



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

MARIANNA COUTINHO TUDE DE CERQUEIRA

**TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO
DENTÁRIA ANTERIOR POR MEIO DE FACETAS,
LAMINADOS CERÂMICOS E GENGIVOPLASTIA: relato
de caso**

**INTERDISCIPLINARY TREATMENT IN ANTERIOR
DENTAL REHABILITATION WITH DENTAL VENEERS,
LAMINATE VENEERS AND GENGIVOPLASTY: case
report**

SALVADOR
2018.1

MARIANNA COUTINHO TUDE DE CERQUEIRA

**TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO
DENTÁRIA ANTERIOR POR MEIO DE FACETAS,
LAMINADOS CERÂMICOS E GENGIVOPLASTIA: relato
de caso**

**INTERDISCIPLINARY TREATMENT IN ANTERIOR
DENTAL REHABILITATION WITH DENTAL VENEERS,
LAMINATE VENEERS AND GENGIVOPLASTY: 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. Guilherme Andrade Meyer
Co-Orientadora: Ms. Priscila Couy Correa Giampá

SALVADOR
2018.1

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a meus pais, Marcio e Rosa Helena, por realizarem sempre os meus sonhos em primeiro lugar, pela luta diária, sempre por mim, e por sempre acreditarem nas minhas escolhas. A vocês, por amor, dedico toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela vida.

Aos meus pais, Rosa Helena e Marcio, pelo apoio que nunca me faltou e por nunca deixarem de acreditar em mim.

A minha avó Graça, pelos ensinamentos desde a minha infância.

A minha família, por serem minha base.

A Matheus, por todo amor, incentivo, cuidado e paciência que não me faltou nessa fase final do meu curso.

A meu orientador, Dr. Guilherme Meyer, por enxergar o meu potencial desde quando fui sua aluna e me orientar de forma irretocável.

A minha co-orientadora, Priscila Giampá, pelos ensinamentos e dedicação.

Ao Professor Márcio Giampá pelas sugestões e correção.

Aos meus amigos e futuros colegas, pelos cinco anos de graduação, que levarei para o resto da minha vida.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, assim como todos os seus professores e funcionários, pelo conhecimento.

Deixo aqui o meu agradecimento a todos que de alguma forma contribuíram para a finalização desse trabalho e meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO	11
3. DISCUSSÃO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20

REFERÊNCIAS

ANEXOS

RESUMO

As facetas dentárias surgem como um tratamento indicado quando há uma desarmonia do sorriso, principalmente nos dentes anteriores. Nesses casos, os pacientes podem se queixar de diastemas, manchas dentárias e algumas alterações no posicionamento ou formato dos dentes, gerando assim a necessidade de modificações na anatomia original destas unidades. Dentre as inúmeras possibilidades disponíveis para a resolução dos casos, as facetas dentárias convencionais e, principalmente, as do tipo lente de contato tornaram-se a melhor opção quando se deseja preservar maior quantidade de estrutura dentária, em virtude da necessidade de um desgaste mínimo ou, até mesmo, inexistente. Diante disso, este trabalho tem como objetivo discutir, por meio de um relato de caso, a importância do tratamento multidisciplinar na reabilitação estética anterior, ressaltando o uso dos laminados e facetas cerâmicas. Sendo assim, uma paciente com 58 anos, procurou o serviço de prótese com a queixa estética quanto à forma e cor dos dentes anteriores. A mesma apresentava facetas diretas antigas em resina composta e unidades mal posicionadas. Foi proposta a reabilitação por meio de facetas convencionais em cerâmica nos incisivos e lentes de contato nos caninos, associadas ao tratamento periodontal prévio para uma melhora do contorno gengival. Com a finalização do caso, a paciente apresentou consequente melhora na auto estima e maior satisfação estética e funcional, graças a um planejamento interdisciplinar integrado.

PALAVRAS-CHAVE: facetas dentarias; estética; genvivoplastia.

ABSTRACT

The dental porcelain laminate veneers (PLVs) appear as an indicated treatment when there is a disharmony of the smile, especially in the anterior teeth. In these cases, patients may complain of diastemas, teeth colors changes and some mistakes in the positioning or shape of the teeth, that implies the need for modifications in the original anatomy of these units. Among the many possibilities available for the resolution of those cases, conventional dental veneers and, especially, the PLVs has become the best option when it is desired to preserve a greater amount of dental structure, due to the need for minimum or even nonexistent wear. Therefore, this work aims to discuss, through a case report, the importance of the multidisciplinary treatment in the previous aesthetic rehabilitation, emphasizing the use of the laminates and ceramic veneers. Thus, a 58-year-old patient searched the prosthetic service with aesthetic complaint: the shape and color of the anterior teeth. She presented old direct facets in composite resin and badly positioned units. It was proposed the rehabilitation using conventional ceramics in the incisors and contact lenses in the canines, associated to the previous periodontal treatment for an improvement of the gingival contour. With the conclusion of the case, the patient presented a consequent improvement in self-esteem and greater aesthetic and functional satisfaction, thanks to an integrated interdisciplinary planning.

KEY-WORDS: dental veneers; esthetics, gengivoplasty.

1. INTRODUÇÃO

Tratamentos estéticos têm sido cada vez mais constantes, sendo a sua busca estimulada por um mundo globalizado em que padrões de beleza, pré-determinados, influenciam diretamente a percepção da auto imagem corporal dos indivíduos.(1)

O comprometimento estético pode ocorrer pela presença de dentes com manchamento, formas e contornos desagradáveis como dentes conóides ou dentes com volume e tamanho muito pequenos, cáries, diastemas, traumas, *blackspace* e grande parte de estrutura dentária perdida por erosão ou desgaste parafuncional.(2,3)

Desse modo, as inovações tecnológicas no campo da Odontologia mostram-se cada vez mais progressivas, objetivando harmonizar o sorriso e a funcionalidade oral, com conseqüente resgate da autoestima dos indivíduos. A partir disso, torna-se possível o desenvolvimento tanto de técnicas capazes de conservar maior quantidade de estrutura dentária quanto de novos materiais, possibilitando resultados esteticamente mais previsíveis e adequados.(4)

Dentre as possíveis formas de tratamento em casos de reabilitação estética anterior, encontram-se as coroas totais. Porém, atualmente, esta técnica não se destaca mais como primeira opção de escolha em reabilitações minimamente invasivas, existindo outras possibilidades de tratamento, devido à sua maior quantidade de desgaste quando comparada com outras técnicas, para se obter resistência, estabilidade e retenção da peça protética.(5)

Já as facetas dentárias permitem um tratamento mais conservador e podem ser confeccionadas de duas formas: 1) a forma direta em resina composta, que possui menor custo, facilidade de reparo e estética compatível com a estrutura do dente, e, 2) a forma indireta, confeccionada em laboratório, podendo ser de resina ou cerâmica.(6)

A faceta indireta em cerâmica, vem se destacando por ser um material mais duradouro, estético, e que restabelece corretamente o funcionamento dentário.(7) Dentre os tipos de facetas existentes, têm-se os laminados cerâmicos, com preparos dentários mínimos de zero a 0,7 mm em nível de esmalte, todos em conjunto com a realização da cimentação adesiva.(7,8) Esse preparo, que recobre principalmente a face vestibular da unidade dentária, diminui o risco de fraturas das unidades, lesões pulpares, sensibilidade, alterações periodontais e maiores desgastes na anatomia original do dente.

Estas, por sua vez, são indicadas quando a forma do arco oclusal está equilibrada, podendo solucionar finalizações de casos após o tratamento ortodôntico, dentes com alterações de cor e pequenas ou nenhuma restauração anterior, havendo grande índice de sucesso.(2) Além disso, os laminados têm como indicações clínicas correções de pequenos diastemas e alteração de forma anatômica.

Dentre as contraindicações pode-se destacar dentes girovertidos, unidades com grandes restaurações pré-existentes, dentes que necessitam de desgaste extremo, bruxismo e contorno gengival assimétrico.(2)

O tipo de cerâmica comumente utilizada nos laminados e facetas dentárias é a feldspática, devido ao seu alto grau de translucidez, reproduzindo

uma maior quantidade de detalhes que, visivelmente, melhor se assemelha com a estrutura dentária.(6) Possuem uma grande longevidade clínica, desde que a sua indicação esteja correta e o preparo dentário seja feito de forma minuciosa, assim como a sua confecção no laboratório e cimentação.(8,9,10)

Para o sucesso do tratamento estético reabilitador, deve ser também avaliada a condição periodontal do paciente. Uma gengiva saudável e ideal deve ter suas margens em contato e bem adaptadas a estrutura dentária, na linha da junção cimento esmalte, sem grande espessura de gengiva próximo à estrutura dentária e papilas interdentais em formatos de cones. (11) Porém, o tratamento restaurador pode estar comprometido caso a coroa dentária seja muito curta para dar retenção à coroa protética ou caso exista excesso de gengiva recobrando a coroa do dente. Nesses casos, têm-se as cirurgias periodontais, utilizadas para aumentar a distância entre a margem gengival e borda incisal da unidade dentária.(12)

A gengivoplastia, ou plástica gengival, é um tipo de cirurgia periodontal realizada antes da reabilitação dentária, estando intimamente relacionada para uma adequada saúde gengival. Esse tratamento tem como finalidade remover excessos e remodelar os contornos gengivais, reestabelecendo o espaço fisiológico e respeitando as distâncias biológicas.(13)

Diante disso, o objetivo deste trabalho é discutir, por meio de um relato de caso, a importância do tratamento interdisciplinar na reabilitação estética anterior de pacientes com necessidade de facetas e laminados cerâmicos, associados à cirurgia periodontal de aumento de coroa visível.

2. RELATO DE CASO

Paciente A.B.T.S., 58 anos, gênero feminino, leucoderma, dona de casa, procurou atendimento odontológico com a queixa principal de incomodo estético das unidades anteriores.

A paciente relatou história de tratamentos prévios com confecção de facetas diretas em resina composta fotopolimerizável, realizadas em momentos distintos e por diferentes profissionais.

Ao exame clínico intra-oral e análise do sorriso, foi possível perceber uma deficiência estética quanto ao formato e cor das facetas presentes nas unidades 11, 12, 13, 21, 22 e 23, mordida cruzada da unidade 21 e em topo da unidade 22, desalinhamento das margens gengivais anteriores, além de coroas provisórias posteriores sobre implante nas unidades 14, 15, 24 e 25 (Figura 1).



Figura 1 - Imagem do sorriso inicial

Após o exame clínico e exame de imagens periapicais e panorâmica, foi sugerido tratamento ortodôntico para alinhamento dentário anterior, gengivoplastia das mesmas unidades para alinhamento cervical, clareamento dentário, confecção de coroas definitivas sobre implantes posteriores e confecção de facetas cerâmicas nas unidades 11, 12, 21 e 22, além de lentes de contato nas unidades 13 e 23.

Contudo, após ponderar tempo e custo do tratamento, a paciente decidiu realizar inicialmente o clareamento dentário, a gengivoplastia, as facetas e laminados cerâmicos ântero-superiores, rejeitando o tratamento ortodôntico e a confecção de coroas definitivas posteriores sobre implante.

Desta forma, foi realizada a moldagem inicial com alginato (Jeltrate-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) e obtenção dos modelos de estudo em gesso tipo III (Herostone-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), para a confecção de moldeiras para clareamento caseiro (Whitness Perfect à 16% - FGM, Joinville, Brasil).

Após quatro semanas de uso do agente clareador, foi realizada nova moldagem com alginato (Jeltrate-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) para obtenção dos modelos de estudo em gesso tipo IV (Durone-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), para a realização da montagem em articulador do enceramento diagnóstico das unidades anteriores, confecção de muralha em silicone por adição (Express XT – 3M ESPE, USA) e *mock-up* utilizando resina bisacrílica (Protemp 4, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE, USA) para análise das proporções entre as unidades (Figura 2).

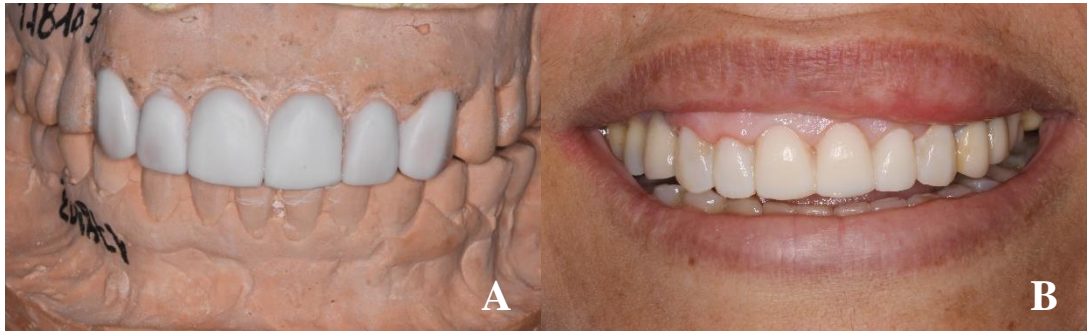


Figura 2 - A) Imagem frontal do enceramento diagnóstico; B) Imagem frontal após a instalação da resina bisacrílica.

Depois de realizados os ajustes da resina bisacrílica em boca, na mesma sessão foi realizada a gengivoplastia das unidades anteriores e posteriormente aguardados 60 dias para a cicatrização completa da região, afim de dar início a parte protética de preparos e moldagens (Figura 3).



Figura 3 - Vista frontal logo após a gengivoplastia

Após este período, foram realizados os preparos para facetas cerâmicas das unidades 12, 11, 21 e 22 e mínimo desgaste para lentes de contato das unidades 13 e 23, todos com brocas diamantadas 3216 e 2200F (KG -

Sorensen, São Paulo, Brasil). Em seguida, foi realizada a inserção de fio retrator número 000 (Ultrapack-Ultradent, São Paulo, Brasil) e moldagem de trabalho pela técnica de dupla mistura com silicone por adição (Express XT – 3M ESPE, USA) (Figuras 4).



Figura 4 - A) Vista frontal dos preparos e fios retratores inseridos; B) Imagem aproximada do molde dos preparos obtidos com silicone por adição.

Em seguida, por meio da resina bisacrílica, o enceramento inicial foi utilizado como um meio facilitador para a confecção dos provisórios.

Sobre o molde foi então vertido gesso tipo IV (Durone-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), montado em articulador semi-ajustável (4000S, Bioart, São Carlos, São Paulo, Brasil), a cor da cerâmica foi selecionada por meio da escala VITA 3D Master e o conjunto foi enviado ao laboratório de prótese, com as fotos dos substratos, para a confecção das facetas e lentes de contato cerâmicas.

Na sessão seguinte as peças foram analisadas inicialmente no modelo de trabalho, a resina bisacrílica foi removida dos preparos e as próteses foram

então testadas e ajustadas para posterior cimentação adesiva (Allcem Venner - FGM, Santa Catarina, Brasil).

No entanto, antes da cimentação final, foi realizado o teste da cor do cimento (Allcem Venner Try in - FGM, Santa Catarina, Brasil), afim de proporcionar uma melhor finalização do caso, sem risco de alteração de cor das facetas e lentes, pós cimentação (Figura 5).



(Figura 5 - A) Imagens aproximada do modelo de trabalhos com as peças protéticas adaptadas; B) Teste da cor final do cimento, por meio da utilização do *try-in*.

Após aprovado pelo paciente e profissional o preparo das peças protéticas ocorreu em todas as superfícies internas das estruturas (E-max, Ivoclar-Vivadent), inicialmente limpas com álcool 70%, condicionadas com ácido fluorídrico (10%) por 20 segundos e em seguida silanizadas por 1 min. (Prosil, FGM, Santa Catarina, Brasil).

Já os substratos dentários foram lavados com água e pedra pomes, condicionados com ácido fosfórico (37%) por 15 segundos, seguido da aplicação do sistema adesivo (Ambar, FGM, Santa Catarina, Brasil) e posteriormente as cimentações das peças (Allcem Venner - FGM, Santa Catarina, Brasil).



Figura 6 - A) Imagem frontal inicial; B) Imagem frontal final.

3. DISCUSSÃO

A busca por um sorriso perfeito eleva o nível de expectativa e exigências dos pacientes, com isso, o crescimento estético com soluções rápidas, sem dor e eficazes estão emergindo a cada dia.(4,14) Associada a essa busca, é importante um tratamento em conjunto das especialidades odontológicas no planejamento individual dos pacientes, para que existam trocas de informações e o conhecimento de todas as áreas envolvidas contribua para o resultado final de um tratamento de excelência.

No caso clínico realizado, houve a necessidade de inter-relacionar a periodontia com a prótese, uma vez que, a paciente relatada apresentava uma desarmonia das margens gengivais, comprometendo a estética rosa. Optou-se pela gengivoplastia com o objetivo de otimizar os contornos gengivais antes dos procedimentos restauradores indiretos.

O tratamento multidisciplinar, associando a cirurgia plástica gengival às restaurações estéticas cerâmicas, contribui para a resolução de casos de forma rápida e eficaz, envolvendo estética rosa e branca.(14) Existem muitos tipos de tratamentos possíveis para estética branca, incluindo resinas compostas, facetas cerâmicas com ou sem desgaste dental e as coroas totais.

A paciente relatada possuía facetas diretas em resina composta, com formatos desarmônicos, mordida em topo do lado esquerdo e cor alterada dos dentes anteriores, constituindo assim a sua queixa estética principal. As resinas compostas podem, inicialmente, superar as expectativas do paciente, no entanto, a sua alta instabilidade de cor a longo prazo e sua reduzida resistência

ao desgaste, perda de brilho, textura e o acúmulo de biofilme bacteriano, podem ter um impacto negativo com uma perda estética considerável.(1)

Em contrapartida, as facetas cerâmicas se solidificaram como uma das ferramentas mais eficazes na reabilitação estética e funcional na busca pela melhoria do sorriso. Facetas cerâmicas sem a realização de desgaste dental sedimenta o conceito de que laminados cerâmicos minimamente invasivos podem torna-se um aliado extremamente versátil e conservador.(15)

Estas são indicadas nos casos de dentes com alterações de cor, forma ou com restaurações extensas. Este tipo de tratamento apresenta vantagens tais como uma espessura mínima de redução do dente, em torno de 0,3 e 0,7mm nos casos de laminados e até 1,2mm em facetas de porcelana, uma ligação adesiva entre cerâmica e esmalte, e um resultado estético satisfatório devido às propriedades intrínsecas das cerâmicas.(5,8,9)

Neste trabalho, a paciente relatou insatisfação com a estética do seu sorriso, que apresentava extensas restaurações nos incisivos centrais, com alterações em forma e contorno. As facetas de porcelana e os laminados cerâmicos foram propostos como restaurações anteriores duráveis, com estética superior, e considerando os avanços destes materiais, são indicados pela literatura neste tipo de tratamento.(9)

Se bem indicada e executada, essas restaurações têm uma alta taxa de sucesso a longo prazo. Seguindo um protocolo rigoroso com a preparação do dente, seleção correta do material para a fabricação das peças e cimentação meticulosa, é possível obter uma longevidade do tratamento.(4)

Contudo, há situações, em que se faz necessário o auxílio de procedimento ortodôntico para alcançar um melhor resultado no tratamento, em casos, por exemplo, de mordidas cruzadas ou em topo. Porém, a paciente optou pela não instalação de aparelho ortodôntico para correção da mordida anterior, em virtude do tempo e custo do tratamento, desta forma foi realizada a instalação de facetas e laminados cerâmicos, corrigindo o posicionamento dentário.

Uma vez cimentadas as facetas e laminados cerâmicos, tornam-se passíveis a alteração de cor devido a pigmentação do substrato. Sendo assim, uma alternativa para que não ocorra essa modificação final da cor das peças, é o teste do cimento a ser utilizado.(16)

Portanto, de acordo com a literatura, à escolha do cimento resinoso para a cimentação das facetas cerâmicas com melhor indicação são os fotoativados. Cimentos quimicamente ativados ou duais não são indicados por conterem em sua composição a amina como o ativador químico, levando a uma alteração de cor ao longo do tempo. O processo de cimentação deve ser rigoroso no cuidado com fluidos bucais, visto que a instabilidade de cor está relacionada também com falhas técnicas, tanto no momento da cimentação quanto pelo uso do fotopolimerizador de forma inadequada. (17,18)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação dentária por meio de facetas convencionais e laminados cerâmicos são procedimentos clínicos versáteis, minimamente invasivos, com excelentes resultados estéticos e que se aproximam do natural, quando empregados de forma correta. Além disso, somado ao tratamento periodontal de gengivoplastia, é possível devolver harmonia, estética e equilíbrio ao sorriso dos pacientes. Portanto, a integração entre diferentes áreas odontológicas torna-se importante para a evolução dos procedimentos dentários e para o melhor resultado estético e funcional dos casos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Farias-Neto A, Gomes EMCF, Sánchez-Ayala A, Sánchez-Ayala A, Vilanova LSR. Esthetic rehabilitation of the smile with no-prep porcelain laminates and partial veneers. *Case Rep. Dent.* 2015; 1-6.
2. Radz GM, Minimum thickness anterior porcelain restorations. *Dent Clíin N Am.* 2011; 55:353-70.
3. Souza R, Barbosa F, Araujo G, Miyashita E, Bottino MA, Melo R et al. Ultrathin monolithic zirconia veneers: reality or future? report of a clinical case and one-year follow-up. *Oper Dent.* 2018; 43(1):3-11.
4. Goldstein RE. Study of need for esthetics in dentistry. *J Pros Dent.* 1969; 21(6):589-98.
5. Edelhoff D, Sorensen JA. Tooth structure removal associated with various preparation designa for anterior teeth. *J Prosthet Dent.* 2002; 87(5):503-9.
6. McLaren EA, Whiteman YY. Ceramics: rationale for material selection. *Inside Dent.* 2012; 2:38-52.
7. Gresnigt M, Ozcan M, Kalk W. Esthetic Rehabilitation of Worn Anterior Teeth With Thin Porcelain Laminate Veneers. *Eur J Esthet Dent.* 2011; 6(3):298-313.
8. Rotoli BT, Lima DANL, Pini NP, Aguiar FHB, Pereira GDS, Paulillo LAMS. Porcelain Veneers as an alternative for esthetic treatment: Clinical report. *Oper Dent.* 2013; 38(5):459-66.
9. Mhaske PN, Ram SM, Shah N, Nadgere JB. Minimally invasive approach to restore anterior spaces with porcelain laminates veneers. *Inter Scien J Jaypee.* 2013; 3(2):108-11.

10. Kumar GV, Poduval TS, Reddy B, Reddy PS. A study no provisional cements, cementation techniques, and their effects on bonding of porcelain laminate veneers. J Indian Prosthodont Soc. 2014; 14(1):42-9.
11. Prichard J. Gingivoplasty, gingivectomy and osseus surgery. J Periodontol. 1961; 275-82.
12. Tomar N, Bansal T, Bhandari M, Sharma A. The perio-esthetic restorations approach for anterior rehabilitation. J Indian SocPeriodontol. 2013; 17(4):535-8.
13. Pedron IG, Utimu ER, Silva LPN, Moretto LEMML ,Lima TCF, Ribeiro MA. Cirurgia gengival ressectiva no tratamento da desarmonia do sorriso. Odontol Bras Central. 2010; 18(48):87-91.
14. Zavanelli AC, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, De Paula WN, Borges MAD, Bagio DM. Associação de preparos minimamente invasivos e plástica gengival: relato de caso clínico. Arch Health Invest, 2015; 4 (3):1-9.
15. Macêdo GL, Silva Filho CJL, Durães I, Boas CAV. Digital planning for smile reconstruction with ceramic laminates: case report. RSBO, 2016; 13(2):138-44.
16. Lopes LG, Vaz MM, Magalhaes APR, Cardoso PC, Souza JB, Torres EM. Shade evaluation of ceramic laminates according to different try-in materials. Gen Dent. 2014; 2 (6): 32-5.
17. Lee SM, Choi YS. Effect of ceramic material and resin cement systems on the color stability of laminate veneers after accelerated aging. J Prost Dent. 2017; 1-8.
18. Rodrigues RB, Lima E, Roscoe MG, Soares CJ, Cesar PF, Novais VR. Influence of resin cements on color stability of different ceramic systems. Braz Dent J, 2017; 28(2):191-5.

ANEXO 1



Prontuário nº _____
Nome Auileme Brandão Trindade Santana
RG. nº 1.641.812-37 CPF nº 158.408.855-72 Sexo Feminino
Data de Nascimento 29/07/1958 Estado Civil Casada
Endereço Rua Marcos Leite nº 58 Lento Senhor do Bonfim/Ba
Fone: (74) 3541-6322 Celular: (74) 99119 1031
Em caso de emergência entrar em contato com: Narah
Telefone: (74) 99196-0241 Indicado por: Narah

TERMO DE INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Abaixo assinado, dou pleno consentimento a Equipe do Instituto Prime por intermédio de seus professores e alunos dentistas registrados e qualificados para realizar o tratamento odontológico proposto em documento anexo. Reconheço que deverei comparecer nesta instituição nos dias e horários marcados, estando ciente que possíveis atrasos e cancelamentos de última hora poderão ocorrer. Estou ciente que me apresentaram alternativas de tratamento, sendo que a que me foi proposta e aceita foi a que melhor atende as minhas expectativas e possibilidades financeiras.

Os implantes são feitos de um metal chamado Titânio. Este metal além de oferecer resistência mecânica, que é a característica de um metal, tem ainda a propriedade denominada biocompatibilidade que significa que este é bem aceito pelo organismo como se fosse parte do mesmo, portanto não desenvolvem nenhum tipo de rejeição. O índice de sucesso dos implantes está em torno de 95% dos casos, sendo sempre importante informar que 3 a 6% dos casos podem sofrer insucessos. Fui informado que o tratamento depende de fatores biológicos e da resposta de cicatrização de cada indivíduo, que podem ocorrer acidentes, complicações e sequelas nos trans e pós operatórios como: Infecção, hemorragia, edema, sensação de formigamento transitória ou permanente, dor e desconforto na área operada. Nas cirurgias de enxerto o período de recuperação varia de acordo com a região operada, a extensão do defeito e da área a ser reconstituída e o índice de sucesso pode ser menor.

Autorizo de forma livre e voluntária a realização do trabalho e terapêutica que me foram apresentados, dos quais recebi explicações claras, simples e compreendi os propósitos, riscos e custos, além de saber que os tratamentos seguem os adequados princípios técnicos, científicos e reconhecidos pela odontologia. Devido às características próprias da Implantodontia, o tratamento até a fase final, ou seja, do início da fase cirúrgica até a instalação da prótese pode levar até dois anos para ser concluído, ou em casos de enxerto esse prazo pode ser ainda maior. Fui informado que após o final do meu tratamento, o sucesso a longo prazo depende de um rigoroso controle de higienização e manutenção. É sugerido atender ao programa de manutenção periódica estabelecido de acordo com cada caso especificamente. Estou ciente que este programa de manutenção quando realizado no Instituto Prime, não é gratuito e que apresenta um valor informado no início do meu tratamento.

O paciente não pagará pelos honorários profissionais dos cirurgiões-dentistas que executarão o trabalho proposto, porém será responsável pelo pagamento de todo o material relacionado com as cirurgias, tais como: implantes, enxertos ósseos, membranas, Biomateriais. O paciente deverá também arcar com todas as despesas relacionadas com componentes das próteses e pelos trabalhos laboratoriais relacionados com prótese sobre implantes e sobre dentes. O paciente permite a realização de fotografias com finalidades científicas e didáticas desde que resguardada a privacidade durante todo o atendimento e não devendo ser exposta suas condições bucais desnecessariamente a público leigo. Declaro que fui informado que posso discordar e desistir do tratamento em andamento, tendo que me manifestar por escrito, assumindo todos os riscos e consequências que possam prejudicar a minha saúde bucal e a do tratamento já efetuado, eximindo a instituição, alunos e professores de quaisquer responsabilidades. O curso oferece a confecção e acompanhamento até a entrega final da prótese e mantém acompanhamento por mais seis meses de seu término para possíveis ajustes. No entanto as manutenções após esse prazo serão realizadas sobre as condições mencionadas acima, no quarto parágrafo deste documento.

Salvador, 13 de fevereiro de 2016

Auileme B. Trindade Santana
Assinatura do paciente

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 (DeC 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 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