-se pela exposição aumentada de tecido gengival durante o sorriso, sendo uma condição de etiologia multifatorial que pode impactar negativamente a harmonia estética facial. Entre os principais fatores associados, destacam-se a erupção passiva alterada (EPA), a hiper mobilidade do lábio superior (HLS) e o excesso vertical de maxila. Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de correção do sorriso gengival por meio da associação de técnicas cirúrgicas, envolvendo gengivectomia associada à osteotomia e reposicionamento cirúrgico do lábio superior. Após anamnese detalhada e exame clínico periodontal minucioso, foi possível estabelecer o diagnóstico de sorriso gengival associado ao excesso vertical de maxila, EPA e HLS, com base nos achados clínicos observados durante a avaliação. Considerando a recusa da paciente quanto à realização de cirurgia ortognática, optou-se por uma abordagem terapêutica voltada à correção dos demais fatores etiológicos envolvidos. Inicialmente, foi realizado a gengivectomia e osteotomia. Em seguida, prosseguiu com o reposicionamento cirúrgico labial. Os resultados evidenciaram redução significativa da exposição gengival, com melhora da harmonia dentogengival e do contorno estético do sorriso, mantendo-se estáveis ao longo de 18 meses de acompanhamento. Podemos concluir que a associação das técnicas cirúrgicas empregadas constitui uma alternativa terapêutica válida, previsível e menos invasiva para o manejo do SG em casos criteriosamente selecionados. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Christus (Unichristus) sob o número de protocolo 8.049.005.

Palavras-chave: sorriso gengival; erupção passiva alterada; reposicionamento labial; gengivectomia; cirurgia periodontal.

ABSTRACT

Gummy smile (GS) is characterized by excessive gingival display during smiling and may result from multifactorial etiologies, significantly impacting facial aesthetics. The main etiological factors include altered passive eruption (APE), hypermobility of the upper lip (HUL), and vertical maxillary excess (VME). This study aimed to report a clinical case of GS correction using a combined surgical approach, including gingivectomy associated with osteotomy and surgical upper lip repositioning. After comprehensive anamnesis, detailed periodontal clinical examination, and cone beam computed tomography assessment, a diagnosis of GS due to VME associated with APE and HUL was established. Due to the patient's refusal to undergo orthognathic surgery, a treatment plan targeting the remaining etiological factors was proposed. Initially, gingivectomy combined with osteotomy was performed, followed by surgical lip repositioning. The results showed a significant reduction in gingival display, improved dentogingival harmony, and enhanced smile aesthetics, remaining stable over an 18-month follow-up period. The combined surgical approach proved to be a valid, predictable, and less invasive alternative for the management of GS in carefully selected cases. The study was approved by the Research Ethics Committee of Universidade Christus (Unichristus) under protocol number 8,049,005.

Keywords: gummy smile; gingivectomy; lip repositioning; altered passive eruption; vertical maxillary excess; dental esthetics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Técnica de diagnósticos de HLS com rolete de algodão	27
Figura 2 - Avaliação pré-operatória	31
Figura 3 - Procedimento cirúrgico: Gengivectomia com osteotomia	34
Figura 4 - Avaliação pós-operatória de 15 dias da gengivectomia.....	35
Figura 5 - Procedimento cirúrgico: Reposicionamento labial	37
Figura 6 - Avaliação pós-operatória de 15 dias da CRL	38
Figura 7 - Avaliação pós-operatória de 6 meses.....	39
Figura 8 - Avaliação pós-operatória de 15 dias do CRL do lado direito	40
Figura 9 - Comparação do aspecto inicial e acompanhamentos de 6 meses	42
Figura 10 - Comparação do aspecto inicial, 6 meses e aspecto de 18 meses	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRL	Cirurgia de reposicionamento labial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CO	Crista óssea
EPA	Erupção passiva alterada
HLS	Hipermobilidade do lábio superior
JCE	Junção cimento-esmalte
SG	Sorriso gengival
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

dd

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Sorriso gengival.....	12
2.2 Erupção passiva alterada	12
2.3 Hiperplasia gengival.....	14
2.4 Hipermobilidade do lábio superior.....	15
2.5 Crescimento excessivo da maxila.....	17
2.6 Formas de tratamento do sg	19
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivos específicos.....	22
4. METODOLOGIA	23
4.1 Aspectos éticos.....	23
4.2 Pacientes.....	23
4.3 Anamnese	24
4.4 Exame físico intra e extraoral	24
4.5 Exame periodontal.....	24
4.6 Diagnóstico do sg.....	25
4.7 Diagnóstico de hls.....	25
4.8 Protocolo fotográfico	27
4.9 Riscos e benefícios	28
5. RELATO DO CASO.....	30
5.1 Diagnóstico e planejamento	30
5.2 Procedimento cirúrgico: gengivectomia com osteotomia	31
5.3 Procedimento cirúrgico: reposicionamento labial	36
6. DISCUSSÃO	44
7. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	48

1. INTRODUÇÃO

O sorriso esteticamente harmônico é resultado do equilíbrio entre a estética branca (dentes), a estética rosa (gengivas) e os lábios. Essa tríade pode ser influenciada por características faciais, dentárias e labiais, assimetrias orofaciais, posicionamento dos dentes e condições de saúde como cárie e doença periodontal. Uma extensa exposição gengival, também conhecida como sorriso gengival (SG), compromete a estética do sorriso e pode impactar negativamente na autoestima do paciente (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020; BENAOUA, *et al.* 2024).

O SG corresponde à exposição aumentada de tecido gengival durante o sorriso, podendo comprometer a harmonia estética facial. Trata-se de uma condição de etiologia multifatorial, frequentemente associada à erupção passiva alterada (EPA), hiper mobilidade do lábio superior (HLS) e excesso vertical de maxila, que podem atuar de forma isolada ou combinada. (TAGLIAFIERRO *et al.*, 2021).

A periodontia contribui para o manejo do SG em três causas principais: EPA, aumento gengival e HLS, por meio de cirurgias periodontais. Dentre as técnicas mais utilizadas destacam-se a gengivectomia (com ou sem osteotomia), o retalho posicionado apicalmente e o reposicionamento cirúrgico do lábio superior (SANTOS *et al.*, 2023). As técnicas de excisão permitem a remoção do excesso gengival e, quando necessário, a remodelação do tecido ósseo para aumentar a exposição dos dentes e restaurar a arquitetura dos zênites gengivais, especialmente em casos de EPA e aumento gengival. Quando os fatores causais se sobrepõem, é possível utilizar uma combinação de técnicas, frequentemente com uma abordagem multidisciplinar, para alcançar melhores resultados estéticos e funcionais (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Uma das estratégias cirúrgicas utilizadas para o tratamento da HLS é o reposicionamento labial. Essa técnica envolve a remoção de uma faixa elíptica da mucosa alveolar, limitando a movimentação do lábio superior e diminuindo sua elevação ao sorrir. Diversos autores relatam resultados favoráveis com a técnica, especialmente quando há adequada indicação clínica. No entanto, a estabilidade a longo prazo ainda é discutida, principalmente em função da possível recidiva

associada à memória muscular. (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020; BENAOUA *et al.*, 2024).

Este trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de tratamento do SG por meio da combinação de duas técnicas cirúrgicas: gengivectomia com osteotomia e CRL. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Christus (UNICHRISTUS).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SORRISO GENGIVAL

O SG é identificado pela exposição aumentada de gengiva durante o sorriso, geralmente acima dos limites considerados estéticos, ou seja, maiores que 3 mm, sendo considerado um fator de comprometimento estético importante para muitos pacientes (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020). A prevalência do SG varia conforme o gênero e a idade, sendo mais comum em mulheres jovens. (SILVA *et al.*, 2012; BENAOUA *et al.*, 2024).

Entre os fatores mais associados ao SG estão a EPA, a HLS, o crescimento gengival, o crescimento vertical excessivo da maxila e as coroas clínicas curtas, podendo ocorrer de forma isolada ou combinada (TAGLIAFIERRO *et al.*, 2021). O diagnóstico correto dessas causas é essencial para a seleção da abordagem terapêutica mais adequada. Entre as opções de tratamento, destacam-se as cirurgias periodontais, como a gengivectomia com ou sem osteotomia para casos de EPA ou hiperplasia, e o reposicionamento cirúrgico do lábio superior para tratar a HLS (SANTOS *et al.*, 2023; ALMEIDA *et al.*, 2019).

A escolha do tratamento deve ser individualizada, de acordo com os fatores causadores do SG. Fatores anatômicos, funcionais e estéticos e a expectativa do paciente devem ser levados em consideração no manejo do SG (TATAKIS; SILVA, 2023).

2.2 ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA

A EPA é uma condição periodontal associada ao sorriso gengival, caracterizada pela permanência da margem gengival em posição mais coronária após a erupção dentária completa, recobrimdo parte da coroa anatômica dos dentes. Durante o desenvolvimento fisiológico normal, ocorre a migração apical gradual da gengiva até próximo à JCE; entretanto, na EPA, esse processo se torna incompleto, fazendo com que os dentes apresentem aspecto encurtado e proporcionalmente mais quadrado. Sua etiologia é considerada multifatorial, envolvendo fatores genéticos, padrão ósseo alveolar, espessura gengival aumentada e alterações no desenvolvimento

periodontal. Alguns estudos recentes também relacionam a EPA à presença de fenótipo periodontal espesso e excesso de gengiva queratinizada, características frequentemente observadas em pacientes jovens com queixa estética do sorriso. Além do comprometimento visual, essa condição pode favorecer retenção de biofilme e dificultar a higienização adequada, impactando a saúde periodontal e a autoestima do paciente (TAGLIAFIERRO *et al.*, 2021; BENAOUA *et al.*, 2024).

O diagnóstico da EPA deve ser realizado de maneira criteriosa, por meio da associação entre exame clínico periodontal, análise estética e exames radiográficos. Entre os principais parâmetros avaliados estão a altura e largura das coroas clínicas, quantidade de gengiva queratinizada, posição da margem gengival, localização da JCE e distância da crista óssea alveolar em relação à JCE. A sondagem é considerada importante para determinar a relação óssea e auxiliar no planejamento cirúrgico, principalmente nos casos em que há suspeita de invasão do espaço supracrestal. O tratamento depende diretamente da classificação e severidade da EPA, podendo envolver apenas gengivectomia nos casos mais superficiais ou associação com osteotomia e osteoplastia quando a crista óssea se encontra muito próxima da JCE. Procedimentos de aumento de coroa clínica têm apresentado resultados previsíveis e satisfatórios na melhora da harmonia dentogengival e da estética do sorriso, especialmente quando realizados após planejamento periodontal detalhado (SANTOS *et al.*, 2023; RODRIGUES *et al.*, 2024).

A EPA pode ser classificada em diferentes tipos clínicos de acordo com a relação entre a margem gengival, a quantidade de gengiva queratinizada e o posicionamento da crista óssea alveolar. No tipo 1, há excesso de gengiva queratinizada associado à aparência de coroas clínicas curtas, enquanto no tipo 2 a faixa de gengiva queratinizada apresenta dimensão considerada normal. Além disso, cada grupo é subdividido em A e B conforme a distância entre a crista óssea alveolar e a JCE. Nos subtipos A, essa distância encontra-se preservada, permitindo abordagens mais conservadoras; já nos subtipos B, a proximidade óssea exige associação de osteotomia ou osteoplastia para restabelecimento adequado da arquitetura periodontal. Essa classificação possui grande importância clínica por

direcionar a escolha terapêutica e contribuir para maior previsibilidade dos resultados estéticos e funcionais. Estudos recentes demonstram que os casos classificados como tipo 1B estão entre os mais prevalentes em pacientes com sorriso gengival associado à EPA, principalmente devido à combinação entre excesso gengival e alteração óssea subjacente (KINZEL; BALDINI, 2025; BENAOUA *et al.*, 2024).

2.3 HIPERPLASIA GENGIVAL

A hiperplasia gengival é uma alteração caracterizada pelo aumento exagerado do volume do tecido gengival, podendo comprometer tanto a estética do sorriso quanto a saúde periodontal do paciente. Essa condição ocorre devido ao crescimento excessivo do tecido conjuntivo e epitelial gengival, resultando em gengivas mais espessas, volumosas e, em muitos casos, recobrimo parcialmente as coroas dentárias. Sua etiologia é multifatorial, podendo estar associada ao acúmulo de biofilme bacteriano, processos inflamatórios crônicos, alterações hormonais, predisposição genética e uso de determinados medicamentos, como anticonvulsivantes, imunossupressores e bloqueadores dos canais de cálcio. Clinicamente, pacientes com hiperplasia gengival frequentemente apresentam dificuldade de higienização, sangramento gengival, pseudobolsas periodontais e aumento da exposição gengival durante o sorriso, fatores que podem impactar diretamente a estética e a qualidade de vida. Estudos recentes também demonstram associação entre fenótipos periodontais espessos e maior predisposição ao desenvolvimento dessa condição, especialmente em indivíduos jovens e pacientes ortodônticos (MARTINS *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2024).

O diagnóstico da hiperplasia gengival deve ser realizado por meio de avaliação clínica detalhada, considerando a extensão do aumento gengival, presença de sinais inflamatórios, condições sistêmicas do paciente e histórico medicamentoso. Durante o exame periodontal, são observados parâmetros como profundidade de sondagem, sangramento gengival, quantidade de biofilme e comprometimento da anatomia dentogengival. Em alguns casos, exames radiográficos podem ser necessários para avaliar possível perda óssea associada e diferenciar pseudobolsas de bolsas periodontais verdadeiras. O tratamento depende diretamente do fator etiológico e da

severidade do quadro clínico. Inicialmente, deve-se controlar o biofilme bacteriano por meio de terapia periodontal básica e orientação de higiene oral. Quando o aumento gengival persiste ou compromete significativamente a estética e a função, procedimentos cirúrgicos como gengivectomia e gengivoplastia tornam-se indicados para remoção do excesso tecidual e restabelecimento da arquitetura gengival adequada. Em casos relacionados ao uso medicamentoso, a avaliação médica para possível substituição da medicação também pode ser necessária (FERREIRA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2023).

A hiperplasia gengival pode ser classificada de acordo com sua etiologia e características clínicas, sendo dividida em inflamatória, medicamentosa, hereditária ou associada a condições sistêmicas. A forma inflamatória é a mais comum e geralmente está relacionada ao acúmulo crônico de biofilme dental. Já a hiperplasia medicamentosa apresenta crescimento gengival fibroso e progressivo, frequentemente associado ao uso prolongado de medicamentos específicos. A forma hereditária, embora rara, possui forte componente genético e pode manifestar-se ainda na infância ou adolescência. Além disso, algumas condições sistêmicas, como alterações hormonais e doenças hematológicas, também podem favorecer o aumento gengival. A correta identificação do tipo de hiperplasia é essencial para o planejamento terapêutico e prevenção de recidivas, uma vez que o controle do fator causal é determinante para a estabilidade dos resultados clínicos e estéticos (COSTA *et al.*, 2022; LIMA *et al.*, 2024).

2.4 HIPERMOBILIDADE DO LÁBIO SUPERIOR

A HLS é uma das principais causas de SG, definida pela contração excessiva e desproporcional dos músculos responsáveis pela elevação do lábio superior durante o sorriso. Essa disfunção neuromuscular resulta em uma mobilidade vertical aumentada do lábio, normalmente superior a 8 mm, excedendo os padrões fisiológicos que variam entre 6 e 8 mm em indivíduos com função muscular normal. O movimento exacerbado promove a exposição da gengiva marginal além do limite considerado esteticamente aceitável, que é de até 3 mm ao sorrir (ARDAKANI *et al.*, 2021). Além disso, a classificação da linha do sorriso é fundamental para determinar o padrão

estético do paciente e auxiliar no diagnóstico do sorriso gengival. A linha do sorriso baixa caracteriza-se pela exposição de menos de 75% da coroa clínica dos incisivos superiores, sem exposição gengival significativa. Já a linha do sorriso média, considerada dentro dos padrões estéticos normais, apresenta exposição de 75% a 100% das coroas clínicas, podendo haver discreta visualização da papila interdental. (SILVA *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2023).

Os principais músculos envolvidos na HLS incluem o levantador do lábio superior, da asa do nariz, o zigomático menor, o zigomático maior e o risório, os quais, quando apresentam atividade aumentada, elevam o lábio de forma anormal mesmo na ausência de alterações esqueléticas ou dentárias (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020).

O fator etiológico relacionado à HLS pode se manifestar de forma isolada ou, mais frequentemente, associado a outras alterações, EPA, o excesso vertical de maxila e a presença de lábio superior curto. Essa associação de fatores contribui para maior complexidade diagnóstica, tornando indispensável uma avaliação clínica criteriosa, que considere tanto a análise facial em repouso quanto em máxima contração do sorriso, aliada ao uso de fotografias padronizadas e exames complementares. Deve-se ainda considerar as variações anatômicas individuais, especialmente o comprimento do lábio superior em repouso em média, entre 20 e 22 mm em mulheres e 22 a 24 mm em homens, uma vez que esse parâmetro influencia diretamente a exposição gengival e a definição da conduta terapêutica. (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2019). A prevalência de HLS é maior entre mulheres jovens.

O diagnóstico diferencial entre as diversas causas de SG é fundamental para impedir tratamentos inadequados ou incompletos. Por exemplo, em casos de HLS isolada, intervenções periodontais como gengivectomia podem gerar resultados estéticos insatisfatórios, uma vez que não atuam sobre o fator causal que é a muscular do lábio. A avaliação clínica deve incluir testes de contenção labial com roletes de algodão, que simulam o bloqueio da ação muscular e permitem identificar a contribuição funcional da HLS para a exposição gengival (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020). O sorriso deve ser avaliado tanto no repouso quanto no pico da contração muscular, para estimar com precisão a extensão da elevação labial e sua relação com

a quantidade de gengiva exposta. Um diagnóstico bem fundamentado é a base para a seleção da intervenção terapêutica mais apropriada e eficaz a longo prazo (ARRUDA *et al.*, 2024).

Outra alternativa de tratamento para o SG é a aplicação da toxina botulínica tipo A, principalmente em casos leves a moderados associados à HLS. Sua ação ocorre por meio da redução temporária da contração muscular, promovendo menor elevação do lábio durante o sorriso e, conseqüentemente, diminuindo a exposição gengival. Por se tratar de um procedimento minimamente invasivo, rápido e com baixa morbidade, a toxina botulínica tem sido amplamente utilizada como opção terapêutica conservadora. Entretanto, apesar dos resultados estéticos satisfatórios, seu efeito é temporário, com duração média entre quatro e seis meses, tornando necessárias reaplicações periódicas para manutenção dos resultados ao longo do tempo (ROJO-SANCHIS *et al.*, 2023).

Já em casos mais severos de HLS, o tratamento de escolha é, geralmente, o reposicionamento labial cirúrgico, que consiste na ressecção de uma faixa de mucosa alveolar e na aproximação das margens com sutura, reduzindo a tração muscular sobre o lábio e limitando sua elevação. Técnicas modificadas com inclusão de miotomia parcial ou suturas duplas têm sido propostas para maior estabilidade pós-operatória. Ainda assim, complicações como recidivas, parestesia temporária, formação de mucocele e cicatrizes na mucosa vestibular são descritas na literatura e devem ser consideradas no momento do planejamento cirúrgico (SILVA *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2019; SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020). Diante disso, o conhecimento aprofundado da fisiologia labial e dos limites anatômicos do sorriso é fundamental para o sucesso estético e funcional do tratamento.

2.5 CRESCIMENTO EXCESSIVO DA MAXILA

O crescimento vertical excessivo da maxila é uma alteração esquelética caracterizada pelo desenvolvimento aumentado da maxila no sentido vertical, resultando em exposição excessiva de gengiva durante o sorriso. Diferente das alterações periodontais ou musculares, essa condição possui origem

predominantemente óssea e está relacionada ao padrão de crescimento craniofacial do indivíduo. Pacientes com esse tipo de alteração geralmente apresentam face alongada, aumento do terço inferior facial, dificuldade de selamento labial passivo e maior exposição dos incisivos superiores mesmo em repouso. Além do comprometimento estético, essa alteração pode afetar a função mastigatória, a estabilidade oclusal e a harmonia facial como um todo, tornando o diagnóstico precoce importante para um planejamento terapêutico mais conservador e previsível (SANTIAGO *et al.*, 2022; NOGUEIRA *et al.*, 2023).

O diagnóstico do crescimento vertical excessivo da maxila deve envolver avaliação clínica, análise facial e exames cefalométricos, permitindo identificar o grau da discrepância esquelética e sua influência sobre o sorriso. Entre os principais achados clínicos estão a exposição gengival acentuada ao sorrir, sorriso com predominância gengival, incompetência labial e padrão facial dolicofacial. A análise cefalométrica auxilia na confirmação diagnóstica por meio de medidas relacionadas à altura facial anterior inferior, inclinação do plano mandibular e posicionamento maxilar. Nos casos leves e moderados, abordagens ortodônticas com uso de mini-implantes e intrusão dentária têm apresentado resultados satisfatórios na redução da exposição gengival sem necessidade cirúrgica. Entretanto, em discrepâncias esqueléticas severas, a cirurgia ortognática com impactação maxilar ainda é considerada o tratamento mais previsível e estável, promovendo melhora estética e funcional significativa (RIBEIRO *et al.*, 2023; ALMEIDA *et al.*, 2022).

O crescimento vertical excessivo da maxila também pode ser classificado conforme a quantidade de exposição gengival observada durante o sorriso. Em geral, considera-se leve quando há exposição de até 4 mm, moderado entre 4 e 8 mm e severo quando ultrapassa 8 mm de exposição gengival. Essa classificação é importante porque influencia diretamente na escolha terapêutica e no prognóstico do tratamento. Casos leves frequentemente podem ser manejados com terapias menos invasivas, como toxina botulínica associada à ortodontia ou procedimentos periodontais complementares. Já nos casos moderados e severos, principalmente quando existe importante comprometimento facial e esquelético, a abordagem

multidisciplinar envolvendo ortodontia e cirurgia bucomaxilofacial torna-se essencial para obtenção de resultados mais estáveis e harmônicos. Estudos recentes reforçam que o correto diagnóstico etiológico é fundamental para evitar tratamentos compensatórios inadequados e possíveis recidivas estéticas (CAMPOS *et al.*, 2022; OLIVEIRA, 2023).

2.6 FORMAS DE TRATAMENTO DO SG

A gengivectomia é uma técnica cirúrgica periodontal, indicada principalmente em casos de SG decorrente de EPA, hiperplasia gengival e aumento gengival induzido por fármacos. Consiste na remoção do excesso de tecido gengival, podendo incluir osteotomia quando há necessidade de reposicionar a crista óssea e manter a integridade da inserção dos tecidos supracrestais, com o objetivo de restabelecer o contorno gengival e a proporção dentária adequada. Suas principais vantagens são a previsibilidade dos resultados, a eficácia na exposição controlada da coroa clínica e a possibilidade de alcançar uma harmonia estética gengival satisfatória (CARNEIRO *et al.*, 2024).

A indicação da gengivectomia depende de uma série de fatores, tais como: fenótipo periodontal, distância entre a crista óssea e a junção cimento-esmalte, tamanho das coroas dentárias, espessura óssea e quantidade de gengiva queratinizada remanescente. A cirurgia de gengivectomia (com ou sem osteotomia) é contraindicada em pacientes com doença periodontal ativa (gengivites ou periodontites), controle de placa deficiente, ou presença de recessões gengivais em dentes anteriores (SILVA *et al.*, 2012; TAGLIAFIERRO *et al.*, 2021).

A CRL, embora seja menos invasiva que a cirurgia ortognática, trata-se de um procedimento cirúrgico, que envolve incisões em tecidos moles e manipulação extensa da mucosa. O processo de cicatrização inicia com a formação do coágulo logo após o procedimento, 12 a 24 horas após, ocorre a migração de células epiteliais, 5 a 14 dias. Dentre as vantagens, podemos destacar a previsibilidade dos resultados em casos bem indicados, a fácil execução da técnica, o bom custo-benefício, a rapidez do resultado pela visualização imediata, em comparação, por exemplo, com

movimentações ortodônticas, e a melhora estética em curto prazo (RAMOS; OLIVEIRA NETO, 2023).

Complicações pós-operatórias do reposicionamento labial descritas na literatura incluem parestesia transitória, dor e edema pós-operatório, necrose tecidual. Alterações funcionais temporárias também podem ser observadas durante o período de cicatrização, como a limitação na mobilidade do lábio superior e a sensação de tensão ao sorrir. Essas manifestações são esperadas nesse momento e podem interferir de forma transitória na fala e na mastigação (KUMAR *et al.*, 2021).

A toxina botulínica tipo A tem se consolidado como uma abordagem não cirúrgica no tratamento do SG, sobretudo em casos de HLS leve a moderada. Seu mecanismo de ação consiste no bloqueio temporário da liberação de acetilcolina nas junções neuromusculares dos músculos elevadores do lábio, promovendo uma redução controlada de sua contração. A aplicação é considerada minimamente invasiva, com efeitos visíveis em poucos dias e duração média de três a seis meses. Entre as vantagens da toxina botulínica estão a reversibilidade, o tempo de recuperação mínimo e a possibilidade de ajustes progressivos da dose. Sua principal limitação está relacionada à necessidade de reaplicações periódicas, além da variabilidade na resposta clínica entre os pacientes. Também não se mostra indicada como abordagem isolada em casos com componente esquelético acentuado, especialmente quando há expectativa por resultados mais duradouros ou definitivos. (SUBER *et al.*, 2014)

Diante da multifatorialidade do SG, o tratamento ideal exige uma abordagem integrada e personalizada, considerando a associação de técnicas conforme a etiologia identificada. Em casos de EPA com HLS associada, a combinação de gengivectomia e reposicionamento labial cirúrgico tem se mostrado eficaz na correção da desarmonia gengival (ARRUDA *et al.*, 2024). A toxina botulínica pode ser empregada de forma complementar, tanto em pacientes que não desejam tratamento cirúrgico imediato, quanto como coadjuvante pós-operatório para prolongar o efeito da cirurgia e controlar recidivas precoces em pacientes com elevada atividade muscular. Essa abordagem multidisciplinar, aliando terapias cirúrgicas e

farmacológicas, permite maior previsibilidade clínica, satisfação estética e melhora significativa na autoestima dos pacientes (SILVA *et al.*, 2012; SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020; BENAOUA, 2024).

3. OBJETIVOS

Relatar um caso clínico de correção do sorriso gengival por meio de duas técnicas cirúrgicas.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever detalhadamente o planejamento para correção do sorriso gengival, incluindo sua avaliação inicial e protocolo fotográfico;
- Apresentar o planejamento cirúrgico adotado, com a combinação de gengivectomia, osteotomia e reposicionamento labial;
- Avaliar os resultados após 18 meses de acompanhamento do tratamento do sorriso gengival.

4. METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo CEP da Unichristus sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 93792925.2.0000.5049 e parecer 8.409.005 (ANEXO I). A participante foi informada dos objetivos do trabalho e foi dado o consentimento livre e esclarecido por escrito (ANEXO II). Todas as diretrizes do *Case Report Guidelines* (CARE) foram seguidas.

4.2 PACIENTES

Foi selecionada uma paciente do sexo feminino, em seguimento na Clínica Escola de Odontologia da Unichristus.

Os critérios de inclusão que foram empregados na seleção do (a) participante foram:

- Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- Aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- Possuir diagnóstico de SG com duplo fator etiológico envolvendo EPA e/ou hiperplasia gengival, além de HLS.

Os critérios de exclusão que foram empregados na seleção do (a) participante foram:

- Presença de envolvimento sistêmico que possa interferir na resposta cicatricial, como gestação, diabetes mellitus, estado de imunossupressão ou limitações motoras;
- Presença de envoltimentos protéticos extensos, como uso de prótese total ou uso de prótese parcial removível ou próteses sobre implantes em dentes anteriores;
- Ser tabagista;
- Ser usuário de outros tipos de droga;
- Presença de doença periodontal ativa (gengivite ou periodontite) ou sequelas da doença periodontal.

4.3 ANAMNESE

A participante foi submetida a um questionário contendo perguntas sobre suas condições médico-odontológicas (ANEXO III). Algumas questões foram dirigidas diretamente à entrevistada, como: dados pessoais, automedicação e a história odontológica.

4.4 EXAME FÍSICO INTRA E EXTRAORAL

O exame físico teve início pela palpação dos linfonodos em região de cabeça e pescoço buscando possíveis alterações de volume, consistência e temperatura. No exame extraoral foi avaliado as alterações cutâneas faciais e perilabiais: comissuras labiais, lábios, nariz, região do processo zigomático da maxila e região do mento. No exame intrabucal foi realizada a avaliação dos tecidos moles: língua, assoalho bucal, gengiva, mucosa jugal, palato duro, palato mole e tonsilas. Apenas após estas inspeções, a paciente foi submetida aos exames periodontais.

4.5 EXAME PERIODONTAL

Os exames periodontais foram realizados após os exames extra e intraorais. Todos os dentes presentes (exceto os terceiros molares) foram sondados, com sonda milimetrada, em seis sítios: sítio mesio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mesio-lingual/palatino, lingual/palatino, disto lingual/palatino, e três diferentes mensurações foram feitas, como descritas abaixo.

- **Recessão gengival:** Distância entre a margem gengival e a junção cimento-esmalte. Para essa mensuração a sonda periodontal foi posicionada entre o a margem gengival e a JCE em todas as faces, sem introduzir a sonda no sulco. Todas as recessões gengivais foram anotadas.
- **Profundidade de sondagem:** Distância entre a margem gengival e a base do sulco gengival. Para essa mensuração a sonda periodontal foi introduzida entre o dente e a gengiva paralelamente ao longo eixo do dente, respeitando-se o contorno dental. Todas as profundidades de sondagem foram anotadas.
- **Perda de inserção clínica:** Distância entre a base do sulco gengival e a junção cimento-esmalte. Para essa mensuração a sonda foi introduzida

paralelamente ao longo eixo do dente, respeitando-se o contorno dental. Foram anotadas todas as perdas de inserção clínica superiores a três milímetros.

- Sangramento à sondagem: Foram anotados todos os sítios com sangramento após a sondagem.

4.6 DIAGNÓSTICO DO SG

O diagnóstico do SG envolveu uma combinação de análise clínica estática e dinâmica, associada a medições periodontais. Foi utilizada uma sonda periodontal milimetrada, do tipo Carolina do Norte, para a mensuração da profundidade de sondagem até o topo da crista óssea e identificação da JCE, o que chamamos de sondagem transmucosa. Ao identificar distância mínima entre a margem gengival e o topo da crista óssea, e proximidade entre a JCE e o topo da crista óssea, diagnosticamos a necessidade de osteotomia para respeitar a inserção dos tecidos supracrestais e garantir a estabilidade periodontal pós-tratamento.

Na avaliação do sorriso, a sonda também permitiu estimar a quantidade de gengiva visível durante o sorriso espontâneo ou forçado. A exposição gengival foi mensurada da margem gengival ao lábio superior durante o sorriso completo, e valores acima de 3 mm foram considerados esteticamente desfavoráveis. Essa análise foi realizada em conjunto com fotografias clínicas padronizadas e análise do comprimento das coroas dentárias, a fim de determinar se há desproporção dentogengival.

4.7 DIAGNÓSTICO DE HLS

O diagnóstico da HLS foi realizado pela análise dinâmica da face e do sorriso para avaliar a amplitude vertical de movimentação do lábio durante o sorriso relaxado, forçado e conversação. Essa avaliação foi realizada com a paciente em posição sentada e cabeça ereta, por meio da observação da distância entre o lábio superior em repouso e sua posição durante o sorriso máximo. Foi observada distância de 8 mm entre a margem gengival dos dentes anteriores superiores e a borda inferior do lábio superior no sorriso máximo da paciente, o que configura HLS (SANTOS-PEREIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2012). A confirmação da hiper mobilidade também pode ser feita com o auxílio de recursos fotográficos ou videográficos, que permitem

a comparação entre a posição de repouso e a posição de sorriso espontâneo e forçado. (ARRUDA *et al.*, 2024).

De forma complementar, pode-se realizar o teste do uso de rolinhos de algodão (**Figura 1**). Esta é uma ferramenta de diagnóstico simples e eficaz, aplicada no fundo de sulco vestibular superior para conter a tração muscular. Caso ocorra uma redução significativa na exposição gengival com a contenção, infere-se que a principal causa da disfunção estética está relacionada à hipermobilidade muscular e não à anatomia dentoalveolar. Além disso, é importante medir a altura vertical do lábio superior em repouso, que normalmente varia entre 20 e 22 mm em mulheres e 22 a 24 mm em homens; valores abaixo disso podem indicar lábio curto, o que também influencia na etiologia do sorriso gengival. (SILVA *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2023).

Figura 1 – Esquema ilustrativo do teste do rolete de algodão auxiliar no diagnóstico de hiper mobilidade do lábio superior.



Fonte: Arquivo pessoal da Dra. Amanda Gonzales (2024).

4.8 PROTOCOLO FOTOGRÁFICO

O protocolo fotográfico foi realizado para documentação e análise dos resultados antes e após os procedimentos. As imagens foram padronizadas para garantir

qualidade, comparação e redução de erros e distorções. Foram realizadas tomadas fotográficas de acordo com as orientações abaixo:

- Vista frontal;
- Vista lateral direita;
- Vista lateral esquerda;
- Sorriso forçado;
- Sorriso relaxado;
- Inicial com sorriso natural e forçado;
- Pós-operatório imediato da gengivectomia com osteotomia;
- Pós-operatório de 7 dias da gengivectomia;
- Pré-operatório do reposicionamento labial;
- Trans-operatório do reposicionamento labial;
- Pós-operatório imediato do reposicionamento labial;
- Pós-operatório de 15 dias do reposicionamento labial;
- Acompanhamento de 6 meses;
- Acompanhamento de 18 meses.

4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos deste trabalho estavam relacionados, à possibilidade de quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e informações não autorizadas pelo paciente, o que poderia resultar em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou a terceiros. Contudo, todos os cuidados foram tomados para que a identidade do paciente não seja revelada, sendo que a autorização para o uso de imagens foi obtida expressamente por meio do TCLE.

Adicionalmente, por se tratar de um procedimento cirúrgico, existem riscos inerentes como: sangramento excessivo, dor e edema no pós-operatório, infecção local, deiscência de sutura, desconforto funcional temporário, necessidade de medicação analgésica e anti-inflamatória, além da possibilidade de recidiva parcial dos resultados. Tais riscos, entretanto, serão minimizados mediante a adoção de

técnicas cirúrgicas padronizadas, cuidados assépticos rigorosos, acompanhamento clínico pós-operatório adequado e prescrição medicamentosa quando necessária.

Em contrapartida, este estudo apresenta benefícios tanto no âmbito científico quanto clínico. Ele contribuirá para o aprimoramento do diagnóstico da etiologia do SG, permitindo maior acurácia na diferenciação entre fatores musculares, dentoalveolares e esqueléticos. Além disso, fornecerá subsídios para o aprimoramento da abordagem terapêutica, auxiliando na seleção da técnica mais apropriada a cada caso e no planejamento de tratamentos mais previsíveis, seguros e eficazes a longo prazo.

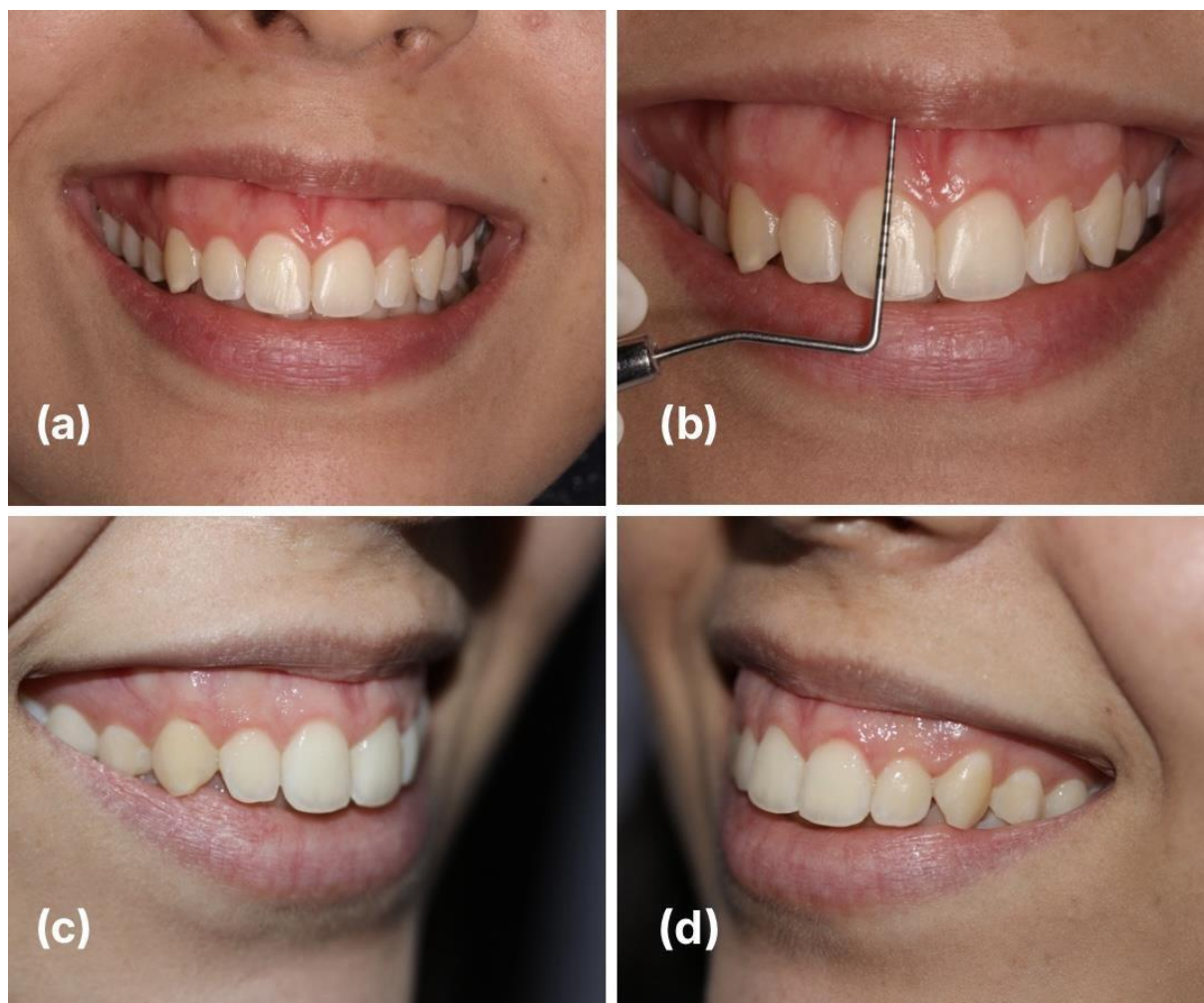
5. RELATO DO CASO

Paciente L.M.A, do sexo feminino, 22 anos de idade, normossistêmica, compareceu a Clínica-Escola da Unichristus com queixa de SG.

5.1 DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

Após anamnese detalhada sobre as condições sistêmicas e bucais e exames periodontais, foi realizado o protocolo fotográfico inicial (**Figura 2**). O diagnóstico do SG foi realizado por meio de uma análise clínica e fotográfica, cuja etiologia foi excesso vertical de maxila, EPA e HLS. Ao exame clínico, foi observado exposição gengival acentuada durante o sorriso, coroas clínicas curtas e elevada mobilidade labial. A análise facial evidenciou aumento do terço médio facial, compatível com excesso vertical maxilar. Para confirmação da EPA, realizou-se sondagem periodontal, permitindo avaliar a relação entre a JCE e a crista óssea alveolar, auxiliando na indicação de osteotomia associada. O tratamento ideal para o caso seria cirurgia ortognática para intrusão maxilar, porém, a paciente não tinha interesse. Diante disso, com a paciente ciente das limitações, foi proposto o manejo periodontal do SG por meio de gengivectomia com osteotomia e reposicionamento labial. O planejamento foi realizar, inicialmente, a cirurgia de gengivectomia com osteotomia, e, sem seguida, o reposicionamento labial.

Figura 2 – Avaliação pré-operatória.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Vista frontal do aspecto inicial da paciente. (B) Medida da distância da margem gengival a borda inferior do lábio superior ao sorrir com a sonda Carolina do Norte apresentando exposição gengival de 8mm. (C) Vista lateral do aspecto inicial do sorriso da paciente do lado direito. (D) Vista lateral do lado esquerdo do aspecto inicial do sorriso da paciente.

5.2 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: GENGIVECTOMIA COM OSTEOTOMIA

Foi realizado a antissepsia extraoral com digluconato de clorexidina a 2% e antissepsia intrabucal com digluconato de clorexidina a 0,12%. Em seguida, foi feita à anestesia tópica com benzotopico no fundo de sulco vestibular na região

compreendida entre o canino e o primeiro pré-molar superior direito e esquerdo. Para anestesia local, foi utilizada mepivacaína a 2% associada à epinefrina 1:100.000 (DLA Pharma, Grupo Septodont, São Paulo, Brasil), empregando-se a técnica terminal infiltrativa em direção à raiz do primeiro pré-molar superior direito, com bloqueio do nervo infraorbitário. Complementarmente, foram anestesiados os nervos alveolar superior anterior e médio (**Figura 3A**), bem como o nervo nasopalatino, promovendo adequada analgesia da região anterior da maxila.

Com auxílio da sonda milimetrada Carolina do Norte (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil), realizou-se a localização da JCE do elemento 14 ao 24, com a finalidade de determinar a quantidade de tecido gengival a ser excisado durante o procedimento. A marcação dos pontos sangrantes também foi realizada com a sonda milimetrada, delimitando com precisão a área cirúrgica.

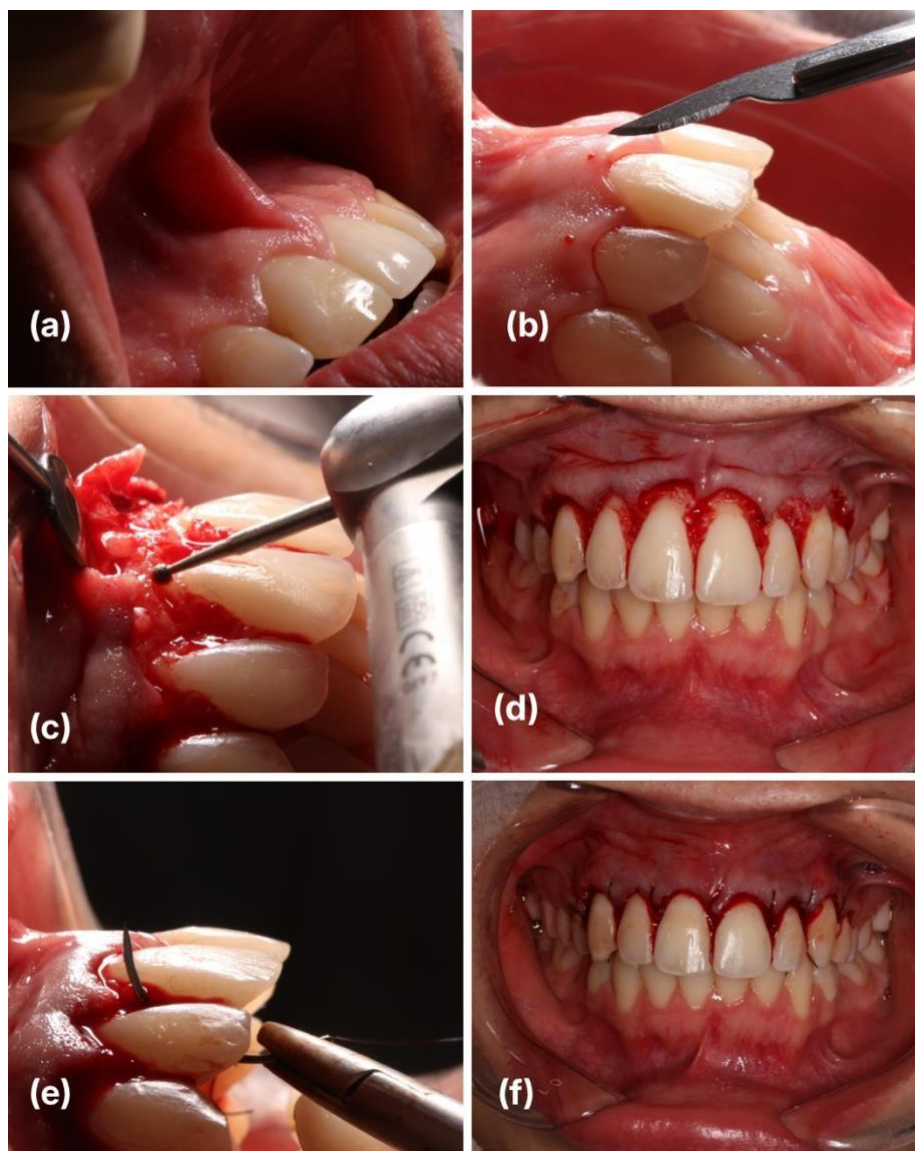
As incisões foram realizadas em bisel interno com lâmina de bisturi 15C (Medix, Cascavel, Paraná, Brasil), estendendo-se do primeiro pré-molar superior direito (14) ao primeiro pré-molar superior esquerdo (24), preservando a integridade das papilas interdentais (**Figura 3B**). Na sequência, incisões sulculares foram executadas para a remoção dos colarinhos gengivais. Com auxílio do descolador de Molt (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) e de cureta Gracey 5-6 (Millenium, Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil), procedeu-se à remoção do tecido gengival excisado. Após essa etapa, a tesoura de Castroviejo (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brasil) utilizada para refinamento e regularização dos contornos gengivais. Em seguida, foi deslocado o retalho mucoperiosteal (**Figura 3C**), permitindo adequada exposição da crista óssea alveolar para realização da osteotomia e osteoplastia, respeitando os princípios de preservação da dimensão biológica.

A osteotomia foi realizada com o objetivo de promover o reposicionamento apical da crista óssea alveolar, respeitando a distância mínima de 3 mm entre a JCE e a crista óssea, a fim de restabelecer adequadamente a inserção dos tecidos supracrestais. O procedimento foi realizado com caneta de alta rotação associada à ponta diamantada esférica 1014 sob irrigação constante com solução fisiológica, realizando o desgaste ósseo controlado e progressivo até restabelecer o espaço dos

tecidos supracrestais (**Figura 3C e 3D**). A mensuração foi constantemente verificada com sonda milimetrada, assegurando a preservação do espaço correspondente a inserção dos tecidos supracrestais, garantindo, assim, estabilidade periodontal e previsibilidade estética do resultado cirúrgico. Ao término, as suturas foram realizadas por meio da técnica de colchoeiro vertical (**Figura 3E e 3F**), utilizando fio de sutura não reabsorvível Nylon 5-0 (ProCare, Osasco, São Paulo, Brasil).

No pós-operatório, foi prescrito Toragesic 10mg, sendo administrado 1 comprimido a cada 8 horas por 3 dias. Recomendou-se bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% a cada em 12 horas durante 3 dias. A paciente recebeu orientações quanto às medidas de higiene oral e cuidados pós-operatórios.

Figura 3 – Procedimento cirúrgico de gengivectomia com osteotomia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Região de mucosa no qual foi realizado a anestesia infiltrativa. (B) Realizado a marcação dos pontos sangrantes e início da incisão em bisel interno com lâmina 15C. (C) Realizado o reposicionamento apical da crista óssea com caneta em alta rotação e a ponta diamantada esférica 1014 juntamente com irrigação abundante. (D) Imagem feita após o reposicionamento do retalho sem sutura e com tecido cruentos. (E) Início da sutura com o fio de nylon 5-0. (F) Aspecto final após a gengivectomia e sutura realizados.

Figura 4 – Acompanhamento pós-operatório de 15 dias da gengivectomia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Vista extraoral do pós-operatório de 15 dias. (B) Vista intraoral pós-operatório de 15 dias. (C) Vista do lado direito pós-operatório de 15 dias. (D) Vista do lado esquerdo pós-operatório de 15 dias.

Na imagem acima, verifica-se que a paciente apresenta assimetria na mobilidade do lábio superior, com maior hipermobilidade no lado direito em comparação ao esquerdo. Essa diferença no padrão de movimentação labial é relevante para o planejamento cirúrgico, pois influencia diretamente na exposição gengival durante o sorriso. Diante desse achado clínico, optou-se pela realização do procedimento de

cirurgia de reposicionamento labial (CRL) com medidas individualizadas para cada lado, a fim de promover maior equilíbrio estético e harmonia do sorriso.

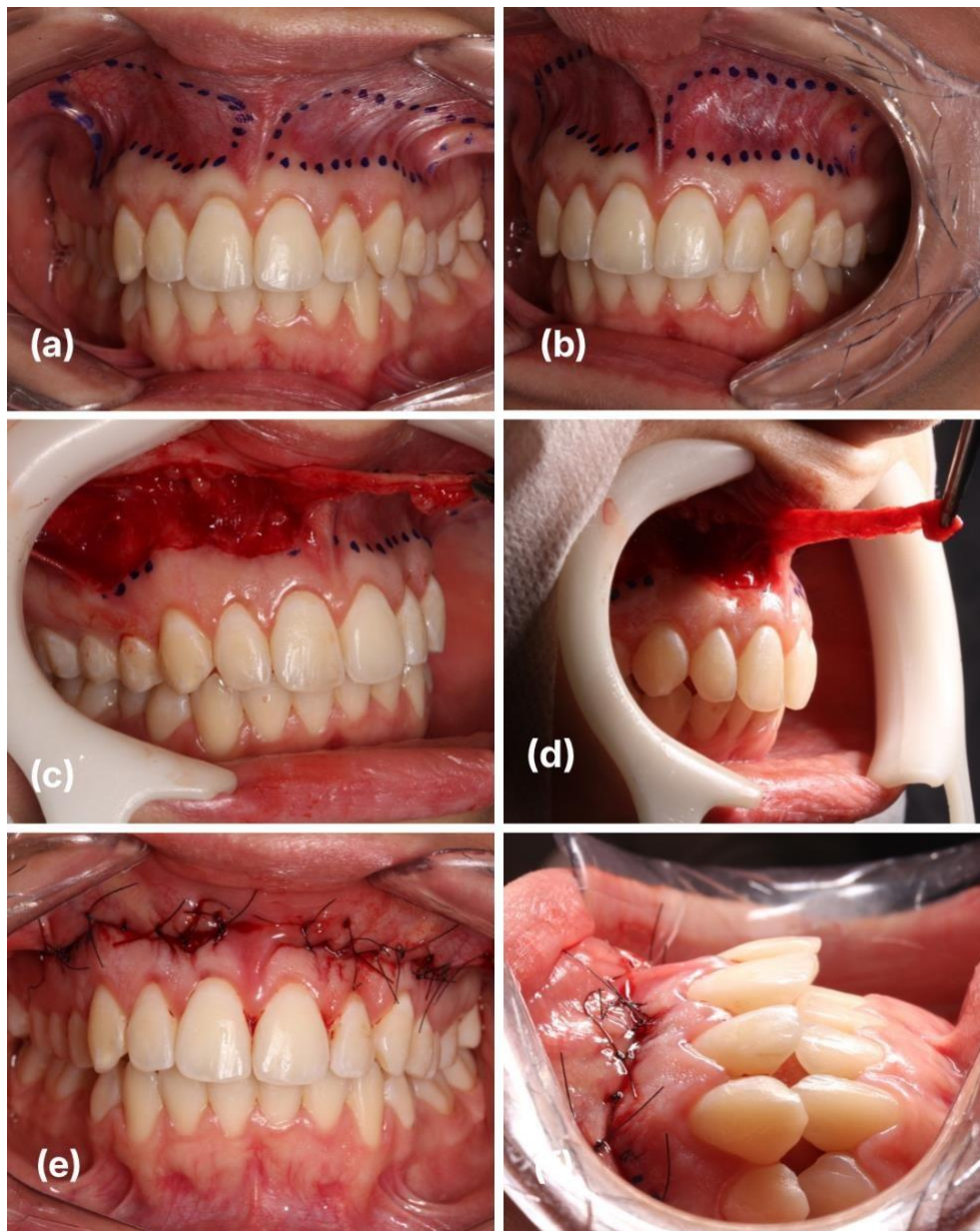
5.3 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: REPOSICIONAMENTO LABIAL

O reposicionamento cirúrgico do lábio superior foi realizado conforme a técnica descrita por Silva *et al*, (2020). Foram previamente realizados os mesmos protocolos de antissepsia extra e intraoral descritos anteriormente. O procedimento teve início com a demarcação da mucosa alveolar a ser excisada (**Figura 5A e 5B**) utilizando pincel piloto. Para definição da quantidade de tecido a ser removido, foi considerada principalmente a exposição gengival apresentada durante o sorriso máximo, além da profundidade do vestíbulo e do grau de mobilidade do lábio superior. A mensuração foi realizada com auxílio de sonda periodontal milimetrada, avaliando a distância entre o limite inferior do lábio superior e a margem gengival dos dentes anteriores superiores durante o sorriso. Com base nesses parâmetros, a faixa elíptica de mucosa foi delimitada de forma proporcional à quantidade de gengiva exposta, seguindo o princípio cirúrgico descrito na literatura de que a remoção tecidual deve reduzir a tração muscular sem comprometer a função e a mobilidade labial fisiológica.

Sendo assim, as extremidades da incisão horizontal inicial, foram executadas duas incisões verticais, com extensão aproximada de 10 a 12 mm em direção apical. Posteriormente, realizou-se uma segunda incisão horizontal paralela à primeira, conectando as duas incisões verticais, delimitando assim uma faixa elíptica de mucosa. A faixa de mucosa previamente demarcada foi removida por meio de dissecação superficial em espessura parcial, mantendo o tecido conjuntivo subjacente exposto (**Figura 5C e 5D**). Quando necessário, procedeu-se à remoção de glândulas salivares menores presentes na área cirúrgica. O mesmo protocolo foi reproduzido no lado contralateral, preservando-se integralmente o freio labial da linha média.

A estabilização da nova posição labial foi realizada por meio de vários pontos simples (**Figura 5E e 5F**), aproximando a margem mucosa à gengiva inserida, utilizando fio de Nylon 5-0 (ProCare, Osasco, São Paulo, Brasil).

Figura 5 – Reposicionamento labial.

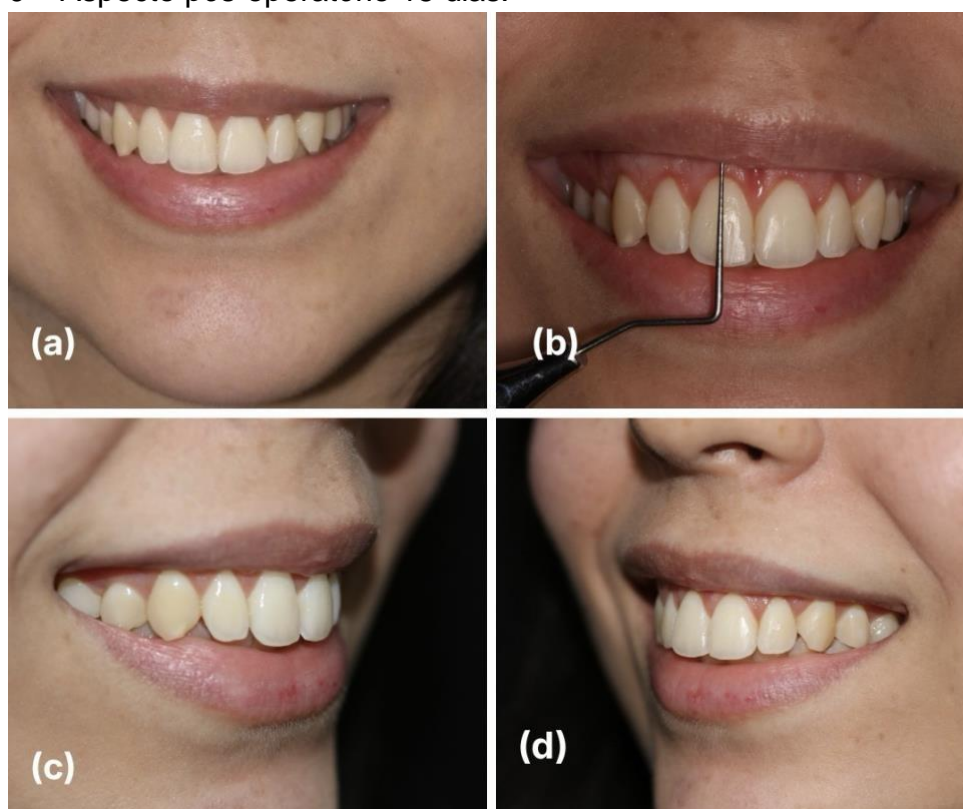


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Delimitação da área a ser excisada. (B) Vista lateral da delimitação a ser excisada. (C) Incisões verticais e horizontais no lado direito. (D) Faixa de mucosa de espessura parcial removida. (E) Estabilização da mucosa com suturas simples com fio de nylon. (F) Vista lateral do lado direito da estabilização da mucosa com suturas simples.

Evidenciou-se melhora estética significativa após a realização do reposicionamento cirúrgico do lábio superior. Na avaliação pós-operatória de 15 dias, observou-se redução acentuada da exposição gengival vista frontal (**Figura 6A**), utilizando a sonda Carolina do Norte para uma observação de distância do lado direito (**Figura 6B**), vista lateral direita (**Figura 6C**), vista lateral esquerda do sorriso (**Figura 6D**).

Figura 6 – Aspecto pós-operatório 15 dias.

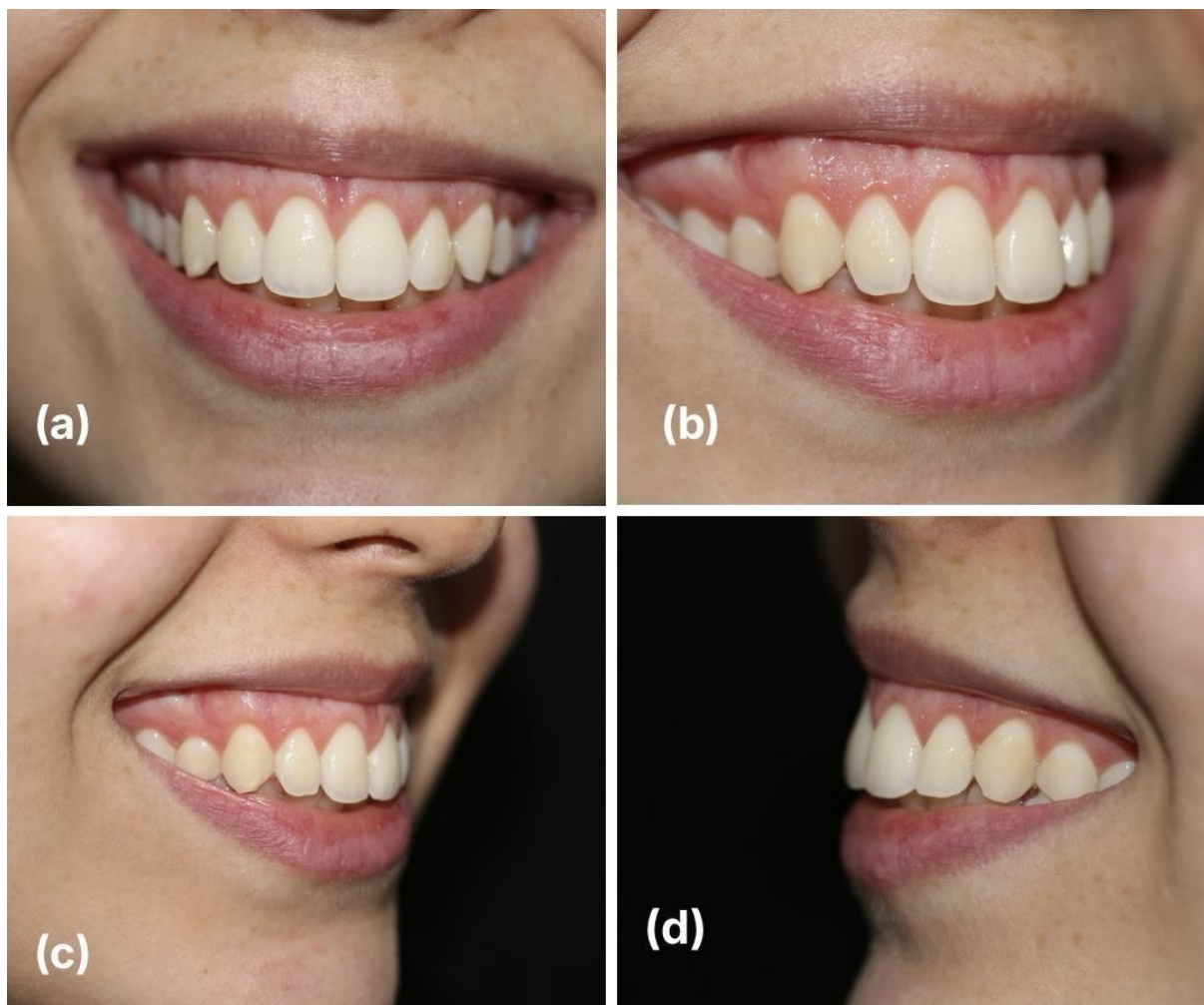


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Vista frontal. (B) Vista frontal com a sonda Carolina do Norte. (C) Vista lateral direita. (D) Vista lateral esquerda.

No acompanhamento pós-operatório de 6 meses foi observada uma recidiva do lado direito (**Figura 7A, 7B e 7C**), diferente do lado esquerdo (**Figura 7D**).

Figura 7 – Acompanhamento do pós-operatório de 6 meses.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Vista frontal. (B, C) Vista lateral direita. (D) Vista lateral esquerda.

Diante da recidiva, foi realizada novamente a CRL somente do lado direito, seguindo a mesma técnica anteriormente descrita. Posterior a cirurgia, foi feito acompanhamento pós-operatório de 15 dias da CRL (**Figura 8A**), no qual é observado o alinhamento do lado direito e esquerdo. Por uma vista intraoral é observado equilíbrio dentogengival. (**Figura 8B**), conforme os protocolos fotográficos foi realizado imagens laterais do lado direito (**Figura 8C**) e lado esquerdo (**Figura 8D**).

Figura 8 – Pós-operatório de 15 dias do reposicionamento labial.



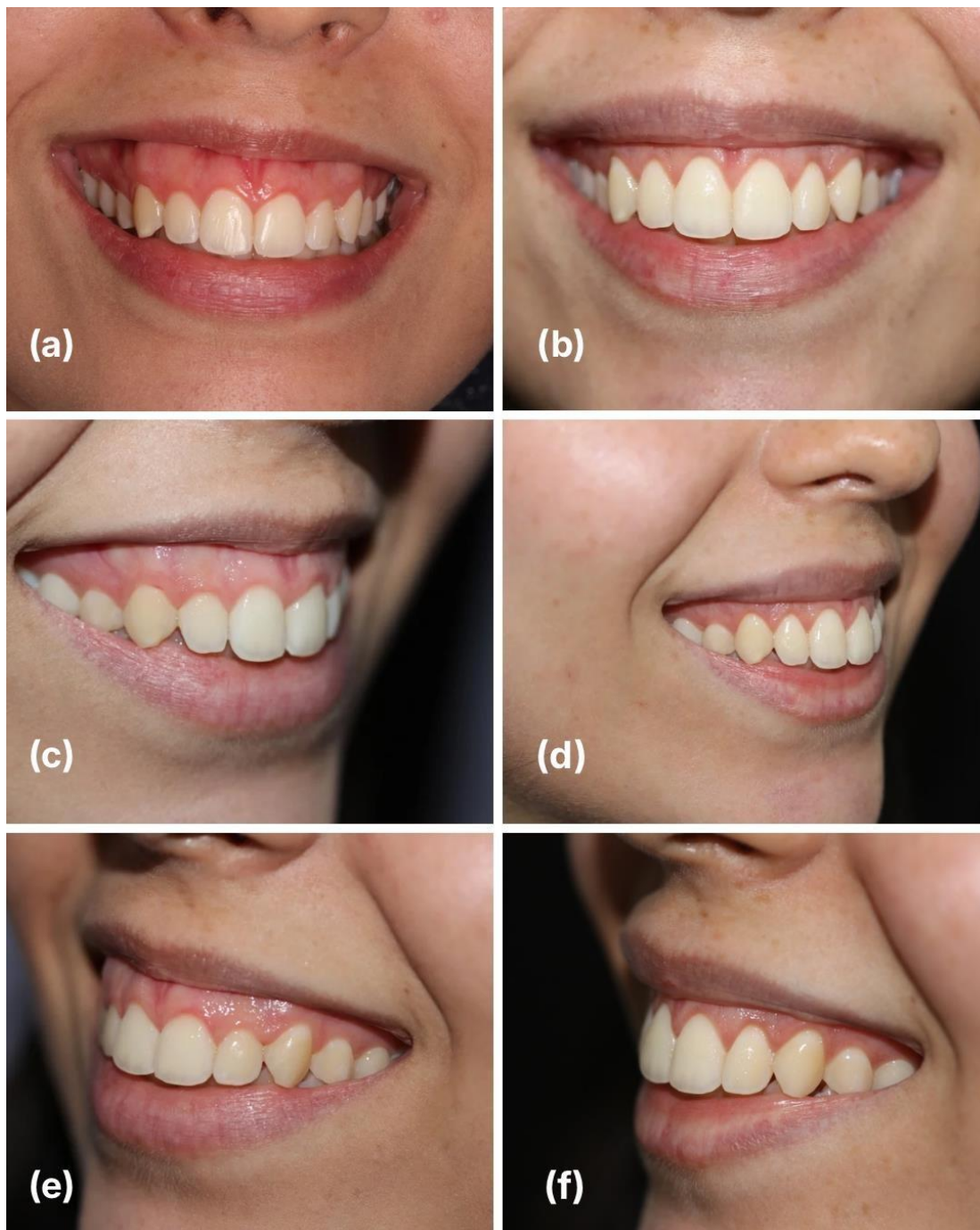
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Vista frontal. (B) Vista intraoral (C) Vista lateral direita. (D) Vista lateral esquerda.

A análise comparativa entre os períodos pré e pós-operatório evidencia melhora estética significativa do sorriso após a realização das duas técnicas cirúrgicas. Na vista frontal do pré-operatório (**Figura 9A**), observa-se expressiva exposição gengival, resultando em desarmonia dentogengival, ao passo que, no pós-operatório (**Figura 9B**), verifica-se redução evidente dessa exposição, promovendo maior equilíbrio entre dentes, gengiva e lábio superior. Na vista lateral direita, a comparação entre o pré-operatório (**Figura 9C**) e o pós-operatório (**Figura 9D**) demonstra diminuição da

elevação do lábio superior durante o sorriso, contribuindo para uma cobertura gengival mais adequada. De maneira semelhante, na vista lateral esquerda, a análise do pré-operatório (**Figura 9E**) em relação ao pós-operatório (**Figura 9F**) revela melhora no posicionamento labial e na harmonia do sorriso. Em conjunto, esses achados evidenciam a eficácia do procedimento na redução da exposição gengival e na obtenção de resultados estéticos mais favoráveis.

Figura 9 - Comparação do aspecto inicial e final do caso.

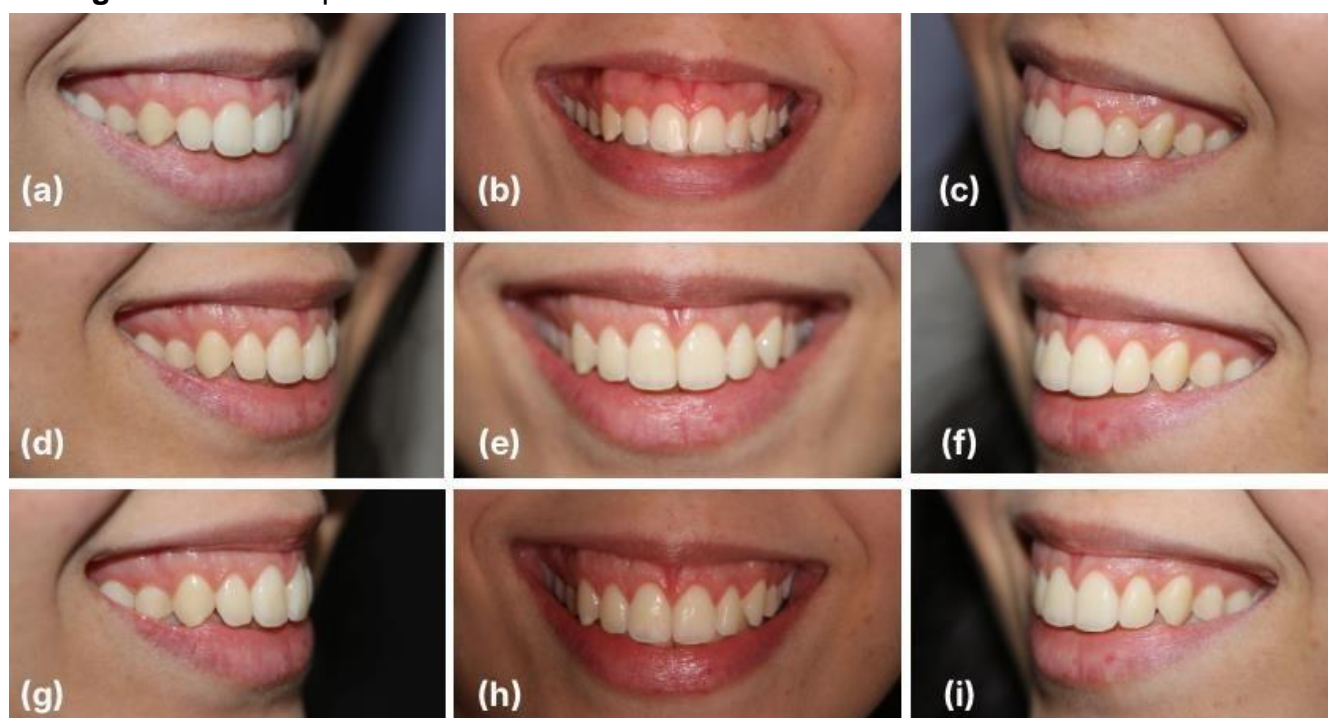


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Aspecto frontal inicial. (B) Pós-operatório de 6 meses. (C) Aspecto inicial vista lateral direita. (D) Aspecto final vista lateral direita. (E) Aspecto inicial vista lateral esquerdo. (F) Aspecto final vista lateral esquerda.

Durante o acompanhamento clínico após 18 meses, foi possível observar a ocorrência de uma nova recidiva quando comparado o pré-operatório, 6 meses e 18 meses em uma vista frontal (**Figura 10B, 10E e 10H**), mais evidente no lado direito (**Figura 10A, 10D e 10G**), região na qual a paciente inicialmente já apresentava maior hiper mobilidade do lábio superior em comparação ao lado esquerdo (**Figura 10C, 10F e 10I**). Apesar da recidiva parcial, o resultado obtido foi considerado favorável, com redução significativa da exposição gengival em relação ao quadro inicial, além de satisfação relatada pela paciente quanto à estética do sorriso.

Figura 10 – Acompanhamento de 18 meses.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2026).

(A) Vista lateral direita do pré-operatório. (B) Vista frontal do pré-operatório. (C) Vista lateral esquerda do pré-operatório. (D) Vista lateral direita com 6 meses de acompanhante. (E) Vista frontal com 6 meses de acompanhamento. (F) Vista lateral esquerda com 6 meses de acompanhamento. (G) Vista lateral direita com 18 meses de acompanhamento. (H) Vista frontal com 18 meses de acompanhamento. (I) Vista lateral esquerda com 18 meses de acompanhamento.

6. DISCUSSÃO

Este trabalho apresentou um caso clínico de tratamento do SG. A partir de uma anamnese detalhada, associada ao exame periodontal e à documentação fotográfica inicial, foi possível identificar que a condição estava relacionada à combinação de excesso vertical de maxila, EPA e HLS. Apesar de a cirurgia ortognática com intrusão maxilar representar a opção mais indicada nesses casos, a paciente optou por não realizar esse procedimento. Considerando essa decisão e as limitações do quadro, foi proposta uma abordagem cirúrgica envolvendo gengivectomia associada à osteotomia e ao reposicionamento labial, com o objetivo de proporcionar melhora estética dentogengival (BHOLA *et al.*, 2015; HADDADI, ZARE e AZADIKHAH, 2021; DE CASTRO *et al.*, 2024).

No caso relatado, foi visto por meio da sondagem com a sonda Carolina do Norte a distância da JCE a crista óssea mostrando assim a necessidade de reposicionamento da crista alveolar, respeitando os 3 mm necessários para acomodar os tecidos supracrestais, e com o objetivo de evitar recidivas para o tratamento da EPA. Entretanto, diante do diagnóstico de excesso vertical de maxila, EPA e HLS, apenas o aumento de coroa poderia não ser suficiente para a melhora do SG, visto que a resolução completa, somente seria possível com a cirurgia ortognática. A avaliação da mobilidade labial durante o sorriso foi etapa fundamental na determinação do plano de tratamento. A CRL surge como alternativa menos invasiva quando comparada à cirurgia ortognática (FAUS-MATOSSES *et al.*, 2018).

A técnica modificada proposta por Silva *et al.* (2013), utilizada neste caso, preserva o freio labial da linha média, reduzindo morbidade cirúrgica sem comprometer a eficácia do procedimento. Estudos clínicos demonstram que essa modificação apresenta redução significativa da exposição gengival em acompanhamento de até seis meses (SILVA *et al.*, 2013). Em contrapartida, Younespour *et al.* (2021) reforçam que a manutenção do freio labial não interfere negativamente na estabilidade dos resultados (ROJO-SANCHIS *et al.*, 2023). Revisões sistemáticas recentes corroboram a previsibilidade da CRL, tanto como procedimento isolado quanto associado a outras intervenções (MENDOZA-GENG *et al.*, 2022). A redução da exposição gengival

parece estar relacionada ao aumento do comprimento funcional do lábio superior e à limitação de sua elevação durante o sorriso (ANDIJANI *et al.*, 2021; TATAKIS, 2022). No presente caso, observou-se otimização dos resultados estéticos após a associação da CRL ao aumento de coroa, evidenciando melhora significativa da harmonia do sorriso.

A estabilidade a longo prazo da CRL ainda é amplamente debatida na literatura, principalmente devido à possibilidade de recidiva parcial ou total dos resultados obtidos. A recidiva é frequentemente relatada em estudos nos primeiros 6 meses de acompanhamento, podendo estar relacionada à memória muscular, que tende a reposicionar o lábio superior à sua posição original, bem como à liberação incompleta das inserções musculares durante o procedimento cirúrgico, conforme descrito por Alammari e Heshmeh (2018). Além disso, Yeh e Blanchard (2021) destacam que fatores individuais desempenham papel relevante nesse processo, incluindo o padrão de cicatrização, a espessura e elasticidade dos tecidos, o grau de atividade muscular e até mesmo o envelhecimento fisiológico, que pode alterar a dinâmica labial ao longo do tempo. Outros aspectos, como a técnica cirúrgica empregada, a quantidade de mucosa removida e o controle pós-operatório, também podem influenciar diretamente na estabilidade dos resultados. Sob esse ponto de vista, diversas estratégias adjuvantes têm sido propostas com o objetivo de reduzir as taxas de recidiva, como a realização de frenectomia associada, miotomia, dissecação mais ampla dos músculos elevadores do lábio superior, aplicação de toxina botulínica para controle temporário da atividade muscular e o uso de suturas periosteais para promover maior ancoragem tecidual (AL JASSER *et al.*, 2021; HORN, ELIAS e JOLY, 2022). Evidências mais recentes sugerem que a associação de suturas periosteais à CRL pode proporcionar maior estabilidade clínica, especialmente em acompanhamentos de 6 e 12 meses, reduzindo significativamente a recorrência do SG (MENDOZA-GENG *et al.*, 2022; AL JASSER, 2023).

Diante desse cenário, a utilização da toxina botulínica surge como uma alternativa terapêutica complementar, especialmente indicada para o controle da hiper mobilidade muscular residual. Sua aplicação promove a diminuição da contração dos músculos

elevadores do lábio superior, contribuindo para a redução da elevação excessiva durante o sorriso. Essa abordagem poderia ser considerada principalmente para o lado direito, onde há maior atividade muscular, possibilitando um refinamento do resultado estético de forma minimamente invasiva. Entretanto, ressalta-se que os efeitos da toxina botulínica são temporários, sendo necessária reaplicação periódica para manutenção dos resultados obtidos.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que:

- O correto diagnóstico dos fatores etiológicos do sorriso gengival é essencial para o planejamento terapêutico e para a escolha da abordagem cirúrgica mais adequada;
- A associação entre gengivectomia com osteotomia e reposicionamento labial demonstrou resultados satisfatórios na redução da exposição gengival e na melhora da harmonia estética do sorriso, refletindo diretamente na satisfação da paciente;
- A avaliação pós-operatória realizada em diferentes períodos foi um diferencial importante do caso, permitindo acompanhar a cicatrização, a estabilidade dos resultados e a presença de recidiva parcial da exposição gengival ao longo do tempo;
- A literatura ainda apresenta escassez de estudos com acompanhamento a longo prazo sobre técnicas associadas para tratamento do sorriso gengival, especialmente em relação à previsibilidade dos resultados e às taxas de recidiva do reposicionamento labial.

REFERÊNCIAS

ALJASSER, Reham N. A modified approach in lip repositioning surgery for excessive gingival display to minimize post-surgical relapse: a randomized controlled clinical trial. **Diagnostics**, v. 13, n. 4, p. 716, 2023.

DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics13040716>. Acessado em: 25 de junho de 2025.

ALAMMAR, A.; HESHMEH, O. Lip repositioning with a myotomy of the elevator muscles for the management of a gummy smile. **Dental and Medical Problems**, Wroclaw, v. 55, n. 4, p. 423–430, 2018. DOI: 10.17219/dmp/92317. Disponível em: <https://doi.org/10.17219/dmp/92317>. Acesso em: 06 jun. 2025.

ABU ALFARAJ, Turki M. et al. A review of current techniques in lip reposition surgery for treating excessive gingival display. **Cureus**, v. 16, n. 12, e75293, 2024. DOI: 10.7759/cureus.75293. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.75293>. Acesso em: 25 de setembro de 2025.

ALMEIDA, G. H. S. S. et al. Reposicionamento labial para correção de sorriso gengival: relato de caso clínico. **Archives of Health Investigation**, v. 7, 2018. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ARCHI/article/view/4532>. Acesso em: 02 de abril de 2025.

ARDAKANI, Mohammadreza Talebi; MOSCOWCHI, Anahita; VALIAN, Nasrin Keshavarz; ZAKERZADEH, Elham. Lip repositioning with or without myotomy: a systematic review. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 47, n. 1, p. 3-14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2021.47.1.3>. Acessado em: 04 de maio de 2025.

ARRUDA, Cesar Augusto Signori; PRATTO, Luciano Melo; DERECH, Estevo D'Agostini; SCHULDT FILHO, Guenther. Esthetic crown lengthening associated with modified lip repositioning surgery (Modified LipStat) in the treatment of excessive gingival display: a 6-year follow-up case report. **Case Reports in Dentistry**, v. 2024, p. 1-9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1155/2024/3456235>. Acessado em: 05 de outubro de 2025.

BENAOUDA, Amine. Técnicas de reposicionamento labial e Botox como tratamento do sorriso gengival: revisão sistemática integrativa. 2024. **Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU)**, Gandra, 2024. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/4668>. Acesso em: 07 de maio de 2025.

BHOLA, Monish; FAIRBAIRN, Peter J. M.; KOLHATKAR, Shilpa; CHU, Stephen J.; MORRIS, Tamaara; DE CAMPOS, Marinele. LipStaT: the lip stabilization technique—indications and guidelines for case selection and classification of excessive gingival display. **International Journal of Periodontics and Restorative**

Dentistry, v. 35, n. 4, p. 549-559, 2015. DOI: 10.11607/prd.2059. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.2059>. Acesso em: 07 de março de 2025.

CARNEIRO, Valéria Martins de Araújo et al. Dental and periodontal dimensions stability after esthetic clinical crown lengthening surgery: a 12-month clinical study. **Clinical Oral Investigations**, v. 28, p. 76, 2024. DOI: 10.1007/s00784-023-05458-5. Acessado em: 13 de abril de 2025.

DE CASTRO, A. A. et al. Multidisciplinary management of excessive gingival display: clinical considerations and long-term outcomes. **Case Reports in Dentistry**, v. 2024, Article ID 9974912, 2024. DOI: 10.1155/2024/9974912. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/9974912>. Acesso em: 02 de maio de 2025.

FAUS-MATOSSES, Vicente; FAUS-MATOSSES, Ignacio; JORNET-GARCÍA, Vicente; FAUS-LLÁCER, Vicente J. Lip repositioning technique in patients with excessive gingival display: a systematic review. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 10, n. 3, p. e291-e297, 2018. DOI: 10.4317/jced.54767. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/jced.54767>. Acesso em: 12 jun. 2025.

HADDADI, Y.; ZARE, M.; AZADIKHAH, M. Surgical management of excessive gingival display: a case report and literature review. **Clinical Case Reports**, v. 9, n. 7, e04470, 2021. DOI: 10.1002/ccr3.4470. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ccr3.4470>. Acesso em: 14 de jun. 2025.

HORN, Renata Oliveira Ribeiro; ELIAS, Carlos Nelson; JOLY, Júlio César. A lip repositioning technique using polyester threads for gummy smile treatment. **International Journal of Dentistry**, v. 2022, Article ID 3972150, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/3972150>. Acessado em: 07 de agosto de 2025.

KUMAR, K. A. Arun; NAIR, Vineeth V.; BHASKARAN, Santhosh Kumar; BHASKAR, Deepa J.; AGGARWAL, Anjali. Lip repositioning surgery for correction of excessive gingival display: a systematic review. **BioMed Research International**, v. 2021, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/9476013>. Acessado em: 08 de outubro de 2025.

MENDOZA-GENG, Andrea; GONZALES-MEDINA, Kelly; MEZA-MAURICIO, Jonathan; MUNIZ, Francisco Wilker Mustafa Gomes; VERGARA-BUENAVENTURA, Andrea. Clinical efficacy of lip repositioning technique and its modifications for the treatment of gummy smile: systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, v. 26, n. 6, p. 4243-4261, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04467-0>. Acessado em: 17 de setembro de 2025.

QALI, M.; ALSAEGH, H.; ALSARAF, S. Clinical considerations in crown lengthening: a comprehensive review. **Cureus**, v. 16, n. 11, e74314, 2024. DOI: 10.7759/cureus.74314. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.74314>. Acesso em: 13 de maio de 2025.

ROCA, Jenifer Eduarda Costa; ANTEZANA-VERA, Saul Alfredo. Relato do caso clínico de gengivoplastia para a correção do sorriso gengival. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 2086-2097, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p2086-2097. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2086-2097>. Acesso em: 13 de outubro de 2025.

ROJO-SANCHIS, Carolina; MONTIEL-COMPANY, José María; TARAZONA-ÁLVAREZ, Beatriz; HAAS-JUNIOR, Orion Luiz; PEIRÓ-GUIJARRO, María Aurora; PAREDES-GALLARDO, Vanessa; GUIJARRO-MARTÍNEZ, Raquel. Non-surgical management of the gingival smile with botulinum toxin A: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 4, p. 1433, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12041433>. Acessado em: 05 de setembro de 2025.

SALIHU, Besir; AGANI, Zana; DEMIRI, Arta Sinanaj. Lip repositioning surgery: a simple smile and life transformation procedure. **Case Reports in Dentistry**, v. 2024, Article ID 6156806, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1155/2024/6156806>. Acessado em: 19 de junho de 2025.

SANTOS, T. C. R. dos et al. Gengivoplastia associada a osteotomia para harmonização de sorriso gengival: um estudo de caso. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 11, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i11.4382. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i11.4382>. Acesado em: 24 de maio de 2025.

SANTOS-PEREIRA, J. et al. Effectiveness of lip repositioning surgeries in the treatment of excessive gingival display: a systematic review. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 32, n. 3, p. 197-206, 2020. DOI: 10.1111/jerd.12559. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jerd.12559>. Acesso em: 02 de fevereiro 2026.

SILVA, César Oliveira et al. Modified lip repositioning technique for the treatment of gummy smile. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 71, n. 11, p. 1883-1889, 2013. DOI: 10.1016/j.joms.2013.04.035. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.04.035>. Acesso em: 11 de outubro de 2025.

SUBER, Jason S. et al. Botulinum toxin type A for the treatment of a gummy smile. **Aesthetic Surgery Journal**, v. 34, n. 3, p. 432-437, 2014. DOI: 10.1177/1090820X13519991. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090820X13519991>. Acesso em: 17 de novembro. 2025.

TAGLIAFIERRO, N. Reposicionamento labial convencional versus modificado na abordagem combinada do tratamento do sorriso gengival: revisão narrativa. 2021. **Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade Fernando Pessoa**, Porto, 2021. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10737>. Acesso em: 12 de setembro de 2025.

TATAKIS, Dimitris N. Excessive gingival display: etiology, diagnosis and treatment considerations. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 12, n. 4, p. 220-228, 2022.

DOI: 10.1002/cap.10167. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cap.10167>. Acesso em: 10 de maio de 2025.

TATAKIS, Dimitris N.; SILVA, Cléverson O. Contemporary treatment techniques for excessive gingival display caused by altered passive eruption or lip hypermobility. **Journal of Dentistry**, v. 138, p. 104711, 2023.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104711>. Acessado em: 08 de abril de 2025.

YOUNESPOUR, S. *et al.* Evaluation of lip repositioning surgery with preservation of the labial frenulum in treatment of excessive gingival display. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 33, n. 8, p. 1153-1160, 2021. DOI:

10.1111/jerd.12725. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jerd.12725>. Acesso em: 03 de abril de 2026.

ANEXOS

ANEXO I: APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correção do sorriso gengival por meio de gengivectomia com osteotomia e reposicionamento cirúrgico labial: Relato de caso

Pesquisador: Átala Vinicius Vitor Nobre

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93792925.2.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.049.005

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa Intitulado: Correção do sorriso gengival por meio de gengivectomia com osteotomia e reposicionamento cirúrgico labial: Relato de caso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso clínico de correção do sorriso gengival por meio de gengivectomia com osteotomia e reposicionamento labial cirúrgico.

Objetivos Secundários: não se aplicam

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste trabalho estão relacionados, à possibilidade de quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e informações não autorizadas pelo paciente, o que poderia resultar em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou a terceiros. Contudo, todos os cuidados serão tomados para que a identidade do paciente não seja revelada, sendo que a autorização para o uso de imagens será obtida

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 8.049.005

expressamente por meio do TCLE.

Adicionalmente, por se tratar de um procedimento cirúrgico, existem riscos inerentes como: sangramento excessivo, dor e edema no pós-operatório, infecção local, deiscência de sutura, desconforto funcional temporário, necessidade de medicação analgésica e anti-inflamatória, além da possibilidade de recidiva parcial dos resultados. Tais riscos, entretanto, serão minimizados mediante a adoção de técnicas cirúrgicas padronizadas, cuidados assépticos rigorosos, acompanhamento clínico pós-operatório adequado e prescrição medicamentosa quando necessária.

Benefícios:

Em contrapartida, este estudo apresenta benefícios tanto no âmbito científico quanto clínico. Ele contribuirá para o aprimoramento do diagnóstico da etiologia do sorriso gengival, permitindo maior acurácia na diferenciação entre fatores musculares, dentoalveolares e esqueléticos. Além disso, fornecerá subsídios para o aprimoramento da abordagem terapêutica, auxiliando na seleção da técnica mais apropriada a cada caso e no planejamento de tratamentos mais previsíveis, seguros e eficazes a longo prazo.

Riscos e Benefícios bem descritos e atendem as diretrizes da Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Odontologia, do Centro Universitário Christus. O Projeto atende aos aspectos éticos e legais de uma pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Projeto de Pesquisa segue as diretrizes da Resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de Pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 8.049.005

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2690673.pdf	07/11/2025 21:14:09		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	07/11/2025 21:13:46	Atila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/11/2025 21:13:13	Atila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/11/2025 11:41:39	Atila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	07/11/2025 11:41:30	Atila Vinicius Vitor Nobre	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	07/11/2025 11:41:21	Atila Vinicius Vitor Nobre	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Dezembro de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Deborah Maria de Aguiar, inscrito na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus, declaro responder corretamente ao questionário acima e submeto-me às seguintes regras do setor de clínicas da instituição:

- coloco-me à disposição dos professores para a realização de todos os exames necessários para o diagnóstico correto da minha doença;
- concedo aos professores autorização para a realização de fotografias, utilização de dados pessoais, exames por imagem e laboratoriais, quando portador de alguma enfermidade ou enquadrado dentro de um protocolo de pesquisa, desde que respeitadas as normas do comitê de ética em pesquisa;
- participar das atividades do Espaço de Promoção da Saúde, pois este constitui parte do processo de atendimento ofertado pela Clínica Escola de Odontologia, contribuindo para a ampliação dos conhecimentos acerca da saúde em geral e do autocuidado;
- observar a orientação dos professores/alunos/recepcionistas quanto ao agendamento dos atendimentos evitando faltas;
- estou ciente e de acordo que duas faltas consecutivas, sem aviso prévio e sem justificativa implicará em desligamento do atendimento;
- qualquer conduta/comunicação virtual e/ou presencial que venha a constranger, intimidar, ou assediar alunos/professores/funcionários da Clínica Escola de Odontologia, implicará em desligamento imediato do atendimento.

Fortaleza, 21 de setembro de 2024.

Deborah Maria de Aguiar
Assinatura do paciente ou responsável legal

ANEXO III: QUESTIONÁRIO CLÍNICO-ANAMNÉSICO

QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

Esteve sob algum tratamento médico nos últimos 12 meses? (S) (N)

Qual? _____

Está sob algum tratamento médico? (S) (N)

Qual? _____

Já se submeteu a alguma cirurgia? (S) (N)

Qual? _____

Alguma vez foi hospitalizado? (S) (N)

Hospital/ data/ motivo

Alguma vez foi submetido à radioterapia ou irá se submeter a esse tratamento? (S) (N)

Data/ região/ dose de radiação

Alguma vez foi submetido à quimioterapia ou irá se submeter a esse tratamento? (S) (N)

Perdeu ou ganhou peso ultimamente? (S) (N)

Por quê? _____

CS Digitalizada com CamScanner

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alguma história de problemas de estômago, intestinos ou fígado? (S) (N)

Caso sim, especifique _____

Alguma história de hepatite ou icterícia? (S) (N) ~~(X)~~

Alguma história de distúrbios com a alimentação, tais como anorexia nervosa ou bulimia? (S) (N) ~~(X)~~

Caso sim, especifique _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Alguma limitação do movimento dos braços e das pernas? (S) (N) ~~(X)~~

Alguma artrite ou outro problema das articulações? (S) (N) ~~(X)~~

Algum problema com fraqueza muscular ou distrofia muscular? (S) (N) ~~(X)~~

Tem Osteoporose/Osteopenia? (S) (N) ~~(X)~~

Fez uso de bisfosfonatoS (Ex: Alendronato)? (S) (N) ~~(X)~~

Qual/Posologia? _____

Obs.: _____

DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

Você já fez algum tratamento para alguma doença sexualmente transmissível ou doença infectocontagiosa? (S) (N)

Qual? _____

É portador de alguma doença sexualmente transmissível ou doença infectocontagiosa? (S) (N)

Qual? _____

Teve relação sexual desprotegida nos últimos 12 meses? (S) (N)

Você pratica sexo oral desprotegido? (S) (N)

Obs.: _____

HISTÓRICO FAMILIAR

Em sua família existe ou existiu algum caso de:

Câncer, diabetes, hipertensão, infarto, AVE, problemas renais, doenças cardiovasculares? (S) (N)

Qual? Hipertensão



Digitalizada com CamScanner

SISTEMA ENDÓCRINO

- Alguma história de diabetes? (S) (N)
- Qual? _____
- Alguma história de distúrbio da tireóide ou de outros distúrbios glandulares? (S) (N)
- Qual? _____

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

- Alguma história de paralisia cerebral, ataques epiléticos, convulsões, desmaios ou perda da consciência? (S) (N)
- Caso sim, especifique _____
- Algum distúrbio sensorial (visão, audição)? (S) (N)
- Caso sim, especifique _____
- Algum problema de aprendizagem, comportamento, nervosismo excessivo ou comunicação? (S) (N)
- Caso sim, especifique _____
- Tem dores de cabeça frequentes? (S) (N)
- Já fez tratamento psiquiátrico? (S) (N)
- Quando? Por quê? _____
- Tem ou teve algum problema neurológico? (S) (N)
- Qual? _____

SISTEMA URINÁRIO

- Alguma história de infecção das vias urinárias, de problemas de bexiga ou dos rins? (S) (N)
- Qual? _____

SISTEMA HEMATOPOÉTICO E LINFÁTICO

- Alguma vez recebeu transfusão de sangue ou de alguns produtos sanguíneos? (S) (N)
- Por quê? _____
- Alguma história de anemia ou de doença falciforme? (S) (N)
- Apresenta equimoses com facilidade, sangra pelo nariz ou excessivamente quando sofre pequenos cortes? (S) (N)
- Caso sim, especifique _____
- Alguma história de linfonodos ingurgitados ou dolorosos? (S) (N)
- Tem leucemia? (S) (N)
- Tem hemofilia? (S) (N)
- Já teve hemorragia? (S) (N)
- Em que região / Por quê? _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

- Alguma história de pneumonia, fibrose cística, asma, falta de ar ou dificuldade para respirar? (S) (N)
- Caso sim, especifique _____

Está grávida? Não

Quantas semanas? _____

Consome bebida alcoólica?

Qual? _____ Frequência? 1x por mês Desde _____

Consome drogas ilícitas?

Qual? _____ Frequência? _____ Desde _____ (S) (N)

Fuma?

O que? _____ Frequência? _____ Desde _____ (S) (N)

Atualmente está tomando algum medicamento?

Medicamento/ Posologia _____ (S) (N)

ALERGIAS

É alérgico a algum medicamento ou a alguma outra substância?

Qual? _____ (S) (N)

Já se submeteu à anestesia odontológica?

Teve alguma reação? _____ (S) (N)

Qual? _____

Já se submeteu à anestesia geral?

Por quê? _____ (S) (N)

Tem alergia a iodo?

_____ (S) (N)

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Tem ou teve algum problema cardiovascular?

Qual? _____ (S) (N)

Alguma história de lesão cardíaca por febre reumática?

Sente palpitações ou dores no peito? _____ (S) (N)

Sente falta de ar ou cansaço a esforços leves?

É hipertenso? _____ (S) (N)

Valor médio da hipertensão _____

Medicação em uso _____

Sangra muito quando se corta ou quando extrai dente? _____ (S) (N)

Já sofreu Acidente Vascular Encefálico (AVE)? _____ (S) (N)

Costuma ter pés ou pernas inchados? _____ (S) (N)


HISTÓRIA ODONTOLÓGICA E PREVENÇÃO

Qual frequência você vai ao dentista? mês inteiro (3 a 3 meses)

Quando foi sua última consulta? _____

Tem com dor de dente ou algum outro problema odontológico imediato? (S) ~~(N)~~

Alguma vez sofreu traumatismo da boca, dos dentes ou dos maxilares (queda, pancada)? (S) ~~(N)~~

Caso sim, especifique _____

Alguma vez teve experiência negativa com o tratamento dentário? (S) ~~(N)~~

Qual? _____

A sua dieta contém muitos alimentos com açúcar? (S) ~~(N)~~

A sua dieta contém muitos alimentos/bebidas ácidas? (S) ~~(N)~~

Tem (ou teve) algum hábito parafuncional oral? (S) ~~(N)~~

Qual? _____

Sente/sentiu estalidos ou dor ao mastigar ou bocejar? ~~(S)~~ (N)

Tem/teve dores de cabeça frequentes ou dor nos olhos, ouvidos e bochechas? (S) ~~(N)~~

Com que frequência escova os dentes? 3x ao dia

Usa fio dental? ~~(S)~~ (N)

Usa pasta com flúor? ~~(S)~~ (N)

Sua gengiva costuma sangrar? (S) ~~(N)~~

Seus dentes são sensíveis à mudança de temperatura? (S) ~~(N)~~

Seus dentes são sensíveis a alimentos doces? (S) ~~(N)~~

Costuma ter aftas frequentemente? (S) ~~(N)~~

Tem ou teve algum outro problema de saúde não mencionado neste questionário? (S) ~~(N)~~

Qual? _____