



CURSO DE ODONTOLOGIA

MARIANA VIEIRA SOUZA

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM RECUPERAÇÃO DO
ESPAÇO BIOLÓGICO: RELATO DE CASO**

**PROSTHETIC REHABILITATION WITH RECUPERATION
OF BIOLOGICAL SPACE: CASE REPORT**

SALVADOR
2018.1

MARIANA VIEIRA SOUZA

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM RECUPERAÇÃO DO
ESPAÇO BIOLÓGICO: relato de caso**

**PROSTHETIC REHABILITATION WITH RECOVERY OF
BIOLOGICAL SPACE: case report**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Bittencourt

Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Gustavo Cavalcante Bastos

SALVADOR

2018.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir que tudo isso acontecesse, me guiando, me dando forças e sabedoria para que eu concluísse o meu curso. A minha mãe Rosemara, por todo apoio, incentivo e por não medir esforços para conclusão dessa etapa da minha vida. Ao meu orientador, Prof. Dr. Sandro Bittencourt por todo ensinamento e paciência ao me ajudar a desenvolver esse trabalho. A Prof.^a Dra. Érica Del Peloso por ter cedido o caso. Ao meu namorado João Gabriel por toda compreensão. Ao meu amigo Marcos pelo apoio durante esse período, e finalmente a minha paciente Daniela, por toda a confiança e disponibilidade para a finalização desse caso.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCURSSÃO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO

ANEXO 2 – DIRETRIZES PARA AUTORES

RESUMO

A realização do preparo protético intrasulcular deve respeitar as medidas do espaço biológico e os padrões estéticos, possibilitando assim a manutenção da saúde periodontal e uma adequada adaptação protética. Existem situações clínicas como cárie subgingival, fratura e perfuração dentária, que impedem a realização do preparo protético respeitando a distância do espaço biológico, fazendo-se necessário a realização de cirurgias periodontais ou procedimentos ortodônticos quem tenham como finalidade o reestabelecimento desse espaço. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico no qual foi realizada cirurgia para a recuperação do espaço biológico possibilitando a reabilitação protética. A paciente compareceu ao Centro Odontológico da Bahiana necessitando de confecção da prótese fixa para conclusão do tratamento da unidade 14. Após a confecção do preparo protético, foi diagnosticada a invasão do espaço biológico através da realização do exame clínico e radiográfico, necessitando do aumento da coroa clínica como forma de tratamento. A coroa final foi instalada 4 meses após a cirurgia. Conclui-se que se faz necessária a cirurgia pré-protética para a obtenção de uma medida adequada da base do preparo protético até a crista óssea, evitando inflamação gengival, perda de inserção clínica e perda óssea, favorecendo a longevidade da prótese.

Palavras-chave: espaço biológico, prótese dentária, cirurgia bucal.

ABSTRACT

The preparation of the patient for prosthetic treatment should respect biological width, as well as aesthetic patterns, thus enabling periodontal health preservation and prosthetic adaptation. Some clinical situations like subgingival caries, fracture and tooth perforation prohibit the preparation, so the biological width is respected; therefore it is necessary periodontal surgery or orthodontic procedures in order to reestablish the width. This project describes a clinical case which a surgery was performed for recovering the width to have prosthetic rehabilitation. The patient has been to Bahiana Odontological Center in need of fixed dental prosthesis for finishing the unit 14 treatment. After prosthetic preparing, a clinical and radiographic examination diagnosed invasion of the biological space, so the dental crown was increased 4 months after the surgery as a treatment. In conclusion, a pre-prosthetic surgery is necessary to have an appropriate measurement from the base to the alveolar bone crest, avoiding gingivitis, clinical insertion and bone loss, facilitating prosthesis longevity.

Keywords: biological width, dental prosthesis, dental surgery.

1. INTRODUÇÃO

A preservação de um periodonto saudável está fortemente relacionada com sucesso da prótese dentária. Muito se discute na literatura sobre a profundidade do preparo protético e a sua influência sobre a condição periodontal quando há invasão do espaço biológico. Para a preservação da saúde periodontal, é preciso um limite restaurador supragengival, porém a necessidade estética preconiza que o preparo protético seja intrasulcular com uma distância 2 a 2,5 mm coronário da crista óssea alveolar (1). Em 1961, Gargiulo et al (2), descreveram uma relação dimensional regular dos componentes dentogengival, obtendo as seguintes medidas: profundidade do sulco gengival – 0,69 mm, epitélio juncional – 0,97 mm e a inserção conjuntiva – 1,07 mm observadas em diferentes dentes, faces e fases de erupção. No mesmo estudo, definiram o espaço biológico como a porção do periodonto entre a margem do sulco gengival e a crista óssea alveolar possuindo uma distância 3,0 mm (2). A partir de novos estudos, pelo fato do sulco histológico não possuir aderência a estrutura dentária, outros autores passaram a definir o espaço biológico englobando somente o epitélio juncional e a inserção conjuntiva (3,4), sendo necessário respeitar essa distância do preparo protético até a crista óssea para preservar a saúde periodontal.

Para o diagnóstico da invasão do espaço biológico, é fundamental a realização do exame clínico medindo a distância da crista óssea alveolar a borda do sulco gengival (5,6), juntamente com a radiografia interproximal que auxilia no planejamento do procedimento cirúrgico para evitar exposição da

furca em dentes multirradiculares e danos ósseos na estrutura do dente vizinho (7).

Lesões cariosas, fratura da coroa-raiz, perfuração endodôntica ou restaurações preexistentes em nível subgingival são os principais responsáveis pelo comprometimento da integridade do periodonto devido a invasão das distâncias biológicas (3,5,8,9). A preservação dessas distâncias é fundamental para a aderência do epitélio juncional e inserção de fibras conjuntivas da gengiva à estrutura dentária (9). Essa invasão conduz a consequências que variam de acordo com o biótipo gengival (5), tendo como as principais, a inflamação gengival, perda de inserção clínica e perda óssea, causando bolsas periodontais profundas e/ou recessão gengival (1,4,5,10). Com isso, para que se obtenha um tratamento restaurador sem que ocorra prejuízo aos tecidos de sustentação, a cirurgia de aumento de coroa clínica ou a extrusão ortodôntica está recomendada (11).

O aumento de coroa clínica é o processo mais rápido para a reconstrução do espaço biológico (5). Esta cirurgia é indicada quando a estética não é um fator preponderante, devido a remoção do tecido ósseo na região dos dentes adjacentes, ocasionando a diminuição do periodonto de suporte e conseqüentemente a exposição da região cervical dos dentes envolvidos (11). Diferentemente, a extrusão dentária rápida é a melhor opção para recuperar o espaço biológico em região anterior, tendo em vista que o tecido periodontal e ósseo não acompanha a extrusão dentária, ganhando assim uma nova distância da entre a estrutura dentária saldável e a crista óssea alveolar (11).

No restabelecimento do espaço biológico através da cirurgia de aumento da coroa, é necessário a remoção óssea quando a distância desse espaço é inferior a 3,0 mm para alterar a localização da margem gengival que ocorre após a cicatrização (1,6,12,13). Essa remoção ocorre após a confecção do retalho e a retirada do tecido mole (14), através das técnicas de osteotomia e osteoplastia que utilizam instrumentos rotatórios, cinzéis e corte piezoelétrico com o intuito de obter uma remodelação óssea com contornos satisfatórios para acomodação do tecido gengival (13).

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico de invasão do espaço biológico que ocorreu devido a cárie subgengival, descrevendo a sequência cirúrgica do aumento de coroa para possibilitar a reabilitação protética.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 41 anos, sem comprometimento sistêmico, compareceu ao Centro Odontológico da Bahiana – EBMSP - relatando como queixa principal a insatisfação estética devido à quebra de uma unidade dentária. Ao realizar o exame clínico, foi constatado a ausência de algumas unidades dentárias, restaurações em resina e amálgama e a unidade 14 com grande destruição coronária devido a uma cárie subgingival. No exame radiográfico, a unidade 14 apresenta tratamento endodôntico realizado satisfatoriamente. Na avaliação periodontal, foi analisada a profundidade de sondagem das unidades presentes, na qual a paciente não apresentou bolsas periodontais, houve sangramento gengival à sondagem, havia presença de placa visível e cálculo supragengival, diagnosticando assim o quadro de gengivite associado à placa.

A partir dos exames realizados, foi planejado um tratamento integrado entre Periodontia e Prótese. Iniciou-se com a adequação do meio bucal antecedendo o procedimento cirúrgico, realizando a instrução de higiene oral, raspagem periodontal supragengival e profilaxia. Posteriormente, foi realizado a confecção do preparo protético da unidade 14, desobstrução do conduto, confecção e cimentação do núcleo metálico fundido. Em seguida, através da radiografia interproximal (Figura 1) e da sondagem transgengival, utilizando a sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA), foi possível constatar a necessidade do aumento da coroa clínica a fim de recuperar o espaço biológico, devido a distância entre o término do preparo

protético provisório e a crista óssea estar medindo 2,5 mm na face distal do dente.



Figura 1-Radiografias Inicias: a) Radiografia interproximal; b) Radiografia periapical

No pré-operatório foi solicitado os exames sanguíneos (Hemograma, Glicose em jejum e Coagulograma completo) para avaliar o estado de saúde da paciente.

Sequência Cirúrgica:

Antes do ato cirúrgico foi realizada a antissepsia intra-oral com bochechos de Digluconato de Clorexidina 0,12% (Riohex gard, Rio Preto, SP, Brasil) por 1 minuto e extra-oral com PVPI 10% (Riodeine, Rio Preto, SP, Brasil). Posteriormente foi colocado o campo estéril sobre a paciente, seguida pelo ato anestésico do nervo alveolar superior médio com complementação na área infiltrativa terminal e papilar, utilizando o anestésico lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Alphacaine®, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil). (Figura 2 a,b)

Iniciou-se a cirurgia com a incisão do tipo bisel interno e intrasulcular na distal da unidade 15 até a mesial da unidade 13, utilizando a lâmina 15C (Swann-Morton®, Sheffield, South Yorkshire, Inglaterra), delimitando 1 mm de gengiva tanto na face vestibular quanto na lingual (Figura 2 c,d). O colarinho gengival obtido após a incisão foi removido com a cureta Goldman Fox nº4 (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA), seguido do descolamento do tecido mucoperiosteal com a cureta de Molt (Golgran®, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil).

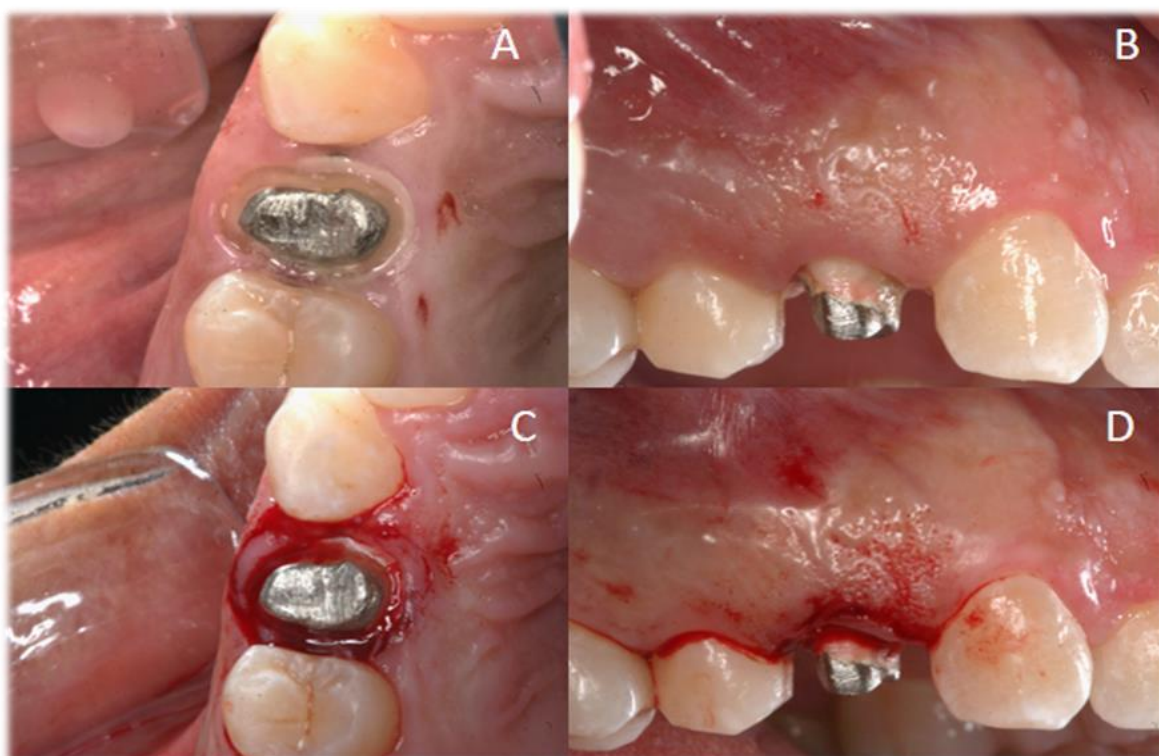


Figura 2- Fotos iniciais; a) vista oclusal ;b) vista vestibular; incisão com delimitação do colarinho c) incisão vista oclusal; d) incisão vista vestibular

Em seguida, o tecido de granulação foi removido com a cureta de Goldman Fox nº 4 (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA) e feito a sondagem com a sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA). Na

face mesial foi identificado uma distância de 4,5mm, o suficiente para não invadir o espaço biológico após o refinamento do preparo (Figura 3 a), diferente da face distal que constava uma medida de 2,5 mm, necessitando assim da recuperação do espaço biológico (Figura 3 b).

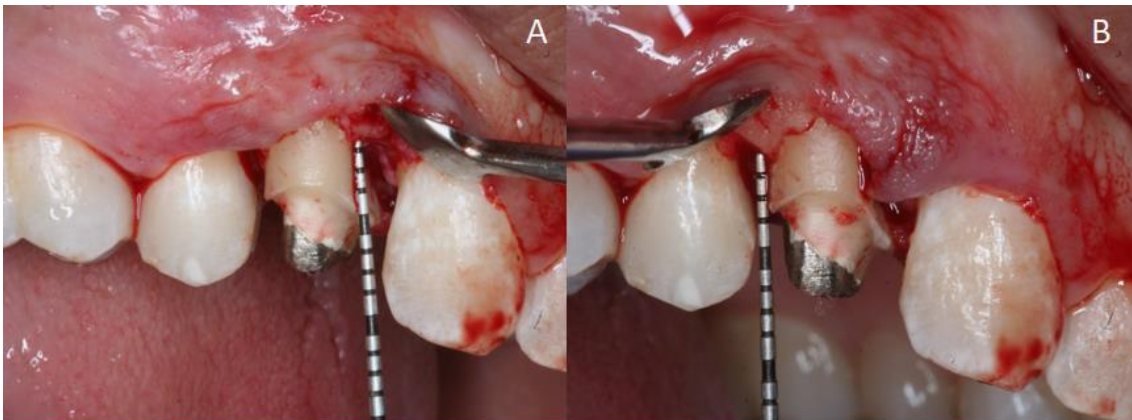


Figura 3- a) Distância do preparo até a crista óssea de 4,0mm na face mesial; b) Distância do preparo até a crista óssea de 2,5 na face distal

Para a realização da osteotomia foi necessário o desgaste da face distal com a broca 2200 FF (Sorensen, KG Cotia, SP, Brasil) permitindo o acesso à área interproximal. Na sequência, iniciou-se a osteotomia com a broca 1012HL (Sorensen, KG Cotia, SP, Brasil) irrigando com soro fisiológico 0,9%. Com a lima Schluger (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA) e cinzel Ochsenbein n° 2 (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA) realizou-se o refinamento ósseo. Após a osteotomia foi realizando novamente a sondagem com a sonda milimetrada Carolina do Norte (Hu-Friedy®, Chicago, Illinois, USA) para verificar se houve a recuperação do espaço biológico, que constatou uma distância de 5,0 na face distal. (Figura 4)



Figura 4- Sondagem após a osteotomia confirmando uma distância de 5,0mm do preparo até a crista óssea.

O tecido gengival foi reposicionado sobre o osso e logo após foi realizando a sutura tipo Donatti modificado, com fio de mononylon 4-0 (Ethiocon®, Somerville, Nova Jersey, EUA) (Figura 5 a), adaptando em seguida a coroa provisória para haver a acomodação dos tecido (Figura 5 b).



Figura 5- a) Sutura em Donatti modificado; b) Coroa provisória cimentada.

Ao final do procedimento cirúrgico, a paciente foi orientada quanto aos cuidados pós-operatório e recebeu uma receita médica com a prescrição de analgésico (Dipirona 500mg) de 6 em 6 horas por 1 dia, antiinflamatório

(Nimesulida 100mg) de 12 em 12 horas por 3 dias e bochecho com clorexidina 0,12% de 12 em 12 horas durante 7 dias.

Não houve complicações no pós-operatório, a remoção dos pontos foi realizada com 7 dias e a cicatrização ocorreu dentro da normalidade (Figura 6 a, b). Depois de 15 dias, foi realizada a radiografia de controle (Figura 6 c, d).

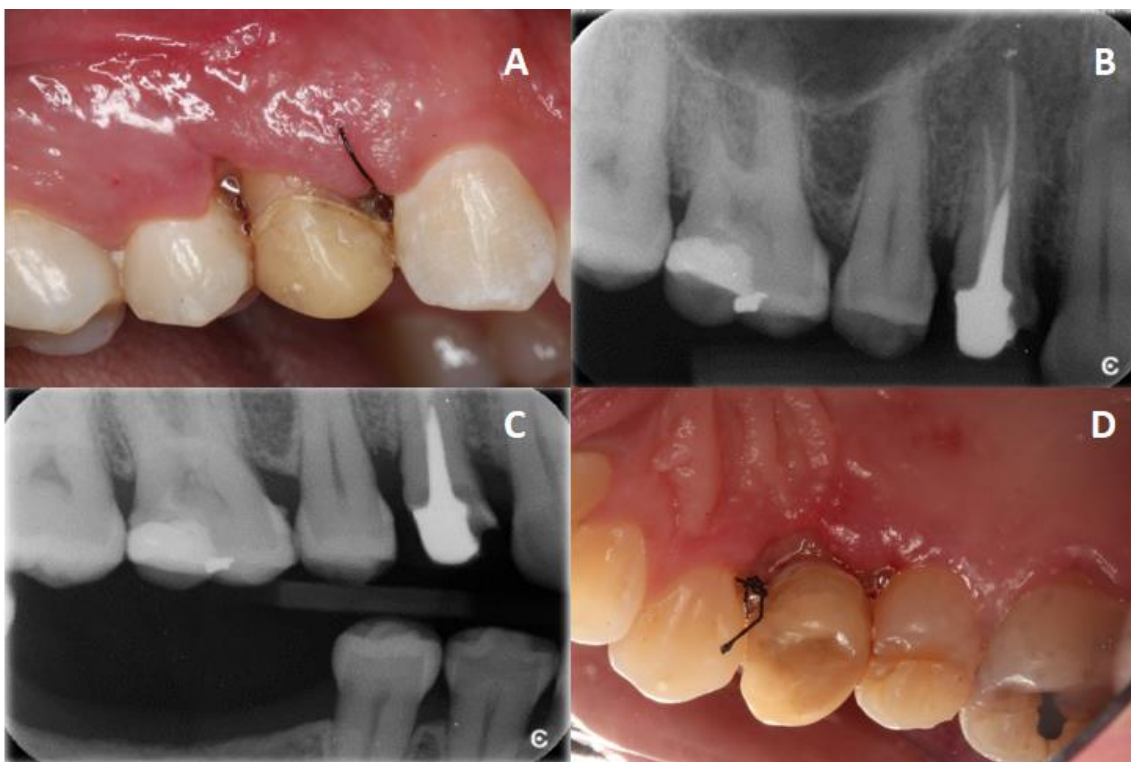


Figura 6- a) Cicatrização de 7 dias por vista vestibular; b) Radiografias periapical de controle; c) Radiografia interproximal de controle; d) Cicatrização por 7 dias vista palatina.

Após 4 meses da cirurgia, a paciente apresentava uma boa cicatrização do periodonto, que possibilitou a realização do refinamento do preparo protético na região intrasulcular, o qual foi realizado com as brocas 3216 (Sorensen, KG Cotia, SP, Brasil) (figura 7), e confeccionado uma nova coroa provisória devido a anterior não estar em condições satisfatória para ser reembasada.



Figura 7-Refinamento do preparo a) Vista vestibular; b) Vista palatina

Em seguida foi realizado a confecção e cimentação da prótese fixa da unidade acometida, apresentando ao final uma distância 2,7 mm da crista óssea até o termino do preparo protético. (Figura 8)

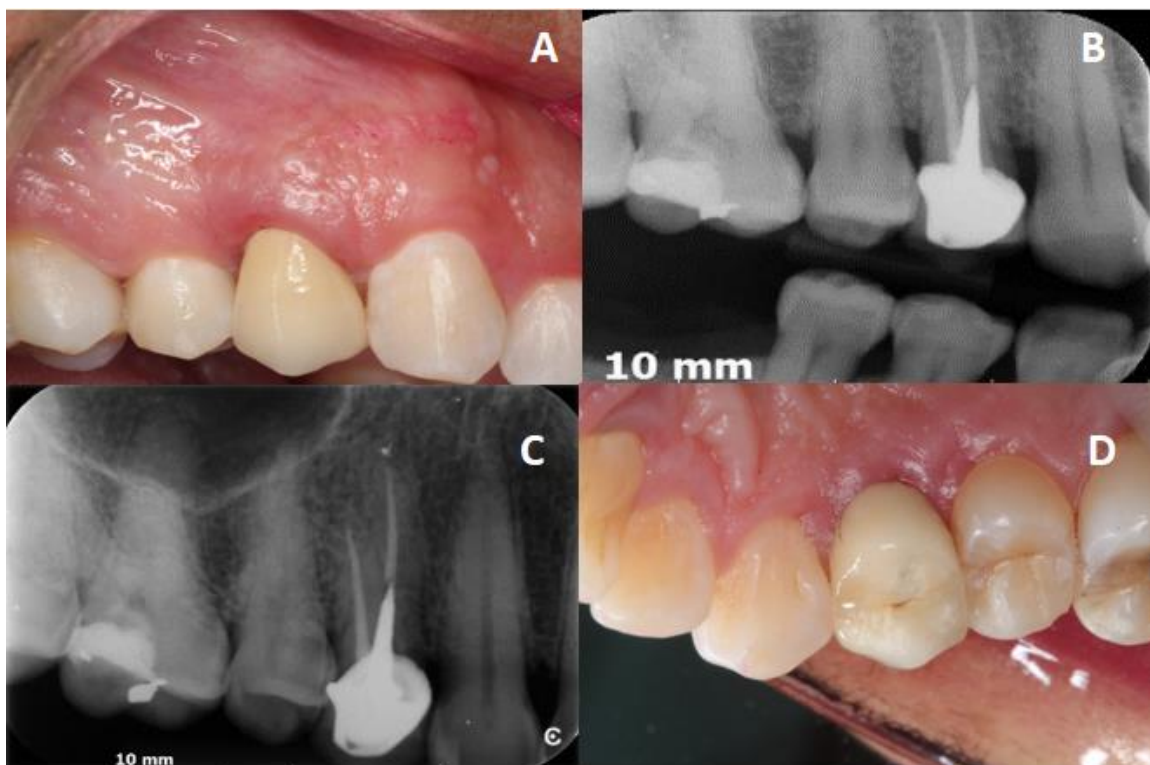


Figura 8- a) Vista vestibular da coroa adaptada; b) Radiografia interproximal com a coroa adaptada ; c) radiografia periapical com coroa adaptada; d) vista palatina da coroa adaptada

3.DISSCUSSÃO

A partir do diagnóstico da violação do espaço biológico é necessário levar em consideração alguns critérios como: a quantidade de suporte ósseo, estrutura do remanescente, comprimento da raiz, localização da furca e a necessidade estética para definição do tratamento adequado (5,15). A cirurgia periodontal é o método mais rápido e objetivo para obter a recuperação do espaço biológico, possibilitando assim o andamento da confecção da prótese fixa, porém tem como desvantagens danos periodontais aos dentes adjacentes, aumento da sensibilidade dentinária em razão da exposição da região cervical e efeitos estéticos negativos como: recessões gengivais, perda de papila e assimetria da coroa quando comparado aos dentes adjacentes. Por esses motivos, a indicação para sua realização é mais favorável para áreas posteriores (5,11,15). Por outro lado, a extrusão ortodôntica rápida é mais indicada para os dentes anteriores por não interferir no suporte ósseo dos dentes adjacentes garantindo uma melhor estética. No entanto, esse tratamento requer mais tempo para a recuperação do espaço biológico e ocasionalmente há necessidade de uma cirurgia periodontal complementar, tendo como outras desvantagens a falta de estética temporária, por não ser possível a adaptação de uma coroa provisória, e os desgastes oclusais necessários enquanto o dente está sendo extruído (11). No presente relato de caso, a paciente apresentava uma distância do preparo provisório à crista óssea alveolar de 2,5 mm na face distal da unidade 1.4, tendo a necessidade de recuperar esse espaço para a confecção do preparo definitivo. Por

apresentar uma quantidade de suporte óssea favorável e o desgaste ósseo não ser de grande extensão, optou-se pela realização do aumento de coroa clínica com osteotomia, que não influenciou na manutenção da unidade dentária, e não obteve uma desproporção da relação coroa/raiz.

A região para a confecção do preparo protético diverge entre alguns autores. Os que consideram o sulco gengival como componente do espaço biológico (2,6), definem que essa estrutura deve ser preservada e que a prótese deve ser adaptada supragengival, porém não há uma concordância entre eles sobre a distância que deve existir da prótese até crista óssea. Rissato et al (6) recomendam que essa distância deva ser de 3,0 a 4,0 mm. Já Wagberg et al (15) descrevem que a distância de 5,0 a 5,25 mm traz maiores benefícios a saúde periodontal. Os autores que definem o espaço biológico como sendo a região da base do sulco gengival até a crista óssea alveolar preconizam a adaptação protética intrasulcular à uma distância de 2,0 a 2,5 mm da crista óssea alveolar, salientando como vantagem a estética, uma melhor retenção protética e a prevenção de sensibilidade dentinária (1,3-5). No caso descrito, após a realização da cirurgia periodontal a face mesial permaneceu com 4,0 mm de distância da crista óssea e obteve-se 5,0 mm na face distal, distâncias essas que foram suficientes para o refinamento do preparo confeccionado na região intrasulcular com uma distância de 0,5 mm da margem gengival, respeitando a epitélio juncional e o tecido conjuntivo.

A osteotomia é um procedimento delicado que pode comprometer a manutenção da saúde periodontal e acarretar em osteonecrose quando não realizada de forma adequada. O piezoelétrico é uma técnica inovadora que usa vibrações para realizar osteotomias com corte preciso e seletivo em estruturas

duras, sem causar danos aos tecidos moles. Além disso, promete causar menos desconforto ao paciente por promover uma redução de vibrações, pressão, ruídos e aquecimento ósseo quando comparado ao uso de brocas e cinzéis (16). Contudo, não existem estudos clínicos comprovando tais vantagens, além do que, seu uso clínico é bastante seletivo por onerar muito o procedimento cirúrgico. Por esses motivos e por ter necessitado de pequeno desgaste ósseo, o caso descrito foi realizado com brocas e cinzeis.

A cimentação da prótese provisória aconteceu na mesma sessão do procedimento cirúrgico com o intuito do restabelecimento da oclusão e acomodação do tecido periodontal como sugere Rosenberg et al. (1). No entanto, outros estudos preferem que a instalação da coroa provisória aconteça após o período de cicatrização (3,15).

O tempo necessário para continuar a confecção da prótese fixa é de aproximadamente dois a três meses como estipulado pela maioria dos autores, nos quais relatam em seus estudos que nesse período ainda não há uma completa cicatrização do epitélio juncional e do tecido conjuntivo, mas é o suficiente para a formação do sulco gengival necessária ao andamento do tratamento dos dentes posteriores (1,4,6,13,15). No caso de prótese em dentes anteriores a espera é ainda maior, aguarda-se a completa cicatrização que acontece por volta de seis meses quando os tecidos periodontais se apresentam estáveis, com mínimas alterações no nível da margem gengival, possibilitando uma melhor adaptação protética (13). No caso clínico acima, a realização do refinamento do preparo e a moldagem para confecção da coroa definitiva foi após 4 meses do aumento de coroa, podendo ser realizado com um período menor.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia de aumento de coroa clínica mostrou-se uma técnica efetiva no restabelecimento do espaço biológico, permitindo a adaptação protética de forma adequada, devolvendo a oclusão e a estética sem comprometer a saúde periodontal da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Rosenberg MM. Diagnóstico e tratamento dos defeitos ósseos. In: Rosenberg MM, Kay BE, Halt RL. Tratamento periodontal e protético. São Paulo: Quintessence.1996.p 135-89.
2. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in Humans. J Periodontol.1961; 32(3): 261-7.
3. Lee EA. Aesthetic crown lengthening: Classification, Biologic rationale, and treatment planning consideration. Pract Proced Aesthet Dent. 2004; 16(10) :769-80.
4. Maynard JG, Wilson RDK. Physiologic dimensions of the periodontium significant to the restorative dentist. J Periodontol.1979; 50(4):170-4.
5. Lipska W, Lipski M, Lisiewicz M, Gala A, Gronkiewicz K, Darczuk D, et al. Clinical Crown Lengthening- A case report. Folia Med Cracov.2015; 3: 25-35.
6. Rissato M, Trentin MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão de literatura. RFO. 2012; 17(2):234-9.
7. Neves FS, Oliveira LF, Burgos V, Viana AC, Ribeiro EDP. Importância do exame radiográfico intrabucal no diagnóstico de invasão do espaço biológico. IJD.2008;7(3):173-7.
8. Pontoriero R, Carnevale G. Surgical Crown Lengthening: A 12- month clinical wound healing study. J Periodontol.2001; 72(7):841-8.
9. Teixeira RO, Falabella MEV, Falabella JM, Teixeira HGC, Calvário MAF. Tracionamento dentário com finalidade periodontal: caso clínico. RGO.2007; 55(4):407-11.

10. Padbury Jr A, Eber R, Wang H-L. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. *J Clin Periodontol.*2003; 30: 379–85.
11. Normando ADC, Simone JL, Soares MS, Tortamano N. A Extrusão Ortodôntica como Recurso no Tratamento das Invasões dos Espaços Biológicos Periodontais – Indicação Clínica E Divulgação de Um Método Simplificado de Tratamento. *J Bras Ortodon Ortop Facial* .2004; 9(53):502-10.
12. Oliveira PS, Chiarelli F, Rodrigues JA, Shibli JA, Zizzari VL, Piattelli A, et al. A esthetic Surgical Crown Lengthening Procedure. *Case Reports in Dentistry.*2015; 2015: 1-4.
13. Hempton TJ, Dominici JT. Contemporary crown-lengthening therapy: a review. *JADA.* 2010; 141:647-55.
14. Deas ED, Moritz AJ, McDonnell HT, Powell CA, Mealey BL. Osseous Surgery for Crown Lengthening: A 6-Month Clinical Study. *J Periodontal.* 2004; 75(9):1288-94.
15. Wagberg BD, Eskow RN, Langer B. Exposing adequate tooth structure for restorative dentistry. *The international journal of periodontics e restorative dentistry.*1989;9(5):323-31.
16. Robiony M, Polini F, Costa F, Vercellotti T, Politi M. Piezoelectric bone cutting in multipiece maxillary osteotomies. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62(6):759-61

ANEXO 1-TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento particular, declaro, para os efeitos éticos e legais, que eu Daniela Gonçalves dos Santos
nacionalidade _____ profissão Cozinheira
portador(a) do RG _____ CPF 92686761504, residente
e domiciliado 23 Travessa Adhemir Pinheiro nº 340,
Bairro Amaralino na Cidade de Salvador, Estado da
Bahia, concordo, com absoluta consciência, a respeito dos procedimentos a que vou
me submeter nos termos abaixo relacionados:

1. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em participar do mesmo a qualquer momento, arcando, unicamente, com as consequências da desistência voluntária;
2. Esclareço, também, que amplamente, fui informado (a) pelo professor, que pode ou não estar envolvido no presente tratamento, sobre os possíveis benefícios, limitações e riscos (complicações e fracassos) que estou me submetendo durante este tratamento, tomando conhecimento de que o meu consentimento não exime a responsabilidade daquele **que está executando** e do professor que está orientando este tratamento;
3. Estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagem, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem usados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações;
4. Comprometo-me a retornar periodicamente, após o término do tratamento, para manutenção, conforme determinação da equipe, podendo, inclusive, ser designado um outro profissional habilitado para realizar as consultas que não necessariamente faça parte da equipe;
5. Estou ciente que duas faltas não justificadas resultarão na minha exclusão do tratamento bem como qualquer conduta inadequada ou inconveniente em relação ao ambiente institucional e aos profissionais envolvidos;
6. Reconheço a exatidão dos registros do Relatório / informações constantes no relatório de procedimentos que faz parte deste Prontuário, referente ao tratamento que me será prestado e ao qual livremente me submeto;
7. Esclareço que no caso de Implantes Osteointegrados fui informado:
 - a) sobre outras alternativas de tratamento que não estejam envolvidos implantes osseointegrados;
 - b) que os custos apresentados no início do tratamento poderão sofrer majorações em função de intercorrências inerentes a um tratamento cirúrgico protético;



BAHIANA
FACULDADE DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

c) no caso de enxerto ósseo e implantes na mandíbula existe a possibilidade de parestesia (formigamento) e anestesia temporária ou definitiva do lado inferior;

8. Esclareço que no caso de Prótese fui informado:

a) sobre as diferentes alternativas de tratamento protéticos (Prótese Provisória, Prótese Total, Prótese Parcial Removível, Prótese Fixa e Prótese sobre Implante);

b) que as etapas clínicas do tratamento serão supervisionadas pelo (s) professor (es), que está (ão) orientando a equipe que possam assinar, em conjunto o prontuário que relata a etapa do tratamento realizado naquele dia;

c) que realizarei pagamento destinado unicamente aos custos apresentados no início do tratamento e envolvem somente a parte laboratorial (terceirização do serviço de laboratório de prótese dentária);

d) que quando o tratamento incluir prótese sobre implantes, dentre os custos iniciais, haverá ainda o adicional referente aos componentes protéticos destinados ao implante;

e) de minha participação / presença em muitas etapas do tratamento, principalmente naquelas que envolvem estética (cor e alinhamento dos dentes artificiais) e que a prótese só será encaminhada ao laboratório com a minha aprovação, não podendo haver reclamação posterior a esta etapa, pois constitui a etapa final;

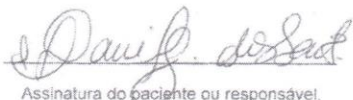
f) que haverá, após instalação de qualquer tipo de prótese, a espera de um tempo razoável e variável de adaptação, cujos ajustes, se necessário, serão sanados por algum tempo, além da adaptação (estética, fonética e mastigação);

g) deverei seguir todas as orientações informadas pelo o professor e equipe e em caso de descumprimento assumirei as consequências, dentre outras, a de submeter-me à confecção de uma nova prótese cujo custo será de um novo tratamento.


9. Todas estas normas estão de acordo com o Código de Ética Profissional Odontológico, segundo a Resolução C.F.O 118/12,

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador, 21 de Setembro de 2017.



Assinatura do paciente ou responsável.



Assinatura do Aluno.



Assinatura do Orientador.

Mod ADAB 047

Versão 00

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

CONSELHO DE ODONTÓLOGOS DA BAHIA - COUNCIL OF DENTISTS OF BAHIA - CONSELHO DE ODONTÓLOGOS DA BAHIA - COUNCIL OF DENTISTS OF BAHIA - CONSELHO DE ODONTÓLOGOS DA BAHIA - COUNCIL OF DENTISTS OF BAHIA

B

ANEXO 2

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

- 2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL