

Joice Ribeiro

**REABILITAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DA ESTÉTICA DO SORRISO – ESTUDO
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Odontologia da Universidade de Santa
Cruz do Sul - UNISC para obtenção do título de
Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof., Me. George Valdemar Mundstock

Santa Cruz do Sul

2016

Joice Ribeiro

REABILITAÇÃO DA SAÚDE BUCAL E DA ESTÉTICA DO SORRISO – ESTUDO DE CASO

Este trabalho foi submetido à banca de avaliação do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Prof. Me. George Valdemar Mundstock

Professor Orientador - UNISC

Prof. Me. Átila Augusto Mundstock

Professor Examinador - UNISC

Prof. Me. Sônia Renner Hermes

Professor Examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, pelo dom da vida, pela proteção e por guiar meu caminho para que eu chegasse até aqui. Agradeço também a minha família, em especial minha mãe, Márcia Inês Lenhart, por me incentivar a começar essa jornada e torna-la possível, pela sua ajuda e amor constante, pela boa educação e principalmente, por me mostrar que é sempre preciso ir à luta, que as dificuldades virão, mas que é possível superá-las para alcançar nossos sonhos e objetivos. Muito obrigada mãe, você tem todo meu amor, admiração e gratidão.

Ao meu namorado sempre presente Juliano Toillier, por todo apoio prestado, pelo companheirismo, incentivo e por sonhar junto comigo os meus e nossos sonhos. Agradeço também por me proporcionar tantas coisas e momentos maravilhosos no decorrer desses quase dez anos. Muito obrigada, devo essa conquista também a você. Te amo muito!

A família do Juliano, que sempre me acolheu e tratou tão bem, como se fosse a minha. Obrigada por toda torcida e carinho, amo muito todos vocês, são minha segunda família.

As minhas amigas sempre muito presentes Kelin Bourscheidt, Iraiacê da Luz, Clarisa Marcon, Daniela Andrade, Andressa Costa Mallmann, Rosângela Hermes e Ana Paula Dornelles por sempre acreditarem em mim e no meu potencial e principalmente pela irmandade que possuímos. Meus dias são muito mais felizes porque vocês existem pra mim.

Ao meu professor orientador, George Valdemar Mundstock, por estar sempre presente, pela disposição comigo e com o meu trabalho, pelas dicas, ensinamentos e pela oportunidade de participar do projeto. O senhor é um exemplo de pessoa e profissional que levarei para sempre em minha vida. Obrigada por tudo professor!

A todos os professores do curso de Odontologia, por todos os ensinamentos passados durante este longo período, pela paciência e inspiração.

Aos colegas que se tornaram amigos ao longo desses cinco anos, meu muito obrigada pelos momentos inesquecíveis.

Ao paciente deste caso, por confiar em mim e pelo comprometimento e disposição que teve durante todo o período do tratamento.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

RESUMO

A procura pela Odontologia estética tornou-se cada vez mais frequente uma vez que busca devolver a harmonia e beleza do sorriso. Entretanto, o profissional deve associar o tratamento restaurador estético com o reestabelecimento da função e saúde bucal, para que se alcance o sucesso e longevidade almejados. O presente relato de caso teve como principal objetivo realizar uma reabilitação estética em um paciente de 33 anos, sexo masculino, atendido no Projeto “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Este paciente apresentava-se com um estado de saúde bucal precário, sendo necessário realizar primeiramente a adequação do meio afim de restabelecer a saúde e possibilitar o tratamento restaurador, sendo necessário um tratamento multidisciplinar que envolveu diversas áreas da Odontologia. O material de escolha para a reconstrução estética foi a resina composta, utilizando-se facetas diretas, o que possibilitou uma técnica conservadora, financeiramente viável e de bom resultado estético.

Palavras-chave: Reabilitação estética. Facetas dentárias. Adequação de meio bucal. Resina composta.

ABSTRACT

The search for Cosmetic dentistry has become increasingly common as it seeks to return the harmony and beauty of the smile. However, professionals should associate the aesthetic restorative treatment with the reestablishment of the function and oral health for achieving success and desired longevity. This case report aimed to achieve an aesthetic rehabilitation in a 33 year old male patient, attended the project "Rehabilitating smiles in search of a better quality of life of the population" Dentistry course at the University of Santa Cruz do Sul. This patient was in a state of poor oral health, it is necessary to first perform the compliance of the order to restore health and enable restorative treatment. The material of choice for cosmetic reconstruction was the composite resin, using direct veneers, allowing a conservative technique, financially viable and good aesthetic results.

Keywords: Aesthetic rehabilitation. Dental veneers. Adequacy of oral environment. Composite resin.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Radiografia panorâmica	22
Figura 2 – Radiografias periapicais	23
Figura 3 – Radiografias bite-wing	23
Figura 4 – Aspecto inicial: vista anterior das arcadas superior e inferior	24
Figura 5 – Aspecto inicial das faces palatinas e oclusais da arcada superior	25
Figura 6 – Modelo de estudo da arcada superior	26
Figura 7 – Modelo de estudo da arcada inferior	26
Figura 8 – Adequação de meio bucal nos dentes anteriores inferiores	28
Figura 9 – Acesso endodôntico dos dentes 12 e 13	29
Figura 10 – Radiografia final dos dentes 12 e 13 após obturação dos canais radiculares	30
Figura 11 – Radiografia final do dente 22 após obturação	31
Figura 12 – Radiografia da obturação do conduto radicular do dente 45	31
Figura 13 – Localização do dente supranumerário	32
Figura 14 – Dente 13 antes da realização da faceta	34
Figura 15 – Faceta direta de resina composta do dente 13	35
Figura 16 – Dente 22 antes da realização das facetas de resina composta	36
Figura 17 – Dentes 22 e 23 com as facetas de resina composta finalizadas	36
Figura 18 – Aspecto dos aumentos de coroa clínica após uma semana	37
Figura 19 – Aparelho ortodôntico removível em boca	38
Figura 20 – Posicionamento do dente 12 após uso do aparelho ortodôntico	39
Figura 21 – Incisivos centrais superiores e lateral superior direito aspecto final	40
Figura 22 – Aspecto inicial do paciente	41
Figura 23 – Aspecto final do paciente	42
Figura 24 – Aspecto final das facetas de resina composta	42

LISTA DE ABREVIATURAS

CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
RC	Resina Composta
OZE	Óxido de Zinco e Eugenol
MIH	Máxima Intercuspidação Habitual
RAP	Raspagem, Alisamento e Polimento
nm	nanômetros
s	segundos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Adequação de meio bucal	12
2.2 Estética.....	14
2.3 Aumento de coroa clínica.....	16
2.4 Resina Composta	18
2.5 Facetas diretas de resina composta.....	20
3 RELATO DE CASO	23
3.1 Adequação de meio bucal	28
3.2 Tratamento restaurador estético	34
3.3 Aspectos éticos	44
4 DISCUSSÃO	45
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DO CURSO DE ODONTOLOGIA	54
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55

1 INTRODUÇÃO

Apesar das grandes realizações e avanços na área da Odontologia, muitos problemas ainda permanecem, incluindo a cárie dental, a mais comum das doenças bucais. Além de comprometer a saúde oral, a cárie afeta a função das estruturas estomatognáticas e a estética do sorriso, sendo este último, um fator supervalorizado pelos pacientes atualmente.

No momento presente, a sociedade passou a dar grande importância à estética, o que motiva muitas vezes os pacientes a procurarem tratamento odontológico. Entretanto, o cirurgião-dentista deve ter em mente não somente a preocupação estética, mas também a questão funcional juntamente com a recuperação da saúde bucal (PAGANI, BOTTINO, 2003).

Durante muito tempo, a Odontologia considerou o tratamento restaurador como a solução para a doença cárie, onde só eram tratados os sinais e sintomas, o que poderia levar com o tempo à recidivas ou até mesmo a perda do elemento dental. Porém, em uma proposta atual, o profissional não deve se limitar ao curativismo, e sim, implementar em sua prática a promoção de saúde (TOLEDO, 1996).

Atuando em um conceito de saúde bucal integrada às necessidades dos pacientes, busca-se alternativas de tratamento que se apliquem biológica, funcional, e esteticamente para aqueles que procuram os serviços odontológicos. Ainda neste contexto, é de suma importância que ao seguir estes princípios, leve-se em consideração a visão do paciente, integrando sua situação sócio-econômica aos cuidados terapêuticos necessários, fornecendo-lhe um tratamento efetivo e personalizado, o mais próximo possível do ideal (MANFIO et al., 2006).

O desenvolvimento de técnicas e materiais restauradores favorecem novas possibilidades que devem ser analisadas e consideradas. Dentro deste contexto, é indispensável planejamento e conhecimento das novas técnicas e materiais por parte do profissional. Planejamentos reabilitadores estéticos e funcionais necessitam da integração de diversas áreas específicas da Odontologia (VIANA et al., 2012).

O desenvolvimento das resinas compostas e dos sistemas adesivos tem possibilitado a solução de forma direta de inúmeras situações clínicas que influenciam negativamente na estética do sorriso. Os compósitos, dentro de suas

limitações e indicações, são materiais que se destacam, proporcionando excelentes resultados em casos de reabilitações estéticas, sendo viável também do ponto de vista funcional e financeiro (SILVA; CHIMELI, 2011).

O cirurgião dentista não somente é procurado para devolver a estética em dentes com lesões unitárias simples, com frequência, se depara com reabilitações extensas, com dentições que possuem alterações estéticas e funcionais significativas que podem decorrer de um longo período de tempo. Estas alterações, podem ocorrer por negligência do paciente com sua saúde bucal, ou por consequência de alinhamento irregular dos dentes, colapso oclusal e periodontal, dentição mutilada ou até mesmo uma combinação destes fatores, o que requer na maioria das vezes uma atuação de várias áreas clínicas com uma abordagem multidisciplinar (MONDELLI, 2003).

Este trabalho tem como finalidade mostrar o tratamento realizado em uma reabilitação de saúde bucal e estética, com um tratamento complexo e multidisciplinar, onde associou-se procedimentos de periodontia, endodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, ortodontia e dentística para reestabelecimento da saúde. Facetas diretas de resina composta, foram confeccionadas nos dentes anteriores e primeiros pré-molares superiores para devolver a estética do sorriso. Os procedimentos evidenciam uma alternativa de tratamento conservador, seguro e eficaz para melhorar a condição bucal do paciente, alcançando um resultado final satisfatório.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Adequação de meio bucal

A cárie dentária é uma doença crônica, mutiladora e de alta prevalência no Brasil, sendo o maior fator responsável pela dor e pela perda de dentes ao longo da história da humanidade. Apesar de ser considerada uma doença infectocontagiosa, sabe-se que a cárie é dependente de fatores comportamentais individuais, como hábitos dietéticos e de higiene. Determinantes socioculturais, como renda, escolaridade e acesso à água fluoretada e serviços odontológicos também influenciam no aparecimento da doença (PEREIRA; ANAUATE-NETTO; GONÇALVES, 2014).

Atualmente, não se pode falar em Odontologia Restauradora sem associar medidas de prevenção e promoção de saúde. Para controlar a doença cárie, o paciente deve ser analisado do ponto de vista biológico, psicológico e social (GURGEL et al., 2011). A promoção da saúde não passa pela utilização de alta tecnologia e materiais sofisticados, mas sim por um controle da doença , “sem dor”, sem medo e sem estresse para o paciente (REIS et al., 2010).

Ao se avaliar o modelo tradicional de atendimento odontológico, percebe-se que o tratamento restaurador apresenta muitos problemas e que, com o tempo, a tendência é de gerar ainda mais necessidades restauradoras se a cárie dentária não for tratada realmente como uma doença. Diante disso, é necessário uma interação entre as medidas de promoção da saúde e o tratamento restaurador, afim de que a Odontologia deixe de ser um serviço baseado essencialmente na restauração e passe a ter como objetivo primário a saúde dos pacientes.

A verdadeira cura para a doença cárie está em instruir os pacientes sobre os fatores que causam a doença. As restaurações sozinhas, normalmente não oferecem essa ajuda, portanto, não fornecem a cura que frequentemente se acredita que elas proporcionem. A decisão de iniciar um tratamento restaurador só será apropriada se, ao mesmo tempo, medidas de promoção de saúde também forem aplicadas. (BARATIERI et al., 2015).

Com a finalidade de promoção de saúde bucal, principalmente em pacientes com alta atividade cáries, o tratamento da cárie pode ser iniciado pela adequação de meio. Este procedimento é considerado um tratamento preparatório, que envolve

ações curativas e educativas, onde um conjunto de medidas é empregado, para levar ao controle dos fatores causais da doença e permitir uma melhor condição de atendimento (BUSATO et al., 1997).

A adequação de meio bucal é uma prática de mínima intervenção e promoção da saúde que pode ser alternativa no planejamento e tratamento dos pacientes na prática odontológica. É realizada em várias sessões, e conta com etapas de educação em saúde, controle da placa bacteriana, remoção de nichos retentivos, fluoroterapia e restauração de cavidades com cimentos provisórios como óxido de zinco e eugenol reforçado ou CIV convencional (SILVA et al, 2013).

Na adequação de meio bucal, deve ser removido tecido infectado das lesões cáries abertas, e estas, devem ser preenchidas preferencialmente com CIV. Esta conduta, visa interromper o desenvolvimento das lesões ativas e diminuir a atividade da doença ao se reduzir o nível de infecção bucal, além de melhorar as condições de higienização pelo paciente, uma vez que as cavidades favorecem a retenção de alimentos e dificultam a escovação.

Ainda nas sessões de adequação de meio, devem ser removidos os dentes ou restos radiculares condenados, excessos de restaurações insatisfatórias e realizados os procedimentos pulpares necessários. Com relação às instruções de higiene oral, o paciente deve receber profilaxia profissional e/ou tratamento periodontal básico, e ser orientado quanto à técnica e frequência de escovação (ATTA; LOURO; VIEIRA, 2008).

Os cimentos de ionômero de vidro são os materiais de preferência na adequação de meio em função de suas propriedades. Dentre elas, destaca-se a adesividade química com a estrutura dental e a liberação de flúor. Além da liberação pelo próprio material, podem agir como um reservatório pela absorção de fluoretos advindos da aplicação de flúor tópico ou da escovação com dentifrícios fluoretados, elevando os níveis de flúor no biofilme e na saliva na vizinhança imediata da restauração, conferindo-lhe um efeito anticariogênico (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013).

Também pode ser utilizado como material temporário o cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE) modificado tipo II, por apresentar propriedades fundamentais ao selamento das cavidades, como biocompatibilidade, selamento periférico satisfatório, fácil remoção, resistência a abrasão e atrição, fácil manipulação e inserção. Porém, o cimento de OZE está contraindicado em lesões de maior

extensão e pouca profundidade que impossibilitem a retenção do material (MASSARA et al., 1997).

A adequação de meio bucal deve ser entendida como uma fase de transição, realizada previamente ao tratamento restaurador definitivo. É uma fase inicial e intermediária, de reintegração da cavidade bucal às condições de saúde, função e estética, onde o paciente deve ser motivado e orientado a participar ativamente do seu tratamento (ATTA; LOURO; VIEIRA, 2008).

2.2 Estética

O conceito de estética é extremamente subjetivo, e está relacionado à beleza, harmonia e é dependente de diversos fatores que a influenciam. Fatores sociais, psicológicos, culturais, época e idade, podem variar o conceito de estética de cada indivíduo. Portanto, por ter um caráter estritamente pessoal, não há regras para consegui-la. Entretanto, a estética está intimamente relacionada às necessidades do paciente e é orientada pela forma e função, cuja relação determina o tipo de tratamento (MONDELLI, 2003).

A estética participa de forma muito importante atualmente em Odontologia, uma vez que a população despertou sua preocupação com saúde aliada à beleza. Podemos observar um considerável aumento na demanda pela área estética, e isso se deve a três fatores principais: globalização dos padrões de beleza, evolução dos materiais e técnicas e velocidade na divulgação e propagação do conhecimento (BUSATO; HERNANDEZ; MACEDO, 2002). Esta busca constante pelo belo pode ser considerada positiva, e vem ajudar também, a implantar saúde psicológica individual (REGES et al., 2002).

Não há dúvidas que vive-se em uma sociedade visual, onde frequentemente associa-se beleza e sucesso. A beleza representada por rostos bonitos e harmônicos, onde destacam-se bocas, lábios, sorrisos amplos com dentes claros e bem delineados. O sucesso é representado pelo campo das realizações, como dinheiro, posição e destaque social e bons relacionamentos pessoais. Ambos estão interligados, pois a expressão facial é o elemento mais importante no processo de comunicação não-verbal (BUSATO; HERNANDEZ; MACEDO, 2002; GOLDSTEIN; FRITZ, 1981).

O clínico deve estar habilitado para observar detalhes e aspectos que são imprescindíveis para um adequado planejamento e, conseqüentemente, para um correto tratamento restaurador estético. Deve-se sempre ter em mente que a odontologia estética é uma especialidade que deve estar a serviço da saúde, com isso, será possível trabalhar com ética, e com uma visão de promoção de saúde de modo integral (CONCEIÇÃO et al., 2005).

A estética em Dentística é definida como a arte de criar, reproduzir, copiar e harmonizar restaurações com estruturas dentais e anatômicas circundantes, de modo que o trabalho se torne belo, expressivo e imperceptível. Além disso, a Odontologia estética atual visa contribuir para a recuperação e/ou manutenção da saúde oral, fornecendo recursos e soluções viáveis para que se possa restabelecer estética associada aos aspectos funcional e biológico (LOURO; GALAZI; MOSCON, 2009).

Na Odontologia estética, é fundamental que o profissional possua a capacidade de uma visão ampla, que englobe a macroestética e a microestética. A macroestética compreende os fatores relacionados à face, ao periodonto e a visão dos dentes em grupo. Já a microestética, é uma observação mais focada nos dentes, onde analisa-se os detalhes individuais de cada elemento dentário (CONCEIÇÃO et al., 2007).

Três elementos de composição são procurados em conjunto para se obter a estética ideal de um sorriso: simetria da linha média (correspondência de forma, cor, textura e posicionamento entre os elementos dentários do arco superior), dominância anterior (incisivos centrais superiores devem aparecer 100% como os mais largos, brancos e mais vistos no aspecto frontal) e progressão regressiva (diminuição gradativa de 62% e na mesma proporção em direção aos posteriores), criada pela curvatura do arco dental (MONDELLI et al., 2006).

É necessário que se estabeleça certos conceitos relacionados aos principais problemas relacionados a estética bucal e facial, para diante disso se realizar uma abordagem objetiva, procurando definir padrões estéticos relacionados aos dentes e sua relação com as estruturas adjacentes, gengiva e lábios, bem como com a face. A Odontologia estética requer muita atenção na hora de identificar problemas que estejam causando desconforto ao paciente, portanto, é necessário que cada caso seja tratado individualmente, respeitando as limitações do mesmo e as necessidades de cada um (MENEZES FILHO et al., 2006).

2.3 Aumento de coroa clínica

O sorriso não é composto apenas pelos dentes, os tecidos que os circundam também fazem parte da sua composição e estão sujeitos ao olhar do observador. A influência do periodonto na composição harmônica do sorriso, tem levado alguns autores a utilizarem o termo “estética rosa”, devido a presença de alguns parâmetros de estética gengival que devem estar presentes e inter-relacionados (PEREIRA; ANAUATE-NETTO; GONÇALVES, 2014).

Muitas vezes, para obtenção de resultados mais estéticos, faz-se necessário a intervenção nos tecidos periodontais almejando a harmonia na composição dente/periodonto, que em alguns casos, pode estar ausente (PEREIRA; ANAUATE-NETTO; GONÇALVES, 2014). O aumento de coroa estético pode ser indicado quando os dentes anteriores possuem coroas muito curtas ou na presença de sorriso gengival. O tratamento deve ser implementado após o diagnóstico e a etiologia serem determinados (ROSE et al., 2007).

A cirurgia para aumento de coroa clínica é cada vez mais utilizada afim de criar simetria das margens gengivais, sendo uma das ferramentas da periodontia na busca pela estética. O seu correto planejamento e execução traz excelentes resultados estéticos e funcionais (PIMENTEL et al., 2010).

Nas reabilitações bucais, a abordagem multidisciplinar envolvendo o tratamento cirúrgico periodontal seguido do tratamento restaurador tornou-se cada vez mais frequente, pois as exigências no que concerne à qualidade dos trabalhos estéticos tem aumentado, principalmente em casos mais complexos ou quando há envolvimento de dentes anteriores (OKIDA; RAHAL; OKIDA, 2015). Para que o sorriso fique adequado e em harmonia, deve-se procurar uma simetria entre dentes, gengiva e lábio, onde o aumento de coroa clínica muitas vezes é uma grande opção de tratamento para a correção de desarmonias (TREVISANI; MEUSEL, 2014).

As indicações para o aumento de coroa clínica são: dentes com coroa clínica ou anatômica curta, dentes com hiperplasia gengival, em casos de invasão do espaço biológico por fratura ou cárie, elementos dentais com aparência antiestética ou ainda dentes com preparos protéticos curtos e não-retentivos (CONCEIÇÃO et al., 2007).

Em contrapartida, é contraindicado o procedimento quando houver processo inflamatório nos tecidos periodontais, controle de placa insatisfatório, proporção

coroa raiz desfavorável, risco de exposição da furca em dentes multirradiculares, possibilidade da criação de desníveis que possam interferir na estética e quantidade insuficiente de gengiva inserida (CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

Em alguns casos, o que é tratado como contraindicação, deve ser entendido como limitação temporária, como nos casos de inflamação gengival por falta de higienização. Um correto controle de infecção deve ser realizado pelo profissional em conjunto com a paciente afim de obter um ambiente favorável para o procedimento cirúrgico e melhorar as condições pós-operatórias (RISSATO; TRENTIN, 2012).

O aumento de coroa clínica pode envolver apenas remoção de tecido mole, ou tecido mole e osso alveolar. Afim de estabelecer um correto diagnóstico e indicação da técnica, deve-se realizar exames periodontais detalhados, avaliação dos fatores etiológicos, higiene oral, presença de alterações mucogengivais, avaliação oclusal e exame radiográfico (NEWMAN; TAKEI; KLOKKEVOLD, 2007).

A seleção incorreta da técnica nos casos em que há pequena quantidade de gengiva queratinizada, pode causar retração gengival excessiva, exposição trans-cirúrgica de tecido ósseo, predisposição à doença periodontal e perda dentária (PEDRON et al., 2010). Em casos com finalidade estética na região ântero-superior, podem acontecer complicações pós-operatórias quando não houver bom planejamento. Podem ocorrer perda da papila gengival, prolongamento extremo da coroa clínica, coroas clínicas desiguais e alterações fonéticas (MORLEY; EUBANK, 2001).

Nos casos em que facetas ou coroas estiverem planejadas, a determinação da futura margem protética ou restauradora (que deve coincidir com a margem gengival) é que vai determinar a extensão da osteotomia. Não existem restrições quanto ao risco de exposição da raiz, pois a prótese ou restauração irá corrigir essa área sem prejuízos estéticos. Nesses casos, o tempo de cicatrização necessário para formação do sulco gengival e estabilidade da margem gengival varia de três a seis meses podendo chegar a um ano, dependendo da extensão do procedimento periodontal. Este tempo deve sempre ser respeitado antes do tratamento restaurador definitivo (CARVALHO; SILVA; JOLY, 2010).

A estabilidade da margem gengival é obtida cerca de seis meses após a cirurgia. Existem alguns fatores que contribuem para esta estabilidade: características da cicatrização individual do paciente, reformulação do espaço

biológico, adequada arquitetura óssea criada durante o procedimento cirúrgico, presença de procedimentos restauradores, controle de biofilme no pós-operatório e margem do retalho após sutura (DEAS et al, 2004).

Em casos de coroa clínica curta, se faz necessário o uso de técnicas cirúrgicas periodontais, visando proporcionar um aumento da extensão coronária de um ou mais elementos envolvidos na estética do sorriso, com o objetivo de melhorar a forma, o contorno e aspecto gengival. Alguns fatores devem ser avaliados previamente à escolha e execução da técnica cirúrgica, tais como, a localização da margem gengival em relação a junção cimento-esmalte, a crista óssea, e a relação coroa-raiz-osso alveolar (MARQUES et al., 2012).

2.4 Resina Composta

Atualmente, há uma grande valorização de um sorriso esteticamente agradável e harmonioso. Consequentemente, o desenvolvimento de materiais que proporcionem essas características é fundamental para que se possa alcançá-las. Portanto, nos dias de hoje, há um destaque considerável para os materiais restauradores adesivos estéticos como os compósitos resinosos (HOLANDA; SIMÕES; KHALILI, 2006).

A evolução das resinas compostas iniciou-se na década de 50, quando Buonocore propôs a técnica do condicionamento ácido do esmalte, possibilitando uma adesão à estrutura dental. Em 1956, Bowen introduziu o Bis-GMA, que aperfeiçoou as propriedades dos compósitos resinosos, ampliando consequentemente sua indicação. Já em 1976, Nakabayashi instituiu o condicionamento ácido total, aumentando ainda mais a adesão das resinas à estrutura dental (DA SILVA et al., 2008).

A evolução dos materiais restauradores foi o que possibilitou a estética dental atual. A odontologia estética depende, diretamente, da odontologia adesiva (BUSATO; HERNANDEZ; MACEDO, 2002).

Um compósito, consiste em uma combinação de dois ou mais materiais. No caso das resinas compostas, possuem três componentes principais: matriz resinosa orgânica, carga inorgânica e agente de união. A resina forma a matriz do material, unindo as partículas de carga através do agente de união (NOORT, 2010).

Constantemente, busca-se a melhora e aprimoramento dos materiais odontológicos afim de otimizar os procedimentos. A nanotecnologia possibilitou o desenvolvimento de resinas compostas com partículas de carga de 5 a 75 nm. Neste material, conseguiu-se obter as propriedades mecânicas semelhantes aos compósitos microhíbridos, somada às vantagens estéticas das resinas microparticuladas, ou seja, uma adequada resistência ao desgaste aliado à um bom polimento, respectivamente (ANDRADE et al., 2009).

Os dentes naturais são policromáticos e ricos em detalhes e reproduzir estas características não é uma tarefa simples. Diante disso, as resinas atuais apresentam uma ampla variedade de cores e efeitos, proporcionando diferentes combinações de translucidez e opacidade. Além disso, são fáceis de manusear e inserir, o que facilita a escultura da anatomia dental. Com base nessas qualidades, reabilitações com resina composta tornam possível a reprodução de detalhes específicos e individuais da dentição natural, de uma forma esteticamente satisfatória (NAHSAN et al., 2012).

Uma questão importante para obtenção da estética é a seleção da cor. Simplificadamente, a cor pode ser dividida em matiz, croma e valor. O matiz é definido como o nome principal da cor que é percebida pela observador, e em resinas está representada pelas letras A, B, C e D, significando respectivamente as cores marrom, amarelo, cinza e rosa. O croma é a saturação de um determinado matiz, sendo identificado por uma numeração de 1 a 4, cuja ordem é crescente na intensidade do matiz. Por fim, o valor se refere à luminosidade da cor, e está relacionada com a quantia de preto e branco em um objeto. Este fenômeno define a vitalidade da restauração (HIRATA; AMPESSAN; LIU, 2001).

Outro aspecto importante para obtenção de resultados estéticos, diz respeito às propriedades ópticas das resinas, como a fluorescência e opalescência. A opalescência é uma característica inerente ao esmalte, e pode ser mais facilmente detectada na região incisal do dente. Quando o esmalte é submetido à luz refletida, permite a passagem de ondas de luz de longo espectro como o laranja-avermelhado, e com isso, reflete as ondas curtas, de cor cinza-azulado. Já a fluorescência, é um fenômeno mais percebido na dentina, sendo caracterizada pela capacidade de absorver energia luminosa de ondas curtas, principalmente a ultra-violeta, e propagá-la para o espectro visível como branco intenso e azul-claro (CONCEIÇÃO et al., 2007).

2.5 Facetas diretas de resina composta

Muitas situações clínicas que necessitam de resistência e/ou estética, antigamente só eram possíveis com trabalhos protéticos mais invasivos. Hoje, são solucionados perfeitamente com técnicas mais conservadoras utilizando-se compósitos. Uma dessas técnicas é o facetamento direto com resina composta (ALMEIDA et al., 2004).

As facetas podem e são utilizadas para correções ou leves desarmonias na forma, posição, alinhamento, proporção, textura e cor dos elementos dentários. Podem ser utilizadas como recurso para problemas que ocorrem de forma generalizada ou isolada (HIRATA; CARNIEL, 1999).

A faceta de resina está indicada para casos onde 2/3 ou mais de estrutura dental vestibular esteja comprometida com alterações de forma, cor e/ou textura, quando não for possível recuperá-la com técnicas menos invasivas, como o clareamento dental ou microabrasão (ALMEIDA et al., 2004). Podemos também indicá-la, quando o fator econômico for determinante, uma vez que com a resina composta se consegue um reestabelecimento da forma, função e estética aliado à um baixo custo (MANFIO et al., 2006).

Quando corretamente indicado, o facetamento é uma alternativa de tratamento altamente satisfatória, tendo como principais vantagens a preservação de estrutura dental, facilidade e simplicidade da técnica. Entretanto, é necessário que o operador conheça as propriedades dos materiais estéticos adesivos e da técnica restauradora (WANDERLEY E LIMA et al., 2013).

Em comparação com as facetas de cerâmica, as de resina composta apresentam as seguintes vantagens: técnica rápida, menor custo, não necessita de etapas laboratoriais, não requer moldagens e nem confecção de coroas provisórias (CARDOSO et al., 2011). Já os aspectos de durabilidade, apesar de inferiores, são satisfatórios. Porém, o tempo de vida não pode ser estimados com precisão, em função do caráter multifatorial envolvido (HIRATA; CARNIEL, 1999).

As restaurações de resina composta possuem algumas características indesejáveis como a contração de polimerização, falha no vedamento entre dente e restauração e manchamento superficial, principalmente em pacientes fumantes e/ou que ingerem com frequência substâncias corantes (DA SILVA et al., 2008; CORRÊA NETO et al., 2012).

A literatura odontológica não possui um consenso sobre a longevidade das restaurações de RC. Isso se deve ao fato de muitas variáveis afetarem a longevidade das mesmas, como o tipo de dentição, localização e tamanho da restauração, indicação, tipo de material, adesão da RC ao dente, dentre outras. Dessa forma, todos os passos operatórios são importantes para que se obtenha a maior longevidade possível (DEMARCO et al, 2012; DRAKE; MARYNIUK; BENTLEY, 1990).

Para realização de um correto diagnóstico e indicação da técnica de facetamento, deve-se fazer um minucioso exame clínico. Durante este exame deve-se observar: quantidade e qualidade da estrutura dentária, presença de escurecimento, distâncias biológicas, análise de oclusão e ainda, higienização do paciente (DE SÁ; PASCOTTO, 2004).

A obtenção do sucesso funcional e estético das facetas em resina composta depende principalmente do cirurgião dentista, que deve compreender os princípios básicos dos sistemas adesivos e das RC atuais, além de ter uma visão multidisciplinar, que lhe possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente. A Dentística estética exige observação, paciência e aplicação meticulosa das técnicas e protocolos. Além disso, é muito importante avaliar os contatos oclusais existentes em MIH e nos movimentos excursivos (MULLER; MONTENEGRO, 2010).

A possibilidade de reparos em restaurações diretas de RC é uma grande vantagem comparada às indiretas, pois nas indiretas uma pequena fratura resulta na substituição do trabalho (SOUZA et al., 2003; SOBREIRA et al., 2008). Por muito tempo, o tratamento tradicional para as restaurações diretas diante de pequenas imperfeições também foi a substituição completa. Porém, recentemente, a realização de reparos tem sido proposta e enfatizada, concebendo uma abordagem mais conservadora, de melhor custo-benefício, menor tempo clínico e menor trauma pulpar (BACCHI et al., 2010).

Com relação ao preparo da face vestibular para a confecção da faceta, pode-se empregar diferentes tipos de instrumentos cortantes rotatórios. Mas, quaisquer que sejam, devem respeitar a convexidade da face vestibular. A quantidade de tecido a ser desgastada depende do grau de escurecimento do elemento dental e da resina composta a ser utilizada. Para dentes com intensa alteração de cor

preconiza-se desgaste mais acentuado, e com relação às RC, as translúcidas também exigem um maior desgaste da face vestibular (HOEPPNER et al., 2003).

A última e imprescindível etapa na confecção de restaurações diretas de RC é o acabamento e polimento. Durante esta etapa, são criadas características que influenciarão diretamente na performance clínica da restauração, entre elas, a lisura superficial e o brilho. As restaurações de RC devem apresentar lisura semelhante ao esmalte natural, sem causar alteração na percepção de conforto, na retenção de biofilme ou na resistência ao manchamento ou descoloração. Já o brilho adquirido no polimento, influencia na aparência e em quão natural e imperceptível a restauração irá se adaptar à estrutura dentária remanescente (SENSI; ROULET; MARSON, 2013).

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 33 anos de idade, apresentou-se no projeto de Estética e Cosmética “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, relatando sensibilidade em alguns elementos dentários e em busca de uma melhora estética e funcional de sua condição bucal.

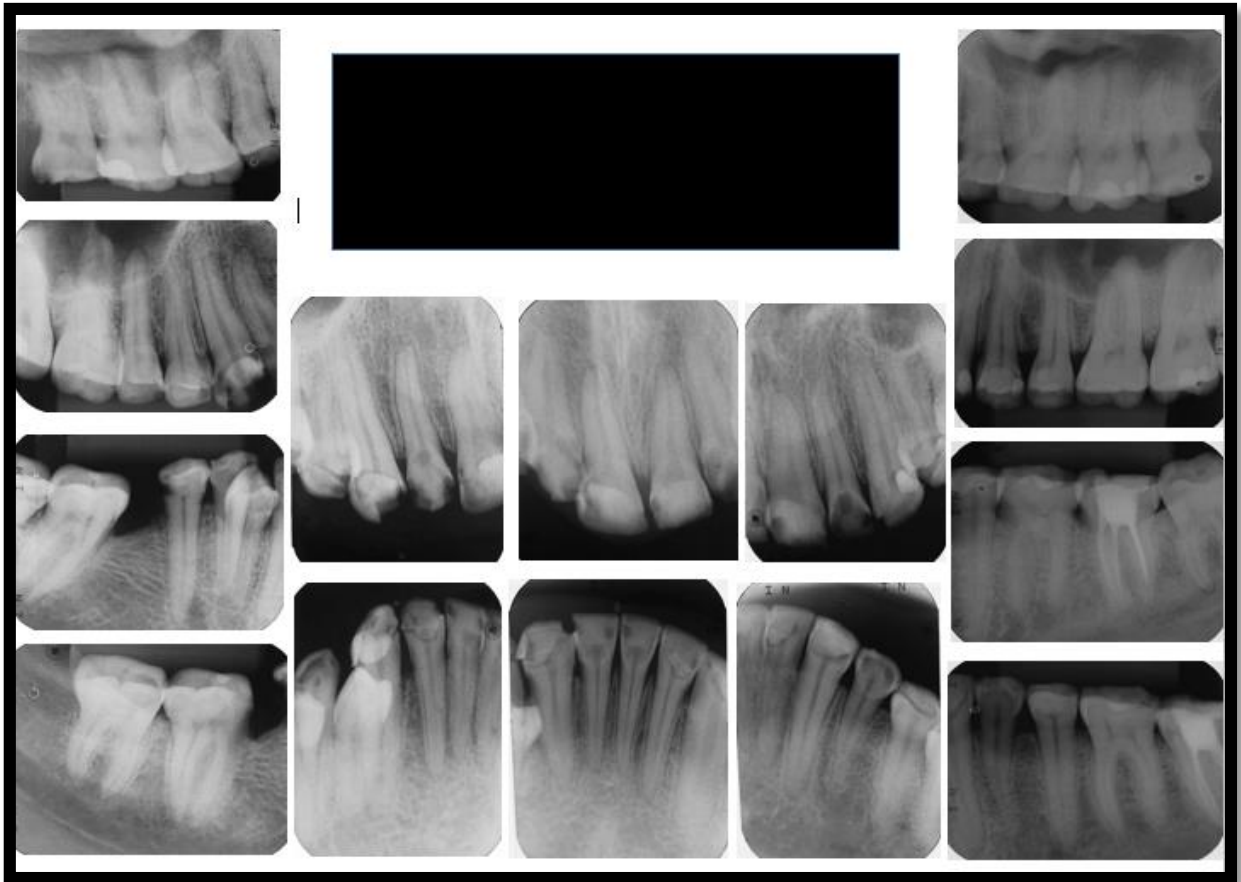
Na primeira consulta, o caso foi avaliado pelo professor coordenador do projeto em conjunto com a estudante. Após anamnese, foi realizado exame clínico, para juntamente com os exames radiográficos (Figura 1, 2 e 3) serem avaliadas as necessidades do paciente.

Figura 1 – Radiografia panorâmica



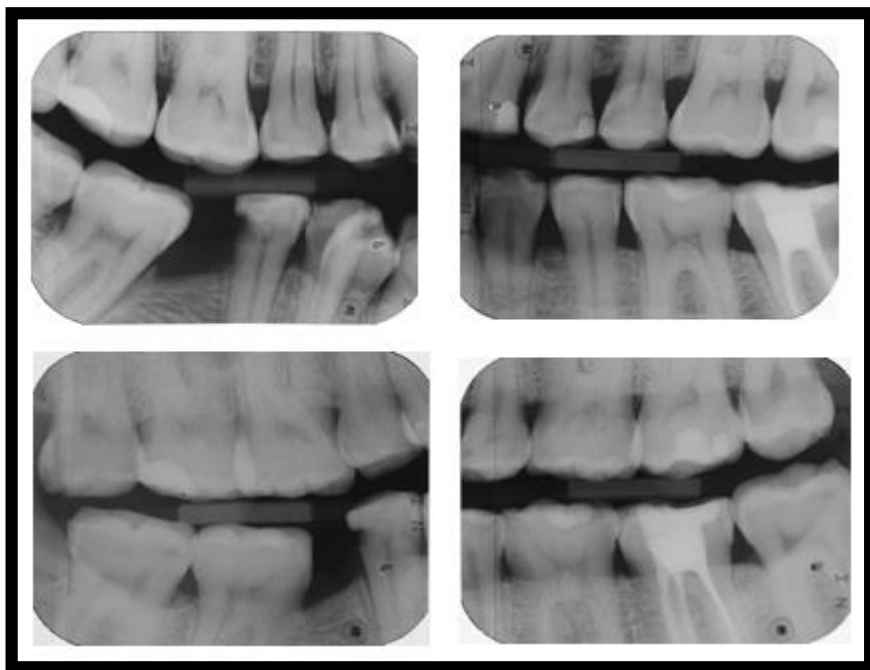
Fonte: acervo do curso de Odontologia UNISC

Figura 2 – Radiografias periapicais



Fonte: acervo do curso de Odontologia UNISC

Figura 3 – Radiografias bite-wing



Fonte: acervo do curso de Odontologia UNISC

Mediante estes exames, diagnosticou-se que o paciente apresentava lesões cariosas nos dentes 18, 17, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 37, 34, 32, 31, 41, 42, 44, 45, 46 e 47, necessidade de endodontias no 12, 13, 22 e 45, substituição e reparo de restaurações insatisfatórias nos elementos dentários 31, 32, 33, 41, 42, e 43 e exodontia do 18, 28, 38 e do dente supranumerário. Nesta consulta inicial, também foram realizados registros fotográficos do caso, com câmera Nikon D90, lente Nikon macro 105mm e flash twin R1C1 Nikon (Figura 4 e 5).

Figura 4 – Aspecto inicial: vista anterior da arcada superior e inferior



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 5 – Aspecto inicial das faces palatinas e oclusais da arcada superior



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Ainda para auxiliar no planejamento, foi realizado moldagem das arcadas superior e inferior com alginato Jeltrate® Plus (Dentsply – Petrópolis, RJ) e moldeiras de metal do tipo Vernes (Tecnodont – São Paulo, SP) para confecção de modelos de estudo (Figura 6 e 7). Os modelos foram confeccionados em gesso tipo III Herodent® (Vigodent – Rio de Janeiro, RJ). Ainda nesta sessão, foi aplicado cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® (SS White – Rio de Janeiro, RJ) no dente 13, em função da exacerbada sensibilidade que o paciente relatava neste elemento.

Figura 6 - Modelo de estudo da arcada superior



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 7- Modelo de estudo da arcada inferior



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Durante a anamnese, o paciente disse ser fumante, consumidor de grande quantidade de refrigerante do tipo cola, e também relatou que os processos cariosos iniciaram-se durante o tratamento ortodôntico que havia sido interrompido cerca de um ano atrás em função de dificuldades financeiras, e pelo mesmo motivo, não foi possível procurar tratamento odontológico para resolução dos mesmos. Além das necessidades para reestabelecimento da saúde bucal, era de grande desejo do paciente uma melhora na sua condição estética.

Após o exame clínico e diante dos exames radiográficos, modelos de estudo e fotografias do paciente, foi realizado um plano de tratamento individualizado, levando em consideração a situação de saúde bucal do paciente, remanescentes dentários, sua condição financeira, necessidades e expectativas. Foi proposto então uma adequação de meio bucal para restabelecimento da saúde, e afim de devolver-lhe estética e harmonia do sorriso, aumento de coroa clínica nos dentes 12, 11 e 21, seguido da confecção de facetas diretas em resina composta de todos os dentes anteriores e primeiros pré-molares superiores. Para o dente 12, em função do seu posicionamento palatinizado em relação aos demais dentes do arco, foi confeccionado um aparelho ortodôntico removível com mola helicoidal dupla para descruzamento do dente em questão.

3.1 Adequação de meio bucal

Para reduzir o tempo de tratamento, o paciente foi atendido paralelamente ao projeto no Estágio Supervisionado I, com a mesma acadêmica, onde foi realizado a adequação de meio bucal afim de diminuir o grande número de focos infecciosos, facilitar a higienização após selamento das cavidades e evitar a progressão das lesões de cárie. Em todas as sessões, foi empregado uso de equipamento de proteção individual completo, composto por luvas de látex de procedimentos (Supermax® - Curitiba, PR), gorro e máscara (Fava® - São Paulo, SP) e óculos de proteção. Também era realizado antissepsia bucal através de bochechos de solução de clorexidina 0,12%.

Primeiramente, realizou-se tratamento periodontal básico, onde foi feita RAP com uso de ultrassom, profilaxia com escova de Robinson (Microdont® – São Paulo, SP) e pasta profilática Herjos® (Vigodent – Rio de Janeiro, RJ), aplicação tópica de flúor gel DFL (Nova DFL – Taquara, RJ) e orientações de higiene oral.

Em uma próxima sessão, foi feita remoção de tecido cariado dos elementos 31, 32, 41 e 42 com brocas de aço esféricas de número 4 e 6 (KG Sorensen® – Cotia, SP), em baixa rotação. Reparo nas restaurações classe V com excesso, nos dentes 33 e 43 com ponta diamantada 3195 em alta rotação (KG Sorensen® – Cotia, SP), afim de fornecer condições de melhor higienização e reparo do tecido gengival. Também foi realizado remoção de tecido gengival hiperplásico com eletrocautério dos elementos 41, 42 e 43 e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro Vidrion-R (SS White – Rio de Janeiro, RJ) no 31, 32, 41 e 42 (Figura 8).

Figura 8 – Adequação de meio bucal nos dentes anteriores inferiores



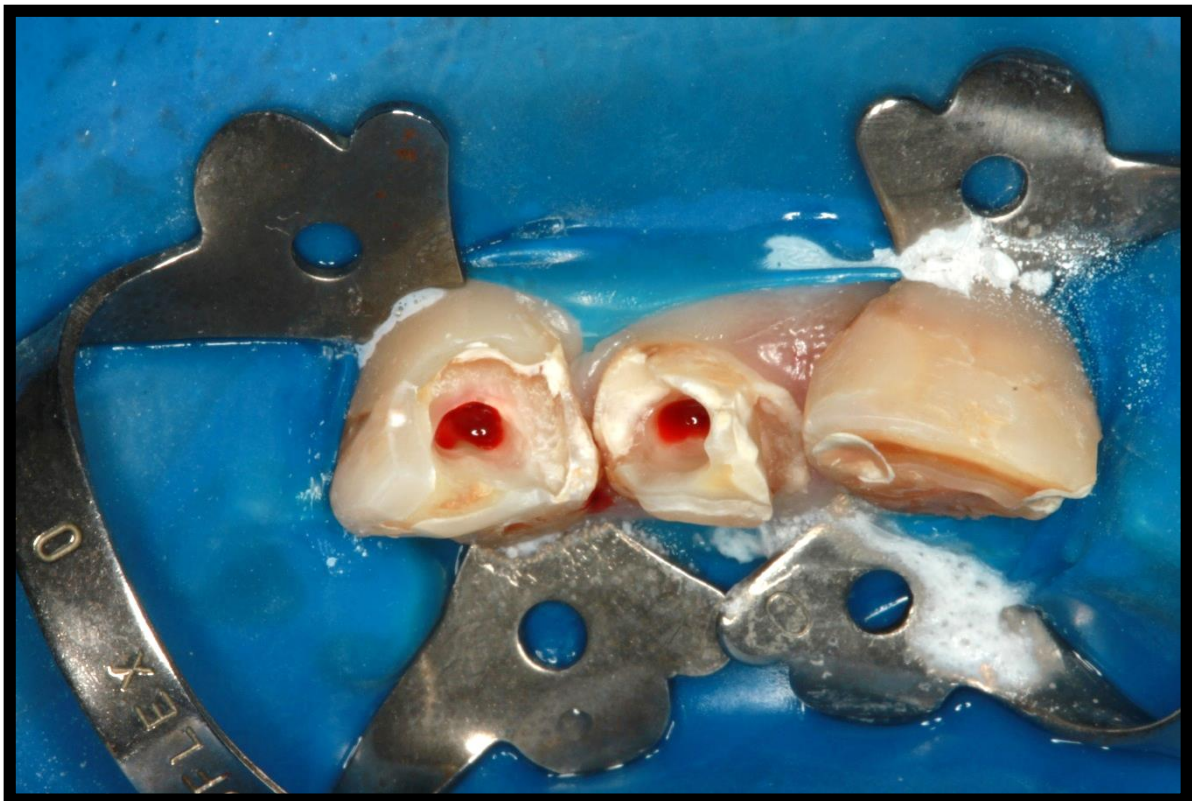
Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Nas sessões subsequentes, foi removido tecido cariado dos dentes 17, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 27, 34, 44, 45, 46 e 47 com brocas de aço esféricas de número 4 e 6 (KG Sorensen® – Cotia, SP) e curetas para dentina (SS White Duflex® – Rio de Janeiro, RJ) e todos foram selados com CIV Vidrion-R® (SS White – Rio de Janeiro, RJ) para estagnação do processo carioso através da liberação de flúor.

Ainda como adequação do meio bucal, realizou-se tratamento endodôntico nos dentes 12, 13, 22 e 45 e exodontia dos terceiros molares superiores e inferior esquerdo e supranumerário localizado na lingual entre os dentes 33 e 34. A

endodontia dos elementos dentários 12 e 13 foram realizadas juntas, em duas sessões, mediante isolamento absoluto com dois grampos de nº 0 (SS White Duflex® – Rio de Janeiro, RJ) e lençol de borracha (Madeitex® – São José dos Campos, SP) abrangendo os dentes 13, 12 e 11. O acesso endodôntico foi realizado pelas faces vestibulares em função da ampla destruição das mesmas, utilizando-se ponta diamantada 1014 e 4083 (KG Sorensen® – Cotia, SP) (Figura 9). Os canais radiculares foram preparados através da técnica coroa-ápice, com uso de limas endodônticas de 1º e 2º série do tipo K (Dentsply® – Suíça) de forma manual e com sistema oscilatório. Como solução irrigadora utilizou-se hipoclorito de sódio 1%, e como medicação intracanal o Otosporin. A obturação dos condutos foi feita com cones de guta percha principais e acessórios e cimento endodôntico Endofill® (Dentsply – Petrópolis, RJ) (Figura 10). Após o corte, sobre os cones de guta percha, foi colocado CIV Vidrion-R.

Figura 9 – Acesso endodôntico dos dentes 12 e 13



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 10 – Radiografia final dos dentes 12 e 13 após obturação dos canais radiculares



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

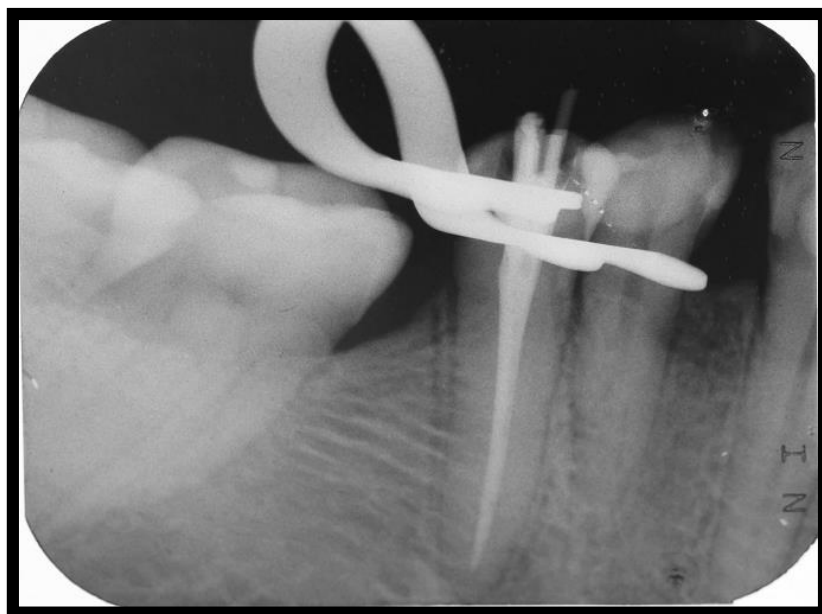
A endodontia dos dentes 22 e 45 foram realizadas em sessão única (Figura 11 e 12). Mediante isolamento absoluto com grampo 211 para o 22 e 206 para o 45 e lençol de borracha, foi feito acesso endodôntico com ponta diamantada 1014 e 4083 (KG Sorensen® – Cotia, SP). O canal radicular foi preparado através da técnica coroa-ápice, com uso de limas endodônticas de 1° e 2° série do tipo K (Dentsply® – Suíça). Como solução irrigadora utilizou-se hipoclorito de sódio 1%. Após finalizado o preparo químico-cirúrgico (PQC), obturou-se o conduto com cones de guta percha principal e acessórios e cimento endodôntico Endofill®. Após corte dos cones, foi feito selamento com CIV Vidrion-R.

Figura 11 – Radiografia final do dente 22 após obturação



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 12 – Radiografia da obturação do conduto radicular do dente 45



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Na exodontia do supranumerário (Figura 13), foi feito descolamento do tecido gengival circundante com sindesmótomo (Quinelato® – Rio Claro, SP), em seguida, com fórceps 151 (Quinelato® – Rio Claro, SP) foi realizada extração do elemento dentário. O alvéolo foi irrigado com soro fisiológico, seguido da realização de sutura em X com fio agulhado de Nylon (Procure® – São Paulo, SP). Por fim, foram dadas as orientações pós-operatórias e prescrição de analgésico. A decisão para exodontia deste elemento dental foi realizada em conjunto com o paciente. Apesar de não apresentar grande comprometimento, ele dificultava a higienização dos dentes vizinhos causando-lhes lesões cariosas e gengivite. Além disso, questionado sobre um novo tratamento ortodôntico, o paciente relatou impossibilidade financeira. Diante da situação, optou-se pela extração.

Figura 13 – Localização do dente supranumerário



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

As extrações dentárias dos dentes 28 e 38 foram realizadas na mesma sessão. Para o 28 foi realizado descolamento do tecido gengival circundante com sindesmótomo, em seguida, com alavanca reta foi feito o luxamento, e por fim, com fórceps 18L (Quinelato® – Rio Claro, SP) foi removido o dente do alvéolo. No 38, foi feito descolamento do tecido gengival com sindesmótomo e incisão do tipo

envelope com bisturi 15 para realização da osteotomia com broca para osso Zecrya. O dente foi luxado com alavanca reta e extraído com fórceps 17. Ambos os alvéolos foram irrigados com soro fisiológico, seguido da realização de sutura em X com fio agulhado de Nylon (Procure® – São Paulo, SP). Ao final do atendimento, foram dadas as orientações pós-operatórias e prescrição de analgésico e antimicrobiano.

A exodontia do elemento dentário 18, foi realizada em uma sessão subsequente da mesma forma que o 28. Em todas as extrações dentárias, a remoção de sutura foi realizada após 7 dias do procedimento cirúrgico.

3.2 Tratamento restaurador estético

Após completar a adequação de meio bucal, iniciou-se o tratamento restaurador, onde realizou-se primeiramente as facetas diretas de resina composta dos dentes 13, 22 e 23, uma vez que os demais dentes anteriores, necessitavam de procedimento cirúrgico periodontal antes da restauração. Antes de iniciar, foi selecionada a cor A2 da resina Z350® (3M ESPE – São Paulo, SP) para ser utilizada em todas as facetas.

A primeira faceta foi realizada no dente 13, que estava com a face vestibular bastante comprometida pelo processo carioso. Após remoção do cimento ionomérico e rebaixamento do mesmo no acesso endodôntico com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen® – Cotia, SP), realizou-se um preparo com ponta diamantada 3216 (KG Sorensen® – Cotia, SP) (Figura 14).

Figura 14 - Dente 13 antes da realização da faceta



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Mediante isolamento relativo e uso de fio afastador gengival 000 Ultrapak® (Ultradent – Utah, USA), foi realizado condicionamento ácido total com gel de ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC). Após 15 segundos, o local foi abundantemente lavado com água por 30s e feita secagem com jato de ar, mantendo-se a dentina com aspecto acetinado. Foi aplicado sistema adesivo Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) e fotopolimerizado por 20s.

Com auxílio de espátula suprafill n°1 foi aplicada uma primeira camada de resina de corpo A2B e fotopolimerizada por 20 segundos. Sobre ela, colocou-se uma camada de esmalte A2E, que foi fotopolimerizada por 40s. Para acabamento da restauração foi utilizado ponta diamantada 3195 (KG Sorensen® – cotia, SP). Discos de lixa Sof-Lex Pop On® (3M ESPE – São Paulo, SP) e escova de carbeto de silício Astrobrush® (Ivoclar Vivadent – Barueri, SP) foram usadas para polimento final (Figura 15).

Figura 15 - Faceta direta de resina composta do dente 13



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Para confecção da faceta do dente 23, removeu-se a resina já existente e o tecido cariado, e com isolamento relativo e fio afastador gengival 000 Ultrapak® (Ultradent – Utah, USA), foi realizado condicionamento ácido total com gel de ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC). Após 15s, o local foi abundantemente lavado com água por 30s e feita secagem com jato de ar, mantendo-se a dentina com aspecto acetinado. Foi aplicado sistema adesivo Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) e fotopolimerizado por 20s.

Com auxílio de espátula suprafill n°1 foi aplicada uma camada de resina A2E e fotopolimerizada por 40s. Para acabamento da restauração foi utilizado ponta diamantada 3195 (KG Sorensen® – cotia, SP). Discos de lixa Sof-Lex Pop On® (3M ESPE – São Paulo, SP) e escova de carbeto de silício Astrobrush® (Ivoclar Vivadent – Barueri, SP) foram usadas para realização do polimento.

O elemento dentário 22 também se encontrava com bastante perda de estrutura na face vestibular (Figura 16). A confecção da faceta de resina composta deu-se da mesma forma do dente 13, descrita anteriormente (Figura 17).

Figura 16 - Dente 22 antes da realização da faceta de resina composta



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 17- Dentes 22 e 23 com as facetas de resina composta finalizadas



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Precedendo a confecção das facetas de resina composta, dos dentes 12, 11 e 21, foi realizado o aumento de coroa clínica dos mesmos, afim de melhorar a estética do sorriso. Este procedimento foi realizado no curso de atualização em Periodontia que acontece na Universidade, onde utilizou-se a técnica do Retalho Modificado de Widmann. Após uma semana do procedimento cirúrgico, foi removido o cimento cirúrgico e as suturas (Figura 18).

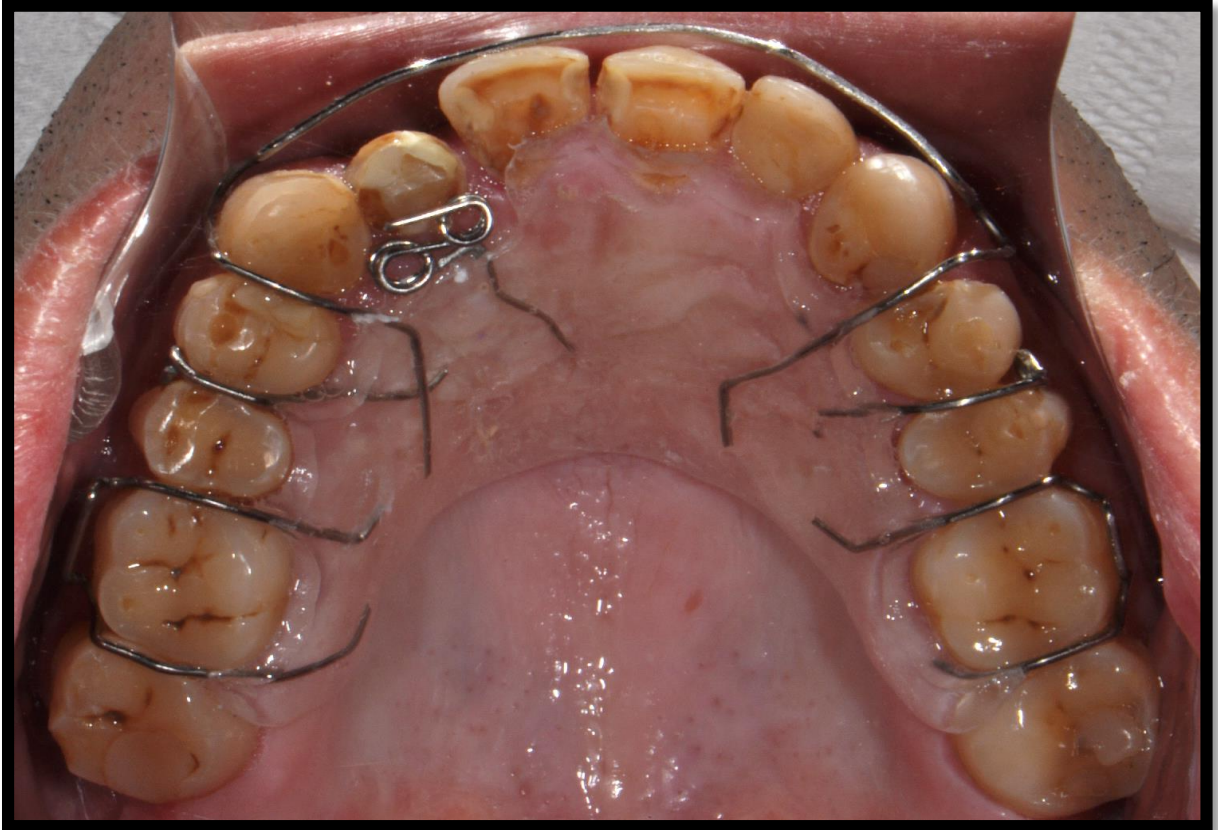
Figura 18 - Aspecto dos aumentos de coroa clínica após uma semana



Fonte: acervo da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Ainda antecedendo as facetas de resina destes dentes, foi instalado um aparelho ortodôntico removível, para descruzamento do dente 12, que encontrava-se numa posição palatinizada em relação aos demais dentes do arco (Figura 19).

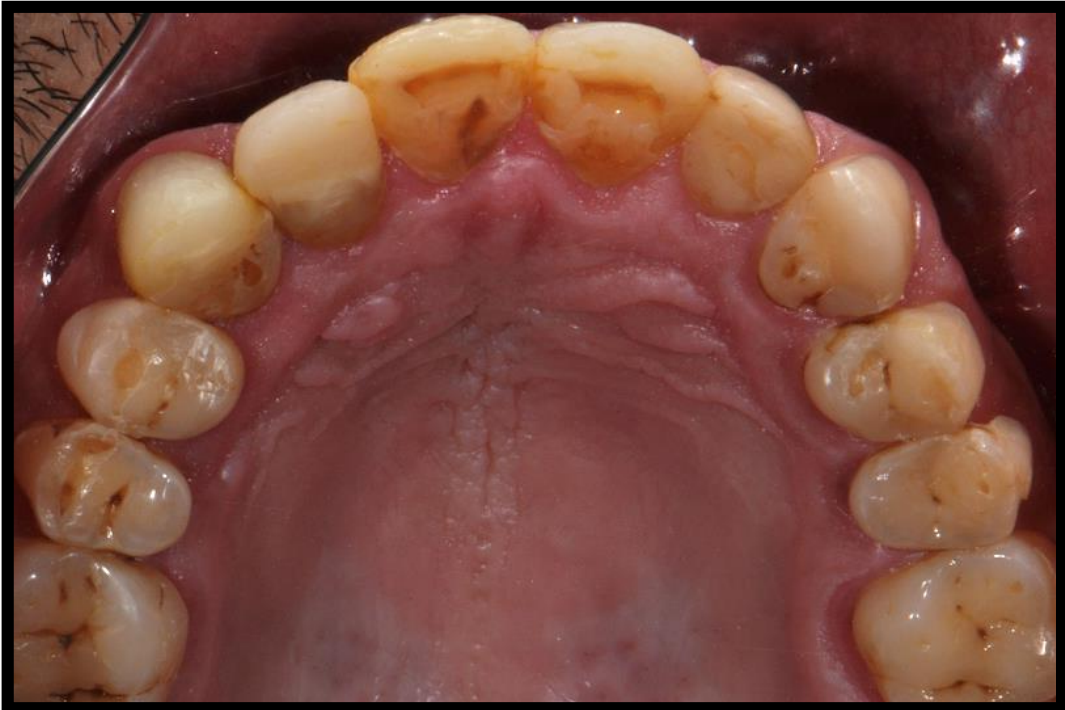
Figura 19 - Aparelho ortodôntico removível em boca



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Após a instalação, foram realizadas quatro ativações da mola helicoidal, com intervalo de uma semana entre as mesmas. Após estas quatro ativações, chegou-se ao limite da mola, e diante disto, foi encerrada esta etapa do tratamento. Após um mês de uso, o elemento dentário 12 encontrava-se melhor posicionado no arco, o que também diminuiu o volume de resina composta que foi utilizado posteriormente (Figura 20). Não foi realizado contenção, pois o dente se manterá estabilizado na nova posição pela oclusão.

Figura 20 - Posicionamento do dente 12 após uso do aparelho ortodôntico



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Decorridos seis meses dos aumentos de coroa clínica, sendo este tempo de espera recomendável para a realização do procedimento restaurador definitivo, iniciou-se com o processo de reabilitação dos dentes 12, 11 e 21.

No elemento 12, foi removido o cimento de ionômero de vidro e o mesmo rebaixado do acesso endodôntico com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen® – Cotia, SP) e com 3216 foi refinado o preparo. Mediante isolamento relativo foi realizado condicionamento ácido total com ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC). Após 15s, o local foi abundantemente lavado com água por 30s e feita secagem com jato de ar, mantendo-se a dentina com aspecto acetinado. Foi aplicado sistema adesivo Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) e fotopolimerizado por 20s.

Com espátula suprafill nº1 foi aplicada uma primeira camada de resina A2B e fotopolimerizada por 20 segundos. Sobre ela, colocou-se uma camada de A2E, que foi fotopolimerizada por 40s. Para acabamento da restauração foi utilizado ponta diamantada 3195 e 1112F (KG Sorensen® – Cotia, SP). Discos de lixa Sof-Lex Pop On® (3M ESPE – São Paulo, SP) e escova de carbeto de silício Astrobrush® (Ivoclar Vivadent – Barueri, SP) foram usadas para polimento final.

Nos incisivos centrais a confecção das facetas deu-se da mesma forma. A resina composta já existente foi removida com ponta diamantada 3216 (KG Sorensen® – Cotia, SP), já dando forma ao preparo. Após, com isolamento relativo, realizou-se condicionamento ácido com gel de ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC). Decorridos 15s, o local foi abundantemente lavado com água por 30s e feita secagem com jato de ar, mantendo-se a dentina umidificada. Foi aplicado sistema adesivo Single Bond® (3M ESPE – Sumaré, SP) e fotopolimerizado por 20 segundos.

Foi inserida uma fina camada de resina A2B com espátula suprafill nº1 e fotopolimerizada por 20s. Sobre ela, uma camada de A2E que foi polimerizada por 40s. Para acabamento das restaurações foi utilizado ponta diamantada 3195 e 1112F (KG Sorensen® – cotia, SP) e lâmina de bisturi nº12. Discos de lixa Sof-Lex Pop On® (3M ESPE – São Paulo, SP) e escova de carbeto de silício Astrobrush® (Ivoclar Vivadent – Barueri, SP) foram usadas para polimento final (Figura 21).

Figura 21 - Incisivos centrais superiores e lateral superior direito: aspecto final



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Após realização da fotografia, foi observado a necessidade de reparo na face mesial do dente 21, bem como um pequeno aumento na borda inciso-mesial do 11.

O paciente foi agendado para nova consulta, e após asperização com ponta diamantada, condicionamento ácido com gel de ácido fosfórico 37%, lavagem, secagem e aplicação de sistema adesivo, foi acrescentado resina composta nestas áreas.

O aspecto inicial e o resultado final obtido para este caso acima descrito, está ilustrado nas figuras 22, 23 e 24.

Figura 22 – Aspecto inicial do paciente



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 23 – Aspecto final do paciente



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

Figura 24 – Aspecto final das facetas de resina composta



Fonte: acervo professor George Valdemar Mundstock

3.3 Aspectos éticos

Para a execução do estudo de caso, o trabalho de conclusão de curso foi apresentado à coordenadora do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, que está ciente do desenvolvimento deste trabalho (ANEXO A). Para obtenção da liberação do paciente, foi explicado à ele a necessidade de realização do tratamento e posteriormente assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), para autorização e concretização do caso clínico.

4 DISCUSSÃO

A procura dos pacientes por um sorriso bonito, harmônico e saudável instiga os profissionais da Odontologia a buscarem cada vez mais opções de tratamento e técnicas que sejam viáveis financeiramente, que atenda às expectativas e que proporcione saúde, bem estar e satisfação. Em tratamentos reabilitadores, é essencial associar as diferentes áreas da Odontologia para que se possa oferecer o melhor tratamento possível.

Em Odontologia estética, também é importante que o cirurgião-dentista tenha sensibilidade para identificar o que causa desconforto ao paciente, aliando isso com as suas necessidades. Um tratamento individualizado e bem planejado em conjunto com o paciente, aumenta as chances de sucesso e evita posteriores conflitos e decepções (MENEZES FILHO et al., 2006).

A busca por estética pelos pacientes pode ser considerada positiva pois auxilia na implantação de saúde psicológica (REGES et al., 2002). Além disso, atualmente associa-se beleza e sucesso, sendo que ambos estão relacionados pelo fato da expressão facial ser o elemento mais importante na comunicação não-verbal (BUSATO; HERNANDEZ; MACEDO, 2002; GOLDSTEIN; FRITZ, 1981). No caso aqui descrito, foi possível observar um aumento da auto-estima do paciente, que passou a vir para os atendimentos mais motivado e bem arrumado. Além disso, durante o tratamento, conseguiu um trabalho, sendo que antes sua situação socioeconômica era precária em função do desemprego.

O caso clínico deste trabalho, teve como um dos objetivos mostrar que é possível a realização de uma reabilitação bucal com resina composta, restabelecendo a saúde, a condição estética e funcional. A opção pelas facetas diretas e pela RC como material de escolha para a reconstrução dos dentes levou em consideração as condições financeiras do paciente, seu bom desempenho funcional e estético e a praticidade da técnica (WANDERLEY E LIMA et al., 2013; CARDOSO et al., 2011).

Sabe-se que existem outros materiais para realizar reabilitações e que estes podem ser superiores à resina composta em muitos quesitos. Porém, a RC é uma alternativa viável para determinados tratamentos, como no caso clínico apresentado, pois o paciente necessitava de um tratamento que levasse em consideração sua condição bucal precária bem como sua situação financeira, que no momento, era incompatível com uma reabilitação de alto custo.

Segundo Manfio et al. (2006), uma das indicações das facetas de RC é o fator econômico, sendo que com elas se consegue um restabelecimento da forma, função e estética aliado à um baixo valor em comparação com outros tratamentos.

No mercado odontológico, existe uma grande disponibilidade de marcas comerciais e tipos de RC. Isso pode trazer algumas dúvidas para o profissional na hora de escolher com qual RC irá trabalhar. Para o caso clínico aqui apresentado, optou-se por utilizar resina nanoparticulada, pois esta atende às necessidades mecânicas assim como as estéticas (ANDRADE et al., 2009)

As RC atuais apresentam muitas qualidades, como variedade de cor e efeito e bom manuseio para escultura. Com isso, tornou-se possível a reprodução de detalhes da dentição natural de uma forma extremamente satisfatória (NAHSAN et al., 2012). Diante da situação, acredita-se ter conseguido um tratamento bem sucedido com o uso das facetas de RC, que agradou e satisfez esteticamente o paciente.

Para Souza et al. (2003), Sobreira et al. (2008) e Bacchi et al. (2010), uma das grandes vantagens das RC é a possibilidade de reparos diante de imperfeições ou fraturas, o que não é possível em restaurações indiretas, onde todo trabalho necessita ser substituído. No caso clínico aqui descrito, houve uma falha na faceta do dente 21, e esta pode ser corrigida e reparada, evitando que a restauração fosse totalmente perdida.

Em contrapartida, as RC possuem algumas características indesejáveis que podem prejudicar seu desempenho clínico, como a contração de polimerização, vedamento da interface dente-restauração e manchamento superficial, principalmente em pacientes fumantes e/ou que ingerem com frequência substâncias corantes (DA SILVA et al., 2008; CORRÊA NETO et al., 2012). Nas restaurações deste caso, foi possível observar mudanças de cor significativas ao longo do tratamento em função do hábito de fumar do paciente.

Uma etapa muito importante nas restaurações diretas de RC é o acabamento e polimento, pois nesse momento serão criadas características que influenciarão no desempenho clínico e estético da restauração, como a lisura superficial e o brilho (SENSI; ROULET; MARSON, 2013). Nas restaurações deste caso, foi observado uma perda de brilho entre as sessões, onde acredita-se que o fato do paciente ser fumante também possa ter influenciado negativamente nesse aspecto.

A longevidade das restaurações de RC tem sido um constante tópico de discussão. De acordo com Demarco et al. (2012) e Drake, Maryniuk e Bentley (1990),

isso ocorre pois a longevidade é dependente de inúmeros fatores, sejam eles inerentes ao paciente, ao profissional ou ambos. Dessa forma, pode-se perceber que todos os passos pré, trans e pós-operatórios são particularmente importantes para que se obtenha o maior sucesso e longevidade possíveis.

Nas reabilitações bucais, o tratamento cirúrgico periodontal tem sido cada vez mais utilizado como um importante aliado na busca pela estética e harmonia do sorriso, principalmente em casos que envolvem dentes anteriores (OKIDA; RAHAL; OKIDA, 2015; PIMENTEL et al., 2010). No caso clínico descrito, não teria sido possível um resultado estético tão satisfatório se as assimetrias gengivais e coroas clínicas curtas não tivessem sido corrigidas com o procedimento cirúrgico de aumento de coroa clínica.

Para Carvalho; Silva e Joly (2010) e Deas (2004) a formação de sulco gengival e estabilidade da margem gengival ocorre cerca de seis meses após o procedimento cirúrgico periodontal, e este tempo deve ser acatado antes do tratamento restaurador definitivo. Neste estudo, esse tempo foi respeitado e durante o mesmo foi possível perceber as modificações que ocorrem nos tecidos periodontais durante o período de cicatrização.

A adequação de meio bucal representa um instrumento que o cirurgião-dentista pode usar para criar um ambiente propício para a paralisação da doença cárie, principalmente em pacientes com alta atividade cáries. Adequar o meio, significa adotar um conjunto de medidas para a recuperação do equilíbrio bucal perdido, ressaltando a sua importância no reestabelecimento da saúde para posteriormente receber procedimentos restauradores convencionais e proporcionar a longevidade do tratamento (BARATIERI et al., 2015; BUSATO et al., 1997).

Neste procedimento de adequação de meio, é imprescindível a orientação e motivação do paciente quanto aos cuidados com a saúde bucal durante e depois do tratamento, pois de nada adianta a obtenção de restaurações satisfatórias do ponto de vista biológico, funcional e estético, se quem as recebe não sabe valorizá-las. É importante conscientizar o paciente da responsabilidade que ele tem com sua própria saúde, aumentando a sua participação e colaboração ativa no tratamento proposto (ATTA; LOURO; VIEIRA, 2008).

Foi salientado por Baratieri et al. (2015), que o modelo tradicional de atendimento odontológico ainda baseia-se no tratamento restaurador como cura para a doença cárie. Durante o desenvolvimento deste trabalho, foi visto que esse

pensamento não está somente nos profissionais, existe também nos pacientes, pois conscientizá-lo de que ele é uma peça imprescindível para o sucesso do tratamento foi uma tarefa constante e árdua.

É sabido que é muito importante a manutenção das restaurações para que elas tenham um bom desempenho e longevidade adequados. Durante toda a intervenção, explicou-se ao paciente as vantagens e limitações do seu tratamento e também foi frisado a importância da manutenção e cuidado com a sua reabilitação e higiene bucal. Ao final do tratamento, ele foi orientado à retornar periodicamente à clínica para revisões e reparos se for necessário.

5 CONCLUSÃO

A partir do referencial teórico pesquisado e do caso clínico finalizado, é possível concluir que:

- a técnica direta é uma opção conservadora, rápida, segura, reversível, passível de reparos e de fácil realização;

- o uso da resina composta foi considerado uma excelente alternativa para o caso em questão, pois supriu de maneira satisfatória as necessidades estéticas e funcionais, além de ser viável financeiramente para o paciente;

- o Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento sobre o material e técnica utilizada, habilidade manual e noções de estética;

- é imprescindível a interação de diversas áreas da Odontologia em reabilitações, uma vez que o paciente apresenta muitas necessidades que antecedem o tratamento restaurador estético;

- a adequação de meio consiste numa técnica eficaz para restabelecimento da saúde bucal previamente ao tratamento restaurador definitivo;

- para que se alcance o sucesso almejado, é preciso uma participação ativa do paciente para que seja possível o restabelecimento e manutenção da sua saúde bucal e posterior longevidade do tratamento;

- as facetas diretas de RC possuem uma boa relação custo-benefício e alta aprovação por parte dos pacientes;

- o restabelecimento da estética é importante para a melhora da autoestima, vida social e profissional do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. R. et al. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir?. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. v.9, n.3, p.137-156, 2004.
- ANDRADE, M. V. et al. Tendências das resinas compostas nanoparticuladas. **Int J Dent**. v.8, n.2, p.153-157, 2009.
- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. **Phillips: Materiais Dentários**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- ATTA, M. T.; LOURO, R. L.; VIEIRA, I. M. Controle do ecossistema bucal previamente ao tratamento restaurador definitivo. **RGO**, Porto Alegre, v 56, n2, p. 219-224, 2008
- BACCHI, A. et al. Reparos em restaurações de resina composta – revisão de literatura. **RFO**, Passo Fundo, v.15, v.3, p.331-335, 2010.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. 2.ed.São Paulo: Santos, 2015.
- BUSATO, A. L. S. et al. **Dentística: restaurações em dentes anteriores**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
- BUSATO, A. L. S.; HERNANDEZ, P. A. G.; MACEDO, R. P. **Dentística: restaurações estéticas**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. **Estética**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011.
- CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C.; JOLY, J. C. Aumento de coroa clínica estético sem retalho: uma nova alternativa terapêutica. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, Ed Esp, n.1, p.26-33, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Dentística: Saúde e Estética**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CORRÊA NETTO, L. R. et al. Restabelecimento estético-funcional de dentes anterossuperiores fraturados: relato de caso clínico. **Revista Dental Press de Estética**, v.9, n.2, p.46-56, 2012.
- DA SILVA, J. M. F. et al. Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. **Revista Odonto**. v.16, n.32, 2008.
- DEAS, D. E. et al. Osseous Surgery for Crown Lengthening: a 6-month clinical study. **J. Periodontol**. Chicago, v.75, p.1288-1294, 2004.
- DEMARCO, F. F. et al. Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials. **Dental Materials**. v.28, p.87-101, 2012.

- DE SÁ, M. P. N.; PASCOTTO, R. C. Faceta direta em resina composta com recurso de uma matriz de acetato – relato de caso clínico. **R Dental Press Estét.** v.1, n.1, p.101-111, 2004.
- DRAKE, C. W.; MARYNIUK, G. A.; BENTLEY, C. **Reasons for restoration replacement: differences in practice patterns.** Quintessence Int., 1990.
- GOLDSTEIN, R. E.; FRITZ, M. E. Esthetics in the Dental Curriculum. **J Dent Educ.** v.45, p.355-357, 1981.
- GURGEL, L. G. F. et al. Manutenção do Tratamento Restaurador. **Odontol Clin Cient, Recife.** p.431-435, 2011.
- HIRATA, R.; CARNIEL, C. Z. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. **JBC – Jornal Brasileiro de Clínica e Estética em Odontologia.** v.3, n.15, p.7-17, 1999.
- HIRATA, R.; AMPESSAN, R. L.; LIU, J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas – Uma Sequência de Escolha e Aplicação de Resinas. **JBC – Jornal Brasileiro de Clínica e Estética em Odontologia.** v.5, n.25, 2001.
- HOEPPNER, M. G. et al. Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. **Ci. Biol. Saúde,** Ponta Grossa. v.9, n.3, p.67-72, 2003.
- HOLANDA, D. B. V.; SIMÕES, D. M. S.; KHALILI, J. B. Recontorno cosmético em dentes anteriores superiores: relato de caso clínico. **R Dental Press Estét.** v.3, n.1, p.49-58, 2006.
- LOURO, R. L.; GALAZI, D. R.; MOSCONI, R. M. Proporção áurea no restabelecimento de um sorriso harmonioso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.** v. 11, n.2, p.49-54, 2009.
- MANFIO, A. P. et al. Coroa Total de Resina Composta. **RGO, P. Alegre.** v.54, n.1, p.27-30, 2006.
- MARQUES, L. et al. Reanatomização cosmética associada à cirurgia plástica periodontal, relato de caso clínico. **Salusvita,** Bauru, v.31, n.2, p.167-179, 2012.
- MASSARA, M. L. A. et al. A importância do selamento provisório de lesões cavitadas na fase de adequação da criança ao tratamento odontológico. **Rev do CROMG.** v.3, n.2, p.114-121, 1997.
- MENEZES FILHO, P. F. et al. Avaliação crítica do sorriso. **International Journal of Dentistry,** Recife, v.1, n.1, p.14-19, 2006.
- MONDELLI, José. **Estética e Cosmética: em clínica integrada restauradora.** São Paulo: Quintessence, 2003.
- MONDELLI, J. et al. **Estética e Cosmética em dentística restauradora: atualização na clínica odontológica: a prática na clínica geral.** São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORLEY, J.; EUBANK, J. Macroesthetic elements of smile design. **J Am Dent Assoc.** v.132, n.1, p.39-45, 2001.

MULLER, R. S.; MONTENEGRO, G. Restaurações adesivas diretas com resina composta para fechamento de diastemas. **Revista Odontológica do Planalto Central.** v.1, n.1, p.55-59, 2010.

NAHSAN, F. P. S. et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. **J Appl Oral Sci.** v.20, n.2, p.151-156, 2012.

NEWMAN, M. G.; TAKEI, H. H.; KLOKKEVOLD, P. R. **Carranza: Periodontia Clínica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

NOORT, Richard van. **Introdução aos materiais dentários.** 3. ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2010.

OKIDA, R. C.; RAHAL, V.; OKIDA, D. S. S. A associação entre dentística e periodontia no tratamento estético com lentes de contato: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba,** v.36, n.1, p.59-64, 2015.

PAGANI, C.; BOTTINO, M. C. Proporção áurea e a odontologia estética. **Jornal Brasileiro de Dentística & Estética,** Curitiba, v. 2, n.5, p. 80-85, 2003.

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

PEREIRA, J. C.; ANAUATE-NETTO, C.; GONÇALVES, S. A. **Dentística: uma abordagem multidisciplinar.** São Paulo: Artes Médicas, 2014.

PIMENTEL, S. P. et al. Abordagem integrada para tratamento de lesão pigmentada e coroas clínicas curtas. **Rev Assoc Cir Dent,** v.64, n.2, p.134-138, 2010.

REGES, R. V. et al. Proporção Áurea: um Guia do Tratamento Estético. **JBD – Jornal Brasileiro de Dentística e Estética.** v. 1, n.3, 2002.

REIS, B. F. et al. Adequação do meio bucal e promoção de saúde em odontopediatria. **Revista Ceciliana.** v.2, n.2, p.32-34, 2010.

RISSATO, M.; TRENTIN, M. S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão de literatura. **RFO, Passo Fundo.** v.17, n.2, p.234-239, 2012.

ROSE, L. R. et al. **Periodontia: medicina, cirurgia e implantes.** São Paulo: Santos Ed, 2007.

SILVA, G. G. et al. Tratamento Restaurador Atraumático e Adequação do Meio Bucal: a importância na prática odontológica. **Unimontes,** v.12, n.1, 2013.

SILVA, W.; CHIMELI, T. Transformando Sorrisos com Facetas Diretas e Indiretas. **Revista Dentística on line,** Santa Maria, v.10, n. 21, 2011.

SENSI, L. G.; ROULET, J. F.; MARSON, F. C. Lisura superficial e brilho em função do tempo de polimento em quatro resinas compostas. **Rev Dental Press Estét.** v.10, n.3, p.64-68, 2013.

SOBREIRA, F. M. S. et al. Métodos de reparo em resina composta: uma revisão em Odontologia. **Revista Clínica Científica**, v.7, n.2, p.123-128, 2008.

SOUZA, M. H. S. et al. Avaliação da estabilidade de reparos em resina composta por testes de tração e cisalhamento utilizando diferentes tratamentos de superfície. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontologia Integrada**, v.7, n.3, p.196-200, 2003.

TOLEDO, Orlando Airton de. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2. ed São Paulo: Premier, 1996.

TREVISANI, R. S.; MEUSEL, D. R. D. Z. V. Aumento de coroa clínica em dentes anteriores – relato de caso clínico. **J Oral Invest**, v.3, n.2, p.19-24, 2014.

VIANA, P. C. et al. Soft tissue waxup and mock-upas key factores in a treatment plan: case presentation. **European Journal of Esthetic Dentistry**, Berlim, v. 7, n. 3, p. 310-323, 2012.

WANDERLEY E LIMA, R. B. et al. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso. **Rev bras ci Saúde**. v.17, n.4, p.363-370, 2013.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA COOEDENADORA DO CURSO DE ODONTOLOGIA

Santa Cruz do Sul, 04 de maio de 2016

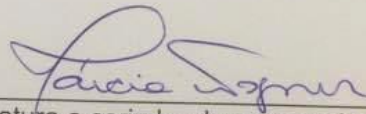
À Coordenadora do curso de Odontologia

Prezada Senhora,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: "Reabilitação da Saúde Bucal e da Estética do Sorriso – Relato de Caso", desenvolvido pela acadêmica Joice Ribeiro do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob orientação do professor Me. George Valdemar Mundstock, bem como os objetivos e metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Prof.^ª Dra. Marcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

25

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Reabilitação da Saúde Bucal e da Estética do Sorriso – Relato de Caso

O presente trabalho "Reabilitação da Saúde Bucal e da Estética do Sorriso – Relato de Caso" tem o intuito de realizar uma reabilitação oral com ênfase na estética de pré-molares a pré-molares superiores, visando um reestabelecimento da saúde bucal, função e estética do paciente.

Este trabalho tem como objetivo proporcionar ao participante uma melhora na sua condição de saúde bucal, não apresentando risco, desconforto ou constrangimento ao paciente. A coordenação do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC estará ciente dos resultados obtidos ao fim do caso, para fins do conhecimento dos seus alunos.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de estudo do tipo relato de caso, pois fui informado de forma clara e específica, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos e justificativa dos procedimentos a que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas as quais poderia ser submetido.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento diante de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao caso clínico;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados, e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de relato de caso;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo;
- do conteúdo e dos objetivos do caso clínico acima de maneira clara e detalhada, tendo esclarecido as minhas dúvidas;

- da disponibilidade de tratamento médico ou indenização, conforme estabelece a legislação caso existam danos à minha saúde, diretamente causados por esta intervenção;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento do trabalho.

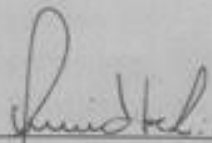
Os responsáveis por este projeto de estudo de caso é o professor Prof. Me George Valdemar Mundstock (contato: 51 98179414) e a acadêmica do curso de Odontologia responsável pelo caso é Joice Ribeiro (contato: 51 91734696). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário do caso clínico e outra com a acadêmica responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data: 26/08/16



Joice Ribeiro - Acadêmica



George Valdemar Mundstock – Responsável



Assinatura do Voluntário