

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

KÉZIA RAFAELY BRAVOS PANCIERI

**REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR:
Relato de Caso Clínico**

**BELÉM/PA
2018**

KÉZIA RAFAELY BRAVOS PANCIERI

REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR:
Relato de Caso Clínico

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará como Requisito Parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Lurdete Maria Rocha Gauch

BELÉM/PA

2018

KÉZIA RAFAELY BRAVOS PANCIERI

REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR:
Relato de Caso Clínico

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará como Requisito Parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Belém, 21 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Lurdete Maria Rocha Gauch
Orientadora

Prof^o Dr^o Sandro Cordeiro Loretto
Coorientador

Prof^a Dr^a Andréa Maia Corrêa Joaquim
Examinadora

Prof^a Dr^a Simone Soares Pedrosa
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois foi Ele quem me deu a oportunidade de chegar até aqui, me deu forças para continuar e sabedoria para me tornar uma pessoa melhor a cada nova etapa que a caminhada expunha.

À minha mãe, Marcilene, e minha avó, Geralda, que nunca mediram esforços para fazerem-se presentes, mesmo distantes fisicamente; que nunca se abstiveram de ajudar ou apoiar incondicionalmente; que me ensinaram a ter princípios e a agir com humanidade frente às necessidades do outro; que se iluminavam mais que a mim mesma quando me viam de jaleco ou ouviam um elogio direcionado a mim. Amo vocês!

À minha irmã, Yla, e meu cunhado, Felipe, que foram meu apoio presente; que aturaram minhas crises de mau humor por insegurança; que me chamaram atenção quando quis vacilar e sair do trilho; que tiveram paciência para me ver amadurecer e mudar de perspectiva e de atitude; que viram inúmeras vezes a sala de casa tomada por materiais odontológicos em saquinhos estéreis de todos os tamanhos e cores e nunca se irritaram; que me fizeram rir de mim mesma quando eu me levava muito a sério. Vocês foram maravilhosos!

Ao meu pai, Alberico, que esteve comigo todas as manhãs como uma mensagem positiva de como começar o dia. Obrigada, meu pai.

À minha orientadora, Prof^a Lurdete, que acreditou mais em mim do que eu poderia acreditar; que transformou apenas uma faísca da paixão pela prótese em um amor para a vida toda; que me fez entrar em colapso interno quando me confiou meu primeiro caso do zero para planejar. Seu incentivo foi muito importante. Muito obrigada pela confiança e paciência.

À Prof^a Andréa, que nunca se dispôs em ajudar, seja na clínica correndo de um lado a outro, seja por telefone na madrugada corrigindo artigo; que nunca me deixou

ficar de braços cruzados diante da necessidade de um paciente; que sempre esteve a postos para um abraço carinhoso inconfundivelmente perfumado. Uma “mãezona” postiça!

Às nossas atendedoras-auxiliares, que animam o dia com alguma boa nova, um café ou algo doce; à Rita e à Iaiá (apelido carinhoso), que sempre me alimentaram; à Sol que me fazia companhia até altas horas na clínica, fosse de manhã, à tarde ou à noite.

À D. Hidê, responsável pelos estagiários no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Obrigada pela oportunidade e por ter me ensinado a viver a Odontologia, a ser mais humana, a ser doce mesmo quando precisa vestir uma armadura e ir a guerra. E à todos os funcionários do hospital, do setor de Odontologia, que me ensinaram muito e me acolheram gentilmente pelos pouco mais de 1 ano de estive lá.

Por último, mas não menos importante, às minhas “duplas”: Daniel e Lucas, aos quais eu chamo muito carinhosamente de “maridos”. Duas amigadas que começaram sem explicação e se tornaram reais, embaçadas em companheirismo, parceria verdadeira. Pessoas tão diferentes, mas tão parecidas a ponto de entender tudo com um olhar, mesmo por debaixo dos óculos e da máscara. Vocês estiveram do meu lado durante essa caminhada, incentivando e contribuindo da maneira que fosse possível. Obrigada pelas experiências e ensinamentos divididos. Vocês foram as melhores “duplas-maridos” que eu poderia ter.

A todos que contribuíram de alguma forma para que isto se tornasse real, o meu muito obrigada.

REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR: Relato de Caso Clínico

AESTHETIC-MULTIDISCIPLINARY FUNCTIONAL REHABILITATION: Clinical Case Report

RESUMO

O sorriso harmonioso é uma exigência fundamental na vida social moderna, de modo que, a alteração do padrão de normalidade da estrutura dentária implica diretamente na necessidade de sua correção. O englobamento de um bom diagnóstico, planejamento do tratamento e procedimentos terapêuticos favorecem uma reabilitação multidisciplinar, podendo ter-se uma visão geral do tratamento a ser realizado, bem como uma coordenação de várias especialidades para resolver diferentes problemas encontrados. Paciente JRLR, 62 anos, gênero masculino, pardo, diabético tipo II e hipertenso controlado, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFGPA) queixando-se principalmente do tamanho e cor dos dentes. Os prejuízos na cor e/ou forma dos dentes podem ser tratados a partir de diferentes métodos, sendo que a abordagem deve ser sempre aquela mais conservadora possível e que assegure os requisitos estéticos básicos. A reabilitação oral de um indivíduo pode ser alcançada através de técnicas simples e de baixo custo, mesmo que isto aumente o tempo de cadeira e o número de procedimentos. Esta tem maior chance de restabelecer-se quando há uma colaboração entre profissional e paciente, ambos dedicando-se em prol de um mesmo objetivo.

Palavras-chave: Desgaste dentário severo; Dimensão vertical oclusal; Restauração direta.

ABSTRACT

A harmonious smile is a fundamental requirement in modern social life, in such a way, that changing the normal pattern of dental structure directly implies the need for correction. Obtaining a good diagnosis, treatment planning and therapeutic procedures, favours a multidisciplinary rehabilitation, being able to have a complete overview of the treatment to be performed, as well as a coordination of several specialties to solve different problems found within. Patient JRLR, 62 years old, male, brown, diabetic type II and controlled hypertension, sought the Faculty of Dentistry of the Federal University of Para (FO-UFGPA) complaining mainly about the size and color of the teeth. The damages in the color and / or shape of the teeth may be treated with the use of different methods, and the approach should always be as conservative as possible and ensuring the basic aesthetic requirements. Oral rehabilitation of an individual can be achieved through simple and inexpensive techniques, even if this increases the time and number of procedures. This has a greater chance of reestablishing itself when there is a collaboration between professional and patient, both dedicating themselves towards the same goal.

Key words: Severe tooth wear; Occlusal vertical dimension; Direct restoration.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	7
2. RELATO DE CASO.....	11
3. DISCUSSÃO.....	19
4. CONCLUSÃO.....	25
5. REFERÊNCIAS.....	26

INTRODUÇÃO

A Odontologia nas últimas décadas tem passado por várias mudanças, principalmente em relação à correção de fatores estéticos como forma, tamanho, alinhamento e cor dos dentes, além dos tecidos periodontais, visando à melhoria da harmonia do sorriso (Sossai et al., 2011), tendo como marco o momento em que os procedimentos adesivos se tornaram seguros e, assim, os profissionais começaram a ter a possibilidade de resoluções estéticas por meio de procedimentos diretos com resinas compostas e indiretos com cerâmicas adesivas (Freitas et al., 2011). Variáveis que muitas vezes dificultam o correto diagnóstico de qual técnica e qual material são mais adequados para cada situação clínica (Marques et al., 2010). Cardoso et al. (2011) explicam que as facetas de resina composta e facetas cerâmicas são estratégias restauradoras para dentes que apresentam restaurações deficientes, com alterações de cor, forma e dentes não vitais escurecidos. As facetas de resina composta apresentam vantagens como recontorno estético, rapidez, segurança, eficácia, menor custo se comparado às cerâmicas, exclui etapas laboratoriais, provisórios e moldagens.

O conceito da Odontologia Restauradora atual preconiza que, para qualquer tipo de procedimento, o profissional deve sempre optar pelo tratamento mais conservador, isto é, com maior preservação de estrutura dental sadia (Marques et al., 2010).

Dentro deste contexto, as pessoas vêm vivenciando uma intensa pressão social em torno do “sorriso perfeito e branco” como padrão de beleza (Sossai et al., 2011). O sorriso harmonioso é uma exigência fundamental na vida social moderna, de modo que, a alteração do padrão de normalidade da estrutura dentária implica diretamente na necessidade de sua correção (Alves et al., 2016), além de problemas estéticos gengivais como as recessões e excessos gengivais sobre as superfícies dentais (Silva et al., 2013).

As recessões gengivais são caracterizadas pela migração da margem gengival para uma posição além da junção amelo-cementária, resultando em uma coroa clínica maior, podendo ocorrer também a hiperestesia dentinária, maior susceptibilidade à cárie radicular, maior acúmulo de placa e inflamação. Sua etiologia é multifatorial, constituída por um conjunto de fatores predisponentes, associados a fatores desencadeantes, podendo ser localizada ou generalizada (Cunha, 2014). Diversos fatores podem estimular este desagradável e antiestético defeito como: inflamação gengival, trauma por escovação, mau posicionamento dental e fatores iatrogênicos locais (Sena et al., 2017). Diante dos problemas causados pelas recessões gengivais, tratamentos cirúrgicos periodontais são indicados com o objetivo de aliviar a sintomatologia dolorosa causada e corrigir defeitos estéticos (Guimarães et al., 2012), como também recuperar a simetria e harmonia gengival (Alves et al., 2016). Dentre as diferentes técnicas cirúrgicas, a que apresenta maior previsibilidade é o Enxerto Gengival de Tecido Conjuntivo Subepitelial (Langer e Langer, 1985).

O diagnóstico e o tratamento das patologias que afetam os tecidos dentais são complexos e necessitam de intervenções multidisciplinares. A reabsorção externa cervical (REC) caracteriza-se pela invasão da região cervical da raiz pelo tecido fibrovascular nas fases iniciais e, em seguida, por tecido fibro-ósseo, que progressivamente reabsorve o cimento, a dentina e o esmalte. Em casos mais avançados, pode levar à inflamação gengival e a pulpíte, mas por contaminação bacteriana secundária. A exata causa da REC é mal compreendida e pelo fato de ser uma doença insidiosa, aparece sem apresentar sintomas específicos, mas é amplamente aceito que a lesão ou deficiência da camada de cimento que protege a dentina radicular, abaixo da inserção epitelial, expõe a superfície radicular atraindo osteoclastos, responsáveis pela reabsorção da dentina (Silva e Gesteira, 2015; Guimarães, 2016). Em associação ao fator desencadeante, a contamina-

ção bacteriana é o fator de manutenção mais importante da reabsorção inflamatória externa, pois a presença de infecção e restos necróticos do tecido pulpar perpetua a inflamação periodontal na superfície radicular externa (Minuzzi, 2017).

A radiografia é um excelente recurso auxiliar no diagnóstico das reabsorções radiculares, devido a sua facilidade de obtenção. Contudo, ela tem limitações, pois se trata da imagem bidimensional de um objeto tridimensional e daí a dificuldade encontrada no diagnóstico de lesões periapicais, fraturas radiculares e reabsorções dentais, pela sobreposição de imagens nestas tomadas radiográficas (Silva et al., 2015).

Quantos aos esforços mastigatórios, os dentes posteriores têm como principal função suportar as forças no seu longo eixo. Quando ocorre a perda destes dentes posteriores há sobrecarga nos dentes anteriores que, por sua vez, têm como função suportar esses mesmos esforços mastigatórios, mas agora no sentido horizontal devido à anatomia de suas raízes. A proteção mútua entre os segmentos anterior e posterior da cavidade oral é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo resultará em sérios problemas, como o colapso oclusal, que leva a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores, podendo provocar desde mudança do posicionamento adequado reações como reabsorções, desgaste dentais, fraturas coronárias e radiculares, o que gera possível necessidade de intervenções restauradoras (Bugiga et al., 2016). A perda cumulativa de substância dentária (independente da causa) acaba por causar uma redução da DVO, muitas vezes criando uma má oclusão de pseudo Classe III (incisivos em relação de topo a topo) (Mesko et al., 2016).

O restabelecimento da oclusão de pacientes parcialmente desdentados torna-se mais complexo à medida que o espaço protético aumenta (Silva et al., 2011). Isso pode ocorrer em consequência da perda de dentes posteriores que gera desgastes dos elementos remanescentes e leva a vestibularização dos dentes anteriores superiores (Costa,

2002), ou seja, diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). A alteração na DVO se configura como uma das principais consequências da disfunção do sistema mastigatório. As implicações clínicas dessa alteração impossibilitam a reabilitação oral sem que antes se tenha optado por um tratamento, onde haja o estabelecimento de uma DVO, da guia anterior, estabilidade oclusal e estética. Muitos autores têm sugerido a recuperação definitiva da DVO através de próteses e/ou restaurações, como forma de confirmar a perda da dimensão e, posteriormente, restabelecer o plano oclusal ou melhorar a harmonia facial (Rodrigues et al. 2010).

O englobamento de um bom diagnóstico, planejamento do tratamento e procedimentos terapêuticos favorecem uma reabilitação multidisciplinar, podendo ter-se uma visão geral do tratamento a ser realizado, bem como uma coordenação de várias especialidades para resolver diferentes problemas encontrados. Uma etapa fundamental de um planejamento é o enceramento de diagnóstico, que permite previsibilidade e resultado estético, principalmente para o paciente que tem a dificuldade de imaginar as possíveis modificações que podem ser realizadas em seu sorriso. Permite ainda redefinir a morfologia dentária individualmente para cada paciente, como também, executar um ensaio restaurador, confeccionar provisórios e peças definitivas em cerâmicas com base na morfologia do enceramento (Alves et al, 2016). Cardoso et al. (2011) defendem a confecção do *mock up* ou ensaio restaurador, justificando a facilidade para avaliação prévia do resultado e ajuste tanto da cor quanto da forma, previamente ao trabalho definitivo, sendo possível a realização em modelos *in vivo* ou digitalmente. Marques et al. (2010) acrescentam afirmando gerar menor risco biológico, estético e funcional, além de permitir demonstrar várias opções de tratamento, como também a simulação do resultado estético e aceitação prévia do tratamento pelo paciente. Decurcio et al. (2012) assegura que a não realização de *mock up* pode trazer dificuldades para o profissional

em devolver a estética ao paciente, pois há mais possibilidade de erros no planejamento, devido à falta de visualização prévia da forma, posição e proporção das futuras restaurações.

O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de um paciente que estava insatisfeito com a estética e cor de seus dentes, demonstrando a importância da reabilitação oral envolvendo as diferentes especialidades odontológicas. Este caso clínico apresentava desgastes dentários anteriores e posteriores, ausências de elementos dentários, desarmonia tanto dentária quanto periodontal, com diminuição de DVO. O tratamento proposto ao paciente foi multidisciplinar, envolvendo desde tratamento periodontal, cirúrgico (exodontia de alguns elementos), endodôntico, Prótese Parcial Removível (PPR) provisória, dentística restauradora, seguindo à execução da reabilitação oral.

RELATO DE CASO

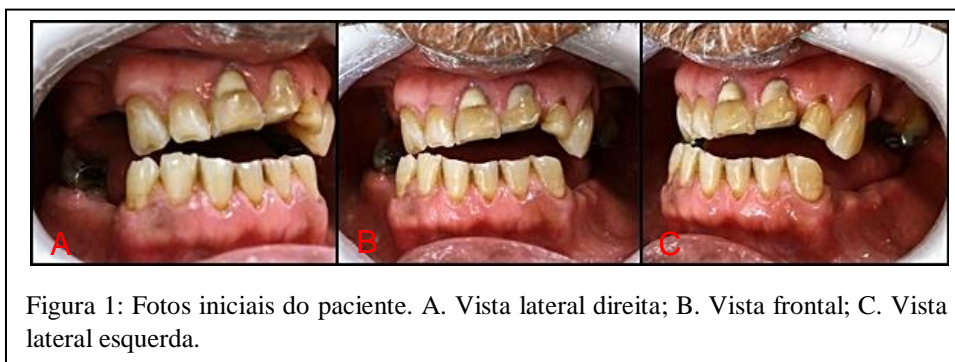
Paciente JRLR, 62 anos, gênero masculino, pardo, diabético tipo II e hipertenso arterial controlado, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFPA) queixando-se principalmente do tamanho e cor dos dentes.

O paciente foi avaliado através de anamnese detalhada, exame clínico extra e intraoral, além da obtenção das radiografias periapicais. Através do exame clínico intraoral, observou-se:

- a) presença de placa bacteriana e cálculos dentários;
- b) recessão gengival: de Classe I de Miller nos dentes 12, 13, 21, 22, 31, 32, 33, 41, 43; de Classe II de Miller nos dentes 11, 23, 27;
- c) lesão não-cariosa do tipo abfração nos dentes 11 e 21;
- d) ausências dos dentes 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 28, 34, 36, 37, 38, 44, 47, 48;

- e) raízes residuais dos dentes 35 e 45;
- f) desgastes dentários: severo na coroa nos dentes 11, 21 e 22; médio na coroa nos dentes 31, 32 e 41; leve na coroa nos dentes 12, 13, 23, 33, 43 e 44;
- g) restauração de amálgama escurecida, sugestiva de infiltração no dente 27;
- h) alteração cromática nos dentes remanescentes 11, 12, 13, 21, 22, 23, 27, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 46;
- i) perda de DVO;
- j) lesão periapical no dente 22, observada através da radiografia periapical.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado ao paciente que concordou em participar do tratamento reabilitador, assinando-o. Então, os exames complementares laboratoriais, Hemograma Completo, Glicemia em Jejum e Coagulograma foram solicitados. Em seguida fotografou-se o paciente, extra e intra-oralmente (Figura 1). Notou-se que o paciente apresentava duas posições, sendo uma em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) e outra em Relação Cêntrica (RC) durante a estabilização da mandíbula (Figura 2).



O tratamento se seguiu com sessões de raspagem subgingival para a remoção de cálculo dentário em todos os dentes, recebendo orientações de higiene oral, descrevendo a correta remoção de placa bacteriana (escovação dental e uso do fio dental). Posterior-

mente removeu-se o tecido cariado do dente 11 e a cavidade classe V foi restaurada provisoriamente com cimento ionômero de vidro (CIV) restaurador (Maxxion R, cor A2 – FGM).

A cirurgia de exodontia para remoção das raízes residuais dos dentes 35 e 45, foi precedida pela profilaxia antibiótica com 2g (dois gramas) de Amoxicilina, 01 (uma) hora antes do procedimento cirúrgico, visto que se apresentavam com lesão periapical. Após 08 (oito) dias, foram removidas as suturas observando que a cicatrização estava satisfatória.



Com a cicatrização dos alvéolos cirúrgicos, iniciou-se o clareamento dentário em consultório (Figura 3), com gel de Peróxido de Hidrogênio (Clareador Whiteness HP Blue 35% - FGM), com auxílio de dessensibilizante (Desensibilize KF 2% - FGM), com intervalo de 07 (sete) dias para cada sessão afim de alcançar uma cor mais clara favorecendo o tratamento restaurador dos dentes.



Figura 3: Resultado pós-clareamento dentário. A. Vista lateral direita; B. Vista frontal; C. Vista lateral esquerda.

A moldagem anatômica com hidrocolóide irreversível (Jeltrate presa regular – Dentsply) para obtenção dos modelos que foram montados em articulador semi-ajustável (Bio-Art 4000-s) e enceramento de diagnóstico (Figura 4).

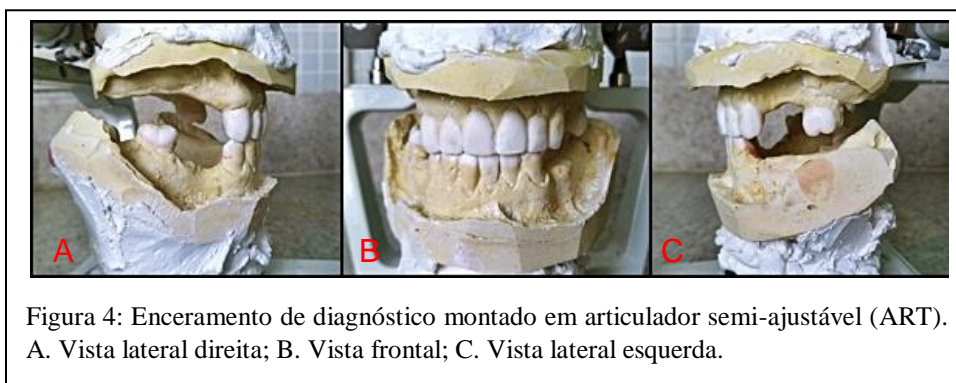
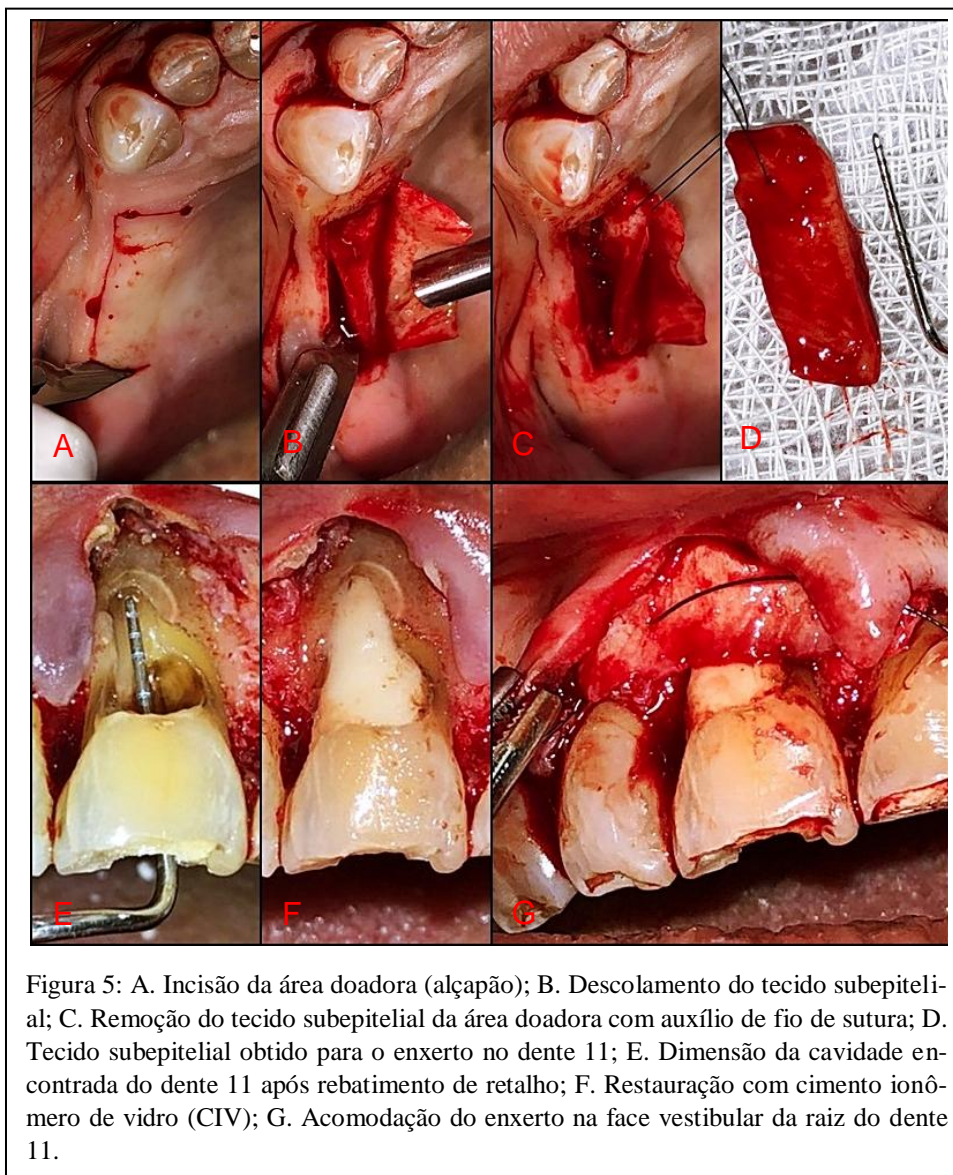


Figura 4: Enceramento de diagnóstico montado em articulador semi-ajustável (ART). A. Vista lateral direita; B. Vista frontal; C. Vista lateral esquerda.

Uma nova moldagem anatômica dos modelos encerados foi feita com hidrocolóide irreversível (Jeltrate presa regular – Dentsply) para confecção de Prótese Parcial Removível (PPR) provisória superior e inferior, para restabelecimento da DVO.

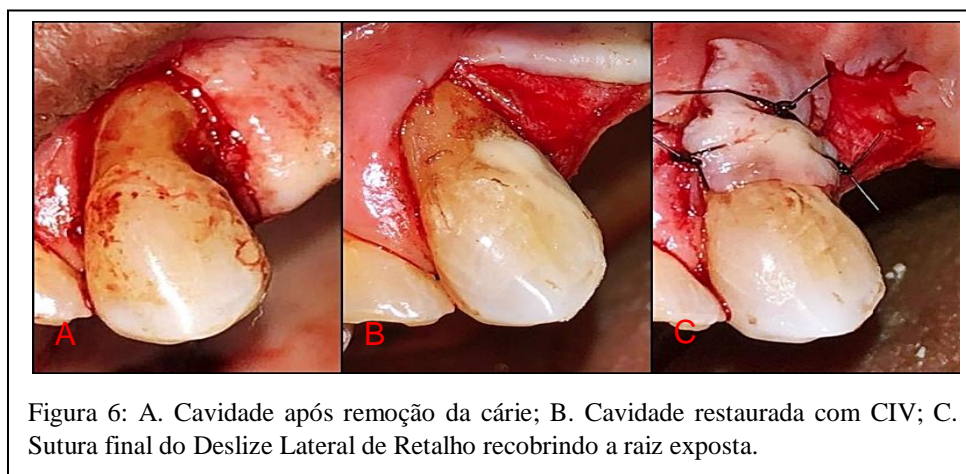
Iniciou-se a terapia endodôntica através dos testes de percussão horizontal e vertical, além do teste de vitalidade (sensibilidade ao frio) nos dentes 12, 11, 21 e 22. Os dentes 11 e 22 apresentaram resposta negativa, indicando tratamento endodôntico. Iniciou-se o tratamento no dente 11, onde radiograficamente notava-se imagem radiolúcida circunscrita, sugestiva de reabsorção radicular interna. Ao iniciar o acesso intraradicular, observou-se que essa reabsorção interna se comunicava com a face vestibular, na altura do terço cervical da raiz. Colocou-se a medicação intracanal no terço médio da raiz e selou-se o conduto radicular com material provisório (Coltosol – COLTENE). No

dente 22 foi feito o acesso intra-radicular, limpeza de conduto e a medicação intracanal, aguardando para finalizar o tratamento junto com o dente 11.



Com o resultado dos exames laboratoriais, programou-se a cirurgia periodontal. Com tudo, após os achados endodônticos, foi realizado um retalho de espessura total para expor a superfície radicular removendo o tecido comprometido, seguido de tratamento mecânico da superfície radicular através da raspagem com cureta de Gracey 5-6 afiada e tratamento químico da comunicação com ácido fosfórico a 37% (Condac 37% – FGM), por 2 minutos, seguido de irrigação abundante com soro fisiológico por 30 segundos. O conduto foi preenchido com cone de Guta-percha e selada a comunicação

com CIV restaurador (Maxxion R, cor A2 – FGM) sem polimento. Foi empregada a técnica do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial (Figura 5), obtido a partir de um retalho no palato, na região lingual dos pré-molares superiores. No dente 23, beneficiando-se do rebatimento do retalho da região anterior, removeu-se a cárie presente na face distal, seguindo à restauração com CIV (Maxxion R, cor A2 – FGM), e posterior recobrimento radicular utilizando-se a técnica do Deslize Lateral de Retalho (Figura 6), para recobrimento radicular. O pós-operatório de 90 (noventa) dias foi acompanhado com registros fotográficos para observar a evolução da cicatrização e o controle de higiene oral. O procedimento no dente 23 não alcançou o resultado esperado, do recobrimento, pois o paciente fazia uso de escova com cerdas médias.



Em seguida, finalizou-se o tratamento endodôntico nos dentes 11 e 22, através da obturação dos condutos radiculares com cimento endodôntico (Sealer 26 – Dentsplay, Maillefer).

Um registro negativo – matriz – com elastômero denso (Silicone de Condensação Optosil/Xantopren – KULZER) foi obtido para confecção e instalação do *mock up* em resina bisacrílica (Protemp 4 – 3M) de canino a canino das arcadas superior e inferior, com o objetivo de demonstrar ao paciente qual seria o resultado final da reabilitação

oral. Houve a instalação das PPRs provisórias superior e inferior para restabelecimento de DVO.

Então se iniciaram as sessões de facetamento em resina composta fotopolimerizável (Vittra APS – FGM), iniciando a primeira sessão com os dentes 31, 32, 41, 42; a segunda sessão com os dentes 33 e 43; ambos a partir da moldagem do *mock up* em elastômero denso (Silicone de Condensação Optosil/Xantopren – KULZER) para confecção de matriz como guia restaurador e ajuste oclusal.



Figura 7: A. Instalação das coroas construídas em resina composta fotopolimerizável nos dentes 11, 21 e 22; B. Coroas cimentadas.

Em seguida, facetamento dos dentes 12, 13, 23 e ajuste oclusal. Foi obtida uma nova moldagem da arcada superior do modelo encerado com hidrocolóide irreversível (Jeltrate presa regular – Dentsply) para preparo e confecção das coroas unitárias construídas com resina composta fotopolimerizável (Vittra APS – FGM) dos dentes 11, 21 e 22. Na sessão seguinte, instalou-se as coroas unitárias de resina composta fotopolimerizável nos dentes 11, 21 e 22 (Figura 7), seguido de ajuste oclusal inicial das mesmas, usando o carbono odontológico (Accu Film II Red/Black - Parkell). As coroas foram descontaminadas utilizando condicionamento ácido (Condac 37% – FGM), seguido de

silanização (Prosil – FGM) e então cimentadas com cimento resinoso dual (RelyX U200 – 3M).

Seguiu-se com a substituição das restaurações antigas de amálgama por restaurações em resina composta fotopolimerizável (Vittra APS – FGM) nos dentes 27 e 46. Após todos os ajustes concluídos, o paciente mostrou satisfação com todo o resultado (Figura 8).



Figura 8: Resultado final. Paciente com facetas diretas nos incisivos e caninos inferiores, coroas construídas em resina composta fotopolimerizável nos incisivos e caninos superiores, PPRs provisórias superior e inferior para aumento de DVO.

Uma nova moldagem anatômica foi obtida através das arcadas do paciente (Jeltrate presa regular – Dentsply) para confecção da placa miorreaxante. Esta placa foi instalada e os devidos ajustes oclusais foram realizados. O paciente foi orientado a usar a placa para dormir, praticar exercícios de força ou quando sob estresse. Assim como instruções para higienizar a placa em água corrente após o uso e acondicionar em recipiente fechado, limpo e seco. Para manter a placa higienizada, imergir em vasilhame com água e 01 colher de sopa de água sanitária por 04 horas, uma vez por semana ou usar pastilha desinfetante *Corega Tabs*, 01 vez por semana, por 10 minutos.

DISCUSSÃO

Nos tempos atuais, o cirurgião-dentista é, com frequência, solicitado não apenas para restaurar esteticamente dentes com lesões unitárias simples, mas também reabilitar

dentições que sofreram alterações funcionais e estéticas significativas durante longo período de tempo, devido a fatores genéticos, negligência do paciente ou falta de tratamento com abordagem multidisciplinar. Essas alterações se apresentam em consequência de alinhamento irregular dos dentes, colapso oclusal e periodontal ou quaisquer combinações deles (Silva et al., 2013). Para Alves et al. (2016) os prejuízos na cor e/ou forma dos dentes podem ser tratados a partir de diferentes métodos, sendo que a abordagem deve ser sempre aquela mais conservadora possível e que assegure os requisitos estéticos básicos.

Alves et al. (2016) ainda alega que o enceramento de diagnóstico ou *max-up* é uma etapa fundamental no planejamento, pois permite a previsibilidade do tratamento reabilitador estético, associado com *mock up* proporcionando a confecção de provisórios diretos com resina composta ou indiretos com resina acrílica ou bis-acrílica.

Marques et al. (2010) explica que o *mock up* é a transferência de um material provisório que permanece na boca do paciente por alguns dias, para que seja verificado se houve adequação com o planejamento estético proposto, podendo haver necessidade de modificações para um melhor resultado final. Ele permite a simulação do provável resultado estético e funcional, além de oferecer menor risco biológico, podendo ainda demonstrar diversas configurações de tratamento (forma e tamanho dos dentes), o que facilita a comunicação com o paciente, pois promove uma motivação quanto procedimento que será realizado, visto que alguns deles têm dificuldade de imaginar todas as possíveis modificações que podem ser realizadas em seu sorriso após a conclusão das etapas.

Uma das etapas mais importantes e indispensáveis em trabalhos protéticos extensos é o restabelecimento da dimensão vertical, que é definida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula

(Bugiga et al., 2016), buscando encontrar a DVO e a DVR (Dimensão Vertical de Repouso). Segundo Valenga et al. (2016), a correta determinação da DVO é um dos pontos chave do tratamento reabilitador protético. Sua correta determinação tem como objetivo restabelecer a função e a estética.

Os fatores essenciais para o planejamento em prótese afim de determinar a manutenção ou restabelecimento da DVO para a otimização do trabalho protético (Ditterich, 2009) são avaliação da perda de suporte posterior, história de desgaste dentário, distância interoclusal e aparência facial do paciente. O relacionamento entre maxila e mandíbula no sentido vertical permite não somente uma aparência estética satisfatória, mas principalmente um equilíbrio muscular durante os processos de mastigação, deglutição e fala (Pegoraro, 1998). A perda dos dentes posteriores culmina na sobre-função dos dentes anteriores frente aos esforços mastigatórios, tendendo a provocar a projeção dos dentes anteriores no sentido vestibular, causando desgastes dentais severos e, conseqüentemente, a perda da dimensão vertical (Bugiga et al., 2016), que leva à perda de tonicidade da musculatura facial deixando a pele flácida (Turano et al., 2004).

Bugiga et al. (2016) defendem a opção de reabilitar o paciente por meio de próteses provisórias para possibilitar uma adaptação gradual da nova altura oclusal sendo passível de ajustes, além do restabelecimento de uma condição aceitável e de normalidade ao complexo estomatognático, afirmando que nenhum método é superior ao outro, e o recomendável é a associação de diversas técnicas, como métodos estéticos, métrico e fonético para determinação da DVO.

Em pacientes com grau acentuado de desgaste dos dentes anteriores, envolvendo praticamente todo o terço incisal, na posição de Máxima Intercuspidação Habitual (MIH), praticamente não há espaço. Isto pode ser evidenciado também pela ausência de overjet e overbite, durante a análise dos movimentos excursivos da mandíbula. Uma vez

identificados e controlados os fatores causais, deve-se procurar meios de atender aos requisitos estéticos e funcionais do paciente (Marques et al., 2010). Para Guedes et al. (2005) a estabilização da mandíbula em Relação Cêntrica (RC), que é uma posição mais posterior, fisiológica e reprodutível, favorece o ganho de espaço para reanatomização de dentes anteriores desgastados.

Higashi et al. (2007) afirmam que aqueles casos em que já existe um comprometimento razoável da cor, com escurecimento médio ou elevado, a alternativa restauradora invariavelmente exigirá um preparo do remanescente dental, visando uma espessura e campo de trabalho para a execução de uma faceta. Alves et al. (2016) mostra que algumas causas podem proporcionar essa variação cromática nos elementos dentários, entre elas, as mais ocorrentes, são manchas por tabagismos, dieta rica em pigmentos, traumatismo dentário, fatores congênitos e processos cariosos, que independente de serem fatores intrínseco ou extrínseco, podem ser minimizados. Para Cardoso et al. (2011), Higashi et al. (2007) e Alves et al. (2016) para dentes escurecidos, o clareamento dental prévio sempre deve ser proposto como tratamento inicial, tendo como objetivo amenizar as alterações de cores, proporcionando assim uma harmonia na posterior reabilitação.

Diante de perdas dentárias limitadas ao terço incisal dos dentes anteriores, as restaurações diretas com resina composta podem ser efetivas no restabelecimento das guias anteriores. Smales e Berekally (2007) e Silva et al. (2013) apontam vantagens na indicação de técnicas minimamente invasivas com as restaurações diretas com resinas compostas, denominada odontologia adesiva, a nova concepção no tratamento restaurador. Entre esses procedimentos adesivos, está a confecção de facetas diretas em resina composta, que consiste na aplicação e escultura de uma ou mais camadas desse material sobre a superfície dental. A execução dessas restaurações tornou-se popular nos últimos anos graças a, especialmente, dois fatores: possibilidade de conservação de estrutura

dental sadia e excelentes resultados estéticos que elas podem possibilitar (Baratieri et al., 2000), levando em consideração também o baixo custo, dispensar a confecção de pino e núcleo, longevidade aceitável, possibilidade de reparo, facilidade de substituição em caso de falhas mais extensas. Uma grande desvantagem das restaurações diretas com resina composta seria a dificuldade operatória, ou seja, o profissional precisa ser habilidoso, ter um conhecimento sólido de oclusão e garantir um efetivo controle de umidade do campo operatório. Apesar disso, muitos profissionais ainda veem com desconfiança o que a literatura vem mostrando sobre o sucesso clínico das técnicas com as resinas compostas diretas (Mesko et al., 2016).

Além disso, uma maior atenção tem sido dada aos tecidos gengivais. Harmonia e simetria do contorno, arquitetura e coloração da gengiva devem estar perfeitas, para não influenciar negativamente os trabalhos reabilitadores (Silva et al, 2013), como as recessões gengivais, que podem ser definidas como a migração da margem gengival para apical em relação à junção cimento-esmalte, expondo a superfície radicular (Pereira, 2007). Os principais fatores são os locais e mecânicos. Alguns fatores locais da recessão gengival podem ser causados devido a posição em que os dentes se encontram na arcada dentária, a oclusão traumática e em função da reduzida faixa de gengiva inserida. Dentre os fatores mecânicos, pode se destacar a escovação de forma traumática. Porém, para que haja uma recessão gengival, em muitos casos, é necessária a união dos mesmos (Sena et al., 2017). Além do comprometimento estético, ela pode acarretar problemas funcionais, como a hipersensibilidade dentinária, o risco de desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas e a cárie radicular (Pereira, 2007). Cirurgias plásticas periodontais podem ser utilizadas para o recobrimento radicular utilizando várias técnicas, com destaque para o enxerto de tecido conjuntivo, que apresenta resultados excelentes e pre-

visíveis em recessões Classe I e II de Miller, indicando uma alternativa viável e altamente previsível para o tratamento destas recessões gengivais (Melo et al., 2015).

O princípio desta técnica é a colocação de um enxerto conjuntivo entre a superfície radicular desnuda e um retalho epitelial preparado previamente (Pereira, 2007). Esse tipo de técnica apresenta diversas vantagens, dentre elas, a similaridade de coloração entre o enxerto e o tecido gengival adjacente, o fornecimento do suporte sanguíneo para o perióstio e para o enxerto no leito receptor, o que minimiza a probabilidade de necrose tecidual e insucesso da técnica, além de corrigir, de forma satisfatória, a hipersensibilidade dentinária, recessões isoladas e largas ou múltiplas e pequenas abfrações cervicais, além de proporcionar a reabilitação anatômica do periodonto de proteção, como também, o emprego do enxerto pode prevenir a recorrência das recessões (Sena et al., 2017). Hägewald et al. (2002) defendem essa técnica afirmando que a finalidade do tratamento das recessões não é apenas recobrir raiz exposta, mas proporcionar estabilidade ao tecido mole sobre a superfície radicular, formar nova inserção de tecido conjuntivo, devolver estética ao paciente e solucionar o problema de sensibilidade. No entanto, Cunha (2014) aponta que essa técnica necessita de dois campos operatórios, pois utiliza também o tecido palatino como área doadora, aumentando o risco de complicações pós-operatórias, como dor e ruptura dos vasos sanguíneos da área.

Guimarães et al. (2012) e Melo et al. (2015) concluíram que ainda assim a técnica cirúrgica do enxerto conjuntivo subepitelial se mostra bastante confiável e com altos índices de sucesso em relação à cobertura de raízes, sendo considerado o “padrão ouro”.

Consolaro (2012) explica que a Reabsorção Externa Cervical (REC) é o termo clínico utilizado para descrever uma forma específica de reabsorção radicular externa, que se inicia na região cervical da raiz, logo abaixo do epitélio juncional, na região correspondente à junção ameloementária. Esta junção é considerada o ponto frágil para as

reabsorções na superfície radicular devido ao fato do contato entre o esmalte e o cimento não apresentar uma morfologia uniforme e constante, sendo na maioria das vezes, irregular e de contorno serrilhado.

Guimarães (2016) mostra, através de uma revisão de literatura, que alguns autores consideram o REC puramente inflamatório, enquanto outros como reabsorção asséptica, que pode ser invadida, secundariamente, por microrganismos oriundos do sulco gengival e, mais raramente dos túbulos dentinários em dentes com polpa necrótica. Para Minuzzi (2017) há um fator desencadeante para propiciar condições ao meio e um fator de manutenção para que este processo seja mantido. Já Consolaro (2012) afirma que uma reabsorção que se iniciou externa, pode atingir o tecido pulpar pela contaminação bacteriana e túbulos dentinários, estabelecendo uma condição de comunicação da lesão com o meio externo e interno.

Quanto às possibilidades de tratamento para as reabsorções cervicais externas a literatura relata: o levantamento de retalho gengival – a incisão irá se estender de, pelo menos, um elemento dentário para mesial e um para distal do elemento a ser tratado –, que permite o acesso às áreas de reabsorção e seu preenchimento com material funcional, biológica e esteticamente favorável, com excelente prognóstico. Consistindo, basicamente, em sanar o processo patológico, restaurar a cavidade da reabsorção e impedir a continuidade do processo reabsorção (Silva et al., 2015; Guimarães 2016).

Segundo Consolaro e Bittencourt (2016), ao se fechar a janela ou porta de entrada da cavidade da reabsorção, com o material restaurador biocompatível e esteticamente aceito, os vasos são cortados e não há mais comunicação com o tecido periodontal, removendo qualquer nutrição ou possibilidade do processo reabsortivo continuar.

A intervenção endodôntica é realizada para reduzir os microrganismos e neutralizar os produtos tóxicos presentes neste tipo de patologia, pois em casos de necrose,

mesmo após a correta execução do preparo químico-mecânico e adequada manutenção da cadeia asséptica, microrganismos permanecem no interior do canal radicular. Por isso, a importância de uma obturação adequada visando promover o vedamento do canal radicular, não oferecendo condições à proliferação destes microrganismos. (Minuzzi, 2017).

CONCLUSÃO

Concluiu-se que reabilitação oral de um indivíduo pode ser alcançada através de técnicas simples e de baixo custo, mesmo que isto aumente o tempo de cadeira e o número de procedimentos. Esta tem maior chance de restabelecer-se quando há uma colaboração entre profissional e paciente, ambos dedicando-se em prol de um mesmo objetivo.

Os resultados foram satisfatórios por parte do círculo social em que o paciente está inserido e, principalmente, por parte do paciente. Nitidamente notou-se o afloramento da autoestima, da autoconfiança, do prazer em sorrir e em se comunicar.

A Saúde Bucal é um fator importante e deve ser levada em consideração quando se debate sobre a saúde geral, pois ela afeta não só a estética, mas também a confiança, a percepção de sociedade e comunicação, a nutrição, a autoestima, as oportunidades profissionais e tudo aquilo que liga bem estar e equilíbrio do ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Sossai N, Verdinelli EC, Bassegio W. Clareamento Denta. Revista Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 3, p. 425-436, set/dez. 2011.
2. Freitas KM, Oliveira PEF, Paranhos HFO, Muglia VA, Pardini LC. Avaliação do grau de satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais. Rev Paul de Odontol 2001; 23(6):25-28.
3. Marques JIS, Fernandes CMO, Cardoso PC, Torres EM, Rocha SS. Reabilitação Estética-Funcional com Ajuste Prévio da Oclusão em Relação Cêntrica – Caso Clínico. Rev Odontol Bras Central 2010;19(51).

4. Cardoso PC, Decurcio RA, Pacheco AFR, Monteiro LJR, Ferreira MG, Lima PLA, Silva RF. Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental: Estratégias para Dentes Escurecidos – Direct Composite Resin Veneers and Dental Whitening: Strategies for Discolored Teeth. *Rev Odontol Bras Central* 2011;20(55).
5. Alves NV, Santana TAT, Landim EVF, Tavares GR. Reabilitação Estética e Funcional do Sorriso: Revisão de Literatura – Rehabilitation Beauty and Functional Smile: Literature Review. *Revista Interfaces*, v. 3(9), pp. 25-30, 22 de Abril, 2016.
6. Silva W, Sousa LO, Leal L, Silva W. Integração Multidisciplinar nas Reabilitações Estéticas Adesivas Multidisciplinary integration in adhesive aesthetic rehabilitations. *Rev Clín Inter J Braz Dent, Florianópolis*, v.9, n.2, p. 72-77, abr./jun. 2013.
7. Cunha FA. Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico – Decision regarding the Choice of Technique for Root Coverage: Clinical Case. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2014; 16(4): 321-7.
8. Sena LSB, Silva NS, Andrade JM, Sousa JNL. Associação de Técnicas Cirúrgicas Periodontais para Recobrimento de Recessões Múltiplas e Controle da Dor Pós Operatória com Laserterapia: Relato De Caso – Association of periodontal surgical techniques for covering multiple recessions and control of postoperative pain with lasertherapy: case report. *Braz J Periodontol – December 2017 - volume 27 - issue 04 - 27(4):86-90.*
9. Guimarães G, Romano TG, Nardo AP, Aleixo RQ. Case Report - Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Gingival Recession Class II. *Saber Científico Odontológico, Porto Velho*, 2 (1): 84 - 94, jan/jun., 2012.
10. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56(12):715-20.
11. Silva RL, Gesteira MFM. Reabsorção radicular cervical externa: relato de caso – Root resorption cervical external: case report clinical. *Rev ciênc méd Biol, Salvador*, v. 14, n. 1, p. 107-112, jan./abr. 2015.
12. Guimarães LM. Reabsorção Radicular Externa Cervical Invasiva: Revisão de Literatura. [Tese de Curso de Especialização em Endodontia]. Belo Horizonte/MG, 2016.
13. Minuzzi ED. Reabsorção Dentária Externa: Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico [Tese de Curso de Especialização em Endodontia]. Porto Alegre/RS, 2017.
14. Bugiga FB, Colpo FL, Anzolin D, Kreve S. Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - relato de caso clínico. *J Oral Invest*, 5(2): 45-52, 2016.
15. Mesko ME, Cenci MS, Loomans B, Opdam N, Pereira-Cenci T. Reabilitação oral do desgaste dentário severo com resina composta – Oral rehabilitation of severe tooth wear through composite resin. *RFO, Passo Fundo*, v. 21, n. 1, p. 121-129, jan./abr. 2016.
16. Silva MCVS, Carreiro AFP, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD; Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso. *R bras ci Saúde*, v. 15 n. 4 p. 455-460 2011.
17. Costa MM, Oliveira RP, Faria IFP, Prado CJ, Oliveira JEC. Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. *PCL Rev bras prótese clín Lab* 2002; 4(17):8-16.
18. Rodrigues RA, Bezerra PM, Santos DFS, Filho ESDD. Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional - relato de caso. *Int J Dent, Recife*, 9(2):96-101, abr./jun. 2010.
19. Decurcio RA, Cardoso PC, Rodrigues DC, Corrêa EJB, Rogers GJ. O Uso do Mock-up na Otimização e Precisão do Resultado da Cirurgia Plástica Periodontal – The use of a mock-up for achieving precision and optimization of the outcome of periodontal plastic surgery. *Clín. int. j. Braz. Dent., Florianópolis*, 74-85 janeiro-março 2012.

20. Valenga S. Métodos para determinação da dimensão vertical de oclusão [Tese de Curso de Especialização em Prótese dentária]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de Piracicaba – UNICAMP; 2016.
21. Ditterich RG, Romanelli MV, Souza Junior JA. Dimensão vertical e relação central em prótese removível: análise e discussão dos métodos de obtenção. *Publ UEPG Biol Health Sci*: Ponta Grossa 2009; 11 (3): 79-87.
22. Pegoraro LF, et al. *Prótese Fixa*. 7ª Ed; 192-196. São Paulo/SP: Série EAP/APCD/Artes Médicas; 1998.
23. Turano JC, Turano LM. *Fundamentos de Prótese Total*. 7ª Ed; 265-296. São Paulo/SP: Livraria Santos Editora Ltda; 2004.
24. Guedes FP, Junior A, Friction J, Hathaway K, Decker K. *Oclusão, dores orofaciais e cefaléia*. 1ª Ed. São Paulo/SP: Editora Santos; 2005.
25. Higashi C, Gomes JC, Kina S, Andrade OS, Hirata R. *Planejamento estético em dentes anteriores*. *Odontologia estética – Planejamento e Técnica*. 2ª ed, cap. 7; p.139-154. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2006.
26. Smales RJ, Berekally TL. Long-term survival of direct and indirect restorations placed for the treatment of advanced tooth wear. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2007; 15(1):2-6.
27. Baratieri LN, Andrada MAC, Arcari GM, Ritter AV. Influence of post placement in the fracture resistance of endodontically treated incisors veneered with direct composite. *J Prosthet Dent*, Saint Louis, v.84, n.2, p.180-184, Aug. 2000.
28. Mesko ME, Sarkis-Onofre R, Cenci MS, Opdam N, Loomans B, Pereira-Cenci T. Rehabilitation of severely worn teeth: a systematic review of clinical studies. *J Dent* 2016; 48:9-15.
29. Pereira MLM. *Considerações sobre a etiologia, classificação e recobrimento das recessões gengivais* [Tese de Curso de Especialização em Periodontia]. Curitiba: Associação Brasileira de Odontologia; 2007.
30. Melo PCCR, Soares LGR, Falabella MEV. Recobrimento Radicular Com Enxerto De Tecido Conjuntivo – Root coverage with connective tissue graft. *PerioNews* 2015;9(1):34-41.
31. Hägewald S, Spahr A, Rompola E, Haller B, Heijl L, Bernimoulin JP. Comparative study of Emdogain and coronally advanced flap technique in the treatment of human gingival recessions. A prospective controlled clinical study, *J clin periodontol*, 2002;29(1):35-41.
32. Consolaro A. *Reabsorções Dentárias nas Especialidades Clínicas*. 3ª Ed. Maringá/PR: Dental Press Editora; 2012.
33. Consolaro A, Bittencourt G. Reabsorção dentária externa: não se faz o canal para trata-la! *Dental Press Endod.*, v.6, n. 3, p. 7-11, 2016.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTARIA Nº 227/2017-ICS

Ementa: Cadastro do Projeto de Extensão

O Diretor Geral do Instituto de Ciências da Saúde no uso das atribuições que lhe conferem o Estatuto e o Regimento Geral da UFPA, e,

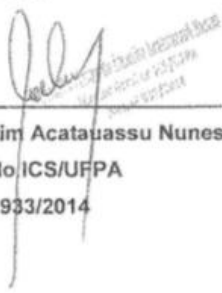
Considerando o cumprimento às decisões da Resolução nº 3298/2005-CONSEP, que dispõe sobre as atividades de Extensão na Universidade Federal do Pará, e,

Considerando o Cadastro do Projeto de Extensão, constante no Processo 003330/2017-55 e aprovado na Quinta Reunião Extraordinária realizada pela Congregação do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA, no dia 20/Abril/2017, resolve,

Aprova o Cadastro do Projeto de Extensão intitulado "Educação Continuada para Integração Interdisciplinar dos conhecimentos aplicados a reabilitação oral", de responsabilidade da Faculdade de Odontologia, pelo período de 01/Março/2017 à 28/Fevereiro/2018, sob a Coordenação do(a) Prof(a). Lurdete Maria Rocha Gauch, com alocação de cinco horas de Carga Horária.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE

Belém-PA, 25 de Abril de 2017.


Prof. Dr. Mauro de Amorim Acatuassu Nunes
Diretor Geral do ICS/UFPA
Portaria N. 933/2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Eu Jose Roberto Lima Rocha,
RG 412593/SSP/PA, declaro que fui informado(a) pelo(a) cirurgião(ã)-
dentista Quiricle M^a Rocha Gauch, CRO 1884, responsável pelo
acadêmico(a) Kezia Rafaely Braves Ramcieri, que o tratamento
proposto está sujeito à riscos e intercorrências. Além dos fatores acima, fui esclarecido(a) que o
tratamento tem um índice de insucesso e, como todos os procedimentos de saúde, o resultado
esperado também poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como: a resposta
biológica, e limitações da ciência, além de outras variações de ordem local ou sistêmica. Informo
que discuti com o(a) cirurgião(ã)-dentista minha história de saúde geral, inclusive as doenças
conhecidas por mim. Declaro, igualmente, com base no Código de Defesa do Consumidor – Lei
nº 8.078 de 11/09/90, que além das possíveis intercorrências citadas acima, fui devidamente
informado(a) sobre os propósitos dos procedimentos. Quanto às alternativas de tratamento, fui
esclarecido(a) sobre as vantagens e desvantagens. Portanto, aceito e autorizo a execução do
tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações do(a) cirurgião(ã)-
dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos
realizados e comparecer pontualmente às consultas marcadas. Tenho ciência de que o(a)
cirurgião(ã)-dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do
tratamento e que também responde por todos os insucessos decorrentes de falha técnica na
execução de seus serviços. Estou ciente também que terei que seguir todas as recomendações.
Autorizo para fins de arquivo da documentação comprobatória, para fins de ensino, a realização
de registros fotográficos, modelos de estudo e publicação científica do trabalho realizado.
Declaro ainda que todas as minhas perguntas foram respondidas e que uma explicação detalhada
do tratamento me foi fornecida, juntamente com uma via deste documento.

Belém, 26 de setembro de 2017

Jose Roberto Lima Rocha
Paciente

NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO NA REVISTA ABO NACIONAL

A **Revista ABO Nacional** é uma publicação semestral da Associação Brasileira de Odontologia, dirigida à classe odontológica e aberta à publicação de artigos inéditos nas categorias de pesquisa científica e relatos de caso(s) clínico(s). Artigos de revisão da literatura, bem como matérias/reportagens de opinião, só serão aceitos em caráter especial, mediante análise do Conselho Editorial Científico. Os artigos devem ser enviados por email revistaabo@gmail.com em arquivo de texto Word com as seguintes partes:

- **PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO:** deve conter o nome de todos os autores (no máximo 6; se houver necessidade de um número maior, explicar o que cada autor realizou no trabalho para justificar este maior número de autores), titulação dos autores (uma para cada autor) e endereço de correspondência e eletrônico.

- **PÁGINA DE TÍTULO:** Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, palavras-chave e key-words. Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão; devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5) devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

- **Artigo:** Os artigos devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico. Reservam-se os direitos autorais do artigo publicado, inclusive de tradução, permitindo-se, entretanto, a sua reprodução como transcrição e com a devida citação da fonte (Declaração de Transferência de Direitos Autorais).

Todos os artigos são analisados pelo Conselho Editorial Científico, que avalia o mérito do trabalho. Aprovados nesta fase, os artigos são encaminhados ao Conselho Consultivo (revisão por pares), que, quando necessário, indica as retificações que devem ser feitas antes da edição.

Os artigos devem atender à política editorial da Revista e às instruções aos autores, baseadas no Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (estilo Vancouver), elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). O idioma do texto pode ser o português (neste caso, com título, keywords e abstract em inglês), ou o inglês. Sendo em inglês, título, palavras-chave e resumo devem apresentar-se traduzidos para o português pelo autor.

Os artigos devem ser digitados (fonte Times New Roman, corpo 12) em folha de papel tamanho A4, com espaço duplo e margens laterais de 3 cm, e ter até 15 laudas com 30 linhas cada (incluindo ilustrações).

- **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:** Exige-se declaração assinada pelo autor e coautor(es), responsabilizando-se pelo trabalho e transferência dos direitos autorais (ver modelo adiante).

- **FIGURAS:** As imagens digitais (no máximo de 10) devem ser no formato JPEG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpis de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo. As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes e todas as figuras devem ser citadas no texto, as figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto.

- **TABELAS E GRÁFICOS:** as tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto; devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto. Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo. Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável);

- **ÉTICA** Estudos que envolvam seres humanos ou animais, ou suas partes, bem como prontuários e resultados de exames clínicos, devem estar de acordo com a Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos. É necessário o envio do documento comprobatório desta legalidade aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, o qual deve ser citado no texto do item Material e Métodos ou Relato de Caso, conforme a categoria do trabalho.

- ESTRUTURA DO TEXTO

Estrutura do texto

A – Trabalho de Pesquisa Científica INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS (Quando necessários, devem ser mencionados os nomes dos participantes, instituições e/ou agências de fomento que contribuíram para o trabalho), REFERÊNCIAS

B – Trabalho de relato de caso(s) clínico(s): INTRODUÇÃO, RELATO DE CASO, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS, REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

No máximo em número de 30. Devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, de acordo com o estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Disponível em: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Publicações com até seis autores, citam-se todos; além de seis, acrescentar em seguida ao sexto a expressão et al.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>)

Exemplos: Artigo de periódico com até seis autores: Sisti SN, Ozbas H. Comparative Micro-computed Tomographic Evaluation of the Sealing Quality of ProRoot MTA and MTA Angelus Apical Plugs Placed with Various Techniques. J Endod. 2017;43(1):147-151.

Artigo de periódico com mais de seis autores: Bastos JV, Silva TA, Colosimo EA, Côrtes MI, Ferreira DA, Goulart EM, et al. Expression of Inflammatory Cytokines and Chemokines in Replanted Permanent Teeth with External Root Resorption. J Endod. 2017; J Endod 2017;43(1):203– 209.

Livro Newman MG. Carranza. Periodontia Clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan; 2004.

Dissertação e Tese Ferreira TLD. Ultra-sonografia – recurso imagiológico aplicado à Odontologia [dissertação de mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Formato eletrônico Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de Iniciação Científica e X Mostra de Pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PI-BIC2008?dd1=2306&dd99=view>

Como citar os autores no texto:

Citação Direta – Citar os nomes dos autores no texto com seus respectivos números sobrescritos e data entre parênteses. Quando houver dois autores, mencionar ambos ligados pela conjunção “e”; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguido da expressão et al.

Ex: Loe et al.² (1965) comprovaram que o acúmulo de placa bacteriana está relacionado com o desenvolvimento da gengivite.

Citação Indireta – com número sobrescrito no final da frase.

Ex: Estudo comprovou que o acúmulo de placa bacteriana está relacionado com o desenvolvimento da gengivite².