



João Victor Reis Trindade

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COMO MECANISMO DE RECUPERAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE**

Santa Cruz do Sul

2021

João Victor Reis Trindade

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COMO MECANISMO DE RECUPERAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE**

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

Orientador: Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn.

Santa Cruz do Sul

2021

João Victor Reis Trindade

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COMO MECANISMO DE RECUPERAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE**

Este trabalho foi submetido ao processo de avaliação
por banca examinadora do Curso de Odontologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC como
requisito para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.



Me. Helder Luiz Dettendorf
Professor Orientador – UNISC



Dr. Clóvis Irigoyen Ferrer
Professor Examinador – UNISC



Me. Fabiano Bender Panta
Professor Examinador – UNISC

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, pois sem ele nenhum plano é possível.

À minha família, que sempre me apoiou e participou de todos os momentos da minha jornada.

Ao professor orientador, Helder Dettenborn, e à professora Renita Moraes, que foram incansáveis no ensino.

Aos professores do Curso de Odontologia da UNISC por todo conhecimento transmitido.

Aos funcionários e aos pacientes da Clínica de Odontologia da UNISC que, direta ou indiretamente, participaram da minha formação.

RESUMO

As alterações de cor e forma dentárias são notadas pelos próprios pacientes, geralmente do sexo feminino, e levam a importantes ressalvas na estética do sorriso. Reabilitação consiste em devolver forma, função e estética, sendo comum o uso de coroas totais cerâmicas para esta finalidade. Dentre os materiais cerâmicos mais indicados está o dissilicato de lítio pela estética, manutenção mecânico-funcional e performance biológica melhoradas. O relato de caso clínico de uma reabilitação estética com próteses fixas é importante, pois existem poucos estudos que associam esta com a qualidade de vida do paciente. O que se conhece é a conveniência do uso destas próteses para a melhora da qualidade de vida em razão de que os pacientes conseguem perceber e avaliar os benefícios delas. O objetivo do trabalho é evidenciar, através de um relato de caso clínico, o impacto de uma reabilitação dentária na qualidade de vida de uma paciente da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. O caso relatado foi desenvolvido na disciplina de Prótese Fixa entre os meses de setembro de 2020 e janeiro de 2021. A paciente estava insatisfeita com a cor e forma dos seus dentes incisivos superiores, a qual foi proposta uma reabilitação com quatro coroas cerâmicas de dissilicato de lítio (e.max®). Com o tratamento finalizado, foi realizado o acompanhamento do caso, juntamente com uma entrevista qualitativa para avaliar o impacto da reabilitação na vida da paciente. Foi possível concluir que a reabilitação estética impactou positivamente na qualidade de vida da paciente pela repercussão, também, na autoestima dela. A escolha do material cerâmico, técnica de confecção das coroas e a participação da paciente tiveram importância na estética obtida, em que se percebeu uma melhora na cor e forma dos dentes.

Palavras-Chave: Qualidade de vida. Prótese dentária. Cerâmicas. Estética dentária.

ABSTRACT

Changes in dental color and shape are noticed by the patients themselves, usually female, and lead to important caveats in terms of smile aesthetics. Rehabilitation consists of restoring form, function and esthetics, with the use of all-ceramic crowns being common for this purpose. Among the most suitable ceramic materials there is the lithium disilicate for its better esthetics, mechanical-functional maintenance and biological performance. The clinical case report of an aesthetic rehabilitation with fixed prostheses is important because there are few studies that associate it with the patient's quality of life. What is known is the convenience of using these prostheses to improve quality of life, because patients are able to perceive and evaluate their benefits. The objective of this work is to show, through a clinical case report, the impact of a dental rehabilitation on the quality of life of a patient at the Dentistry Clinic from the University of Santa Cruz do Sul (*UNISC*). The case reported was developed in the Fixed Prosthodontics course from 2020 to January 2021. The patient was unsatisfied with the color and shape of her upper incisor teeth, which was proposed to be rehabilitated with four lithium disilicate ceramic crowns (e.max®). After the treatment was finished, the case was followed up, along with a qualitative interview to assess the impact of rehabilitation on the patient's life. It was possible to conclude that aesthetic rehabilitation impacted positively the patient's quality of life due to the repercussion also on her self-esteem. The choice of ceramic material, technique for making the crowns and the patient's participation were important in the esthetics result obtained, in which an improvement in the color and shape of the teeth were noticed.

Keywords: Quality of life. Dental prosthesis. Ceramics. Dental esthetics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Linhas de referência da face	13
Figura 2 –	Perfil do paciente	13
Figura 3 –	Exposição dos dentes em repouso	14
Figura 4 –	Corredor vestibular	15
Figura 5 –	Proporção áurea	15
Fotografia 1 –	Radiografia panorâmica	20
Fotografia 2 –	Radiografia periapical dos dentes 11 e 21	21
Fotografia 3 –	Aspecto inicial intrabucal em vista anterior da arcada superior e inferior	21
Fotografia 4 –	Aspecto inicial intrabucal em vista oclusal do arco superior	22
Fotografia 5 –	Aspecto inicial extrabucal em posição de sorriso forçado	22
Fotografia 6 –	Aspecto inicial extrabucal em posição de lábio em repouso	22
Fotografia 7 –	Enceramento de diagnóstico em articulador semi-ajustável	23
Fotografia 8 –	Moldeira em silicone de condensação laboratorial	24
Fotografia 9 –	<i>Mockup</i>	25
Fotografia 10 –	Pino de fibra de vidro no dente 21 após ser cimentado e cortado em vista oclusal	26
Fotografia 11 –	Guia para controle de desgaste confeccionado sobre o modelo encerado	26
Fotografia 12 –	Preparo extracoronário total dos dentes 11 e 21 em andamento em vista anterior	28
Fotografia 13 –	Checagem final da quantia de desgaste dos dentes 11 e 21 utilizando a guia em vista oclusal	28
Fotografia 14 –	Preparos finalizados dos dentes 11 e 21 em vista anterior	29
Fotografia 15 –	Preparos finalizados dos dentes 11 e 21 em vista oclusal	29
Fotografia 16 –	Provisórios do 11 e 21 finalizados em vista anterior intrabucal	29
Fotografia 17 –	Provisórios do 11 e 21 finalizados em vista anterior extrabucal	30
Fotografia 18 –	Preparos finalizados nos incisivos superiores em vista anterior intrabucal	30
Fotografia 19 –	Preparos finalizados nos incisivos superiores em vista oclusal intrabucal	30
Fotografia 20 –	Dispensando silicone fluido nos preparos	31

Fotografia 21 – Moldagem de trabalho	32
Fotografia 22 – Paciente participando das decisões	32
Fotografia 23 – Coroas enceradas em casquete acrílico devidamente ajustadas	33
Fotografia 24 – Escolha da cor da cerâmica	34
Fotografia 25 – Coroas cerâmicas em e.max®	34
Fotografia 26 – Aspecto final imediato em vista anterior	36
Fotografia 27 – Aspecto final imediato em vista oclusal	36
Fotografia 28 – Aspecto final após 7 dias em posição de sorriso forçado	37
Fotografia 29 – Aspecto final após 7 dias em posição de sorriso em repouso	37
Fotografia 30 – Placa de proteção instalada e ajustada em boca	38
Fotografia 31 – Aspecto final após 6 meses em vista anterior	39
Fotografia 32 – Aspecto final após 6 meses em vista oclusal	39
Fotografia 33 – Antes e depois da reabilitação em vista intrabucal	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Estética, qualidade de vida e reabilitação.....	12
2.2 Diretrizes e princípios estéticos	12
2.3 Sistemas cerâmicos	16
2.4 Vitrocerâmica de dissilicato de lítio	18
2.5 Confeção dos elementos cerâmicos	18
3 RELATO DE CASO	20
3.1 Aspectos éticos.....	40
4 DISCUSSÃO	42
5 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE.....	49
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista qualitativa.....	49
ANEXOS	50
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela paciente.....	50
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul	51

1 INTRODUÇÃO

Os dentes anteriores são frequentemente acometidos por alterações de cor após tratamento endodôntico (BOSENBECKER *et al.*, 2020). Essas alterações de cores, aliadas ainda com alterações de forma, levam a importantes ressalvas na estética do sorriso através da percepção do próprio paciente, que em geral são do sexo feminino (TIN-OO; SADDKI; HASSAN, 2011).

Nesse aspecto, a reabilitação de saúde bucal tem sua importância, por devolver a forma, a função e a estética ao paciente, permitindo que haja, assim, uma reinserção do paciente socialmente (VOLPATO *et al.*, 2013). Essa reinserção possui uma relação com a nova proposta de definição de saúde bucal, que considera diversos atributos inclusive a da capacidade de “[...] transmitir uma variedade de emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto [...]” (GLICK *et al.*, 2017, p. 322). Logo, se a saúde bucal estiver de acordo com o que o paciente considera bom, este terá sua qualidade de vida melhorada principalmente no aspecto psicológico, quando é possibilitado a este sorrir sem receio.

Para a reabilitação estética, o uso de coroas totais cerâmicas é uma das possibilidades de tratamento, sendo a mais indicada principalmente em casos de pigmentações resistentes (MAGNE; BELSER, 2012). Atualmente se dispõe de diversos materiais cerâmicos para essa finalidade, enfatizando-se o dissilicato de lítio que possui desempenho melhor que as tradicionais metalocerâmicas em função da estética apresentada e a manutenção mecânico-funcional. Além disso, as cerâmicas puras (que é o caso do dissilicato de lítio) possuem performance biológica melhor que a metalocerâmica, garantindo assim um melhor prognóstico do quadro clínico (SAILER *et al.*, 2015).

Desenvolvimento de casos clínicos utilizando estes sistemas cerâmicos mais modernos são necessários para que se consiga um nível de estética esperado pelo paciente e, assim, alguma repercussão na qualidade de vida dele. Com isso, o relato de caso clínico é importante para observar os efeitos relatados pelos pacientes após a reabilitação e relacioná-los com a relevância clínica dos procedimentos realizados (ØZHAYAT; GOTFREDSEN, 2019).

Este trabalho é interessante na medida que ainda existem poucos relatos na literatura associando o uso de próteses fixas para reabilitação, principalmente estética, à qualidade de vida do paciente. O que se sabe é que o uso de próteses fixas unitárias cerâmicas para a melhora da qualidade de vida é conveniente, pois os

pacientes percebem e conseguem avaliar bem estes benefícios (MONTERO *et al.*, 2013; ØZHAYAT e GOTFREDSSEN, 2019; PALOMARES *et al.*, 2018).

Por fim, este estudo teve como objetivo evidenciar, através de um relato de caso clínico, o impacto de uma reabilitação dentária estética na qualidade de vida de uma paciente da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estética, qualidade de vida e reabilitação

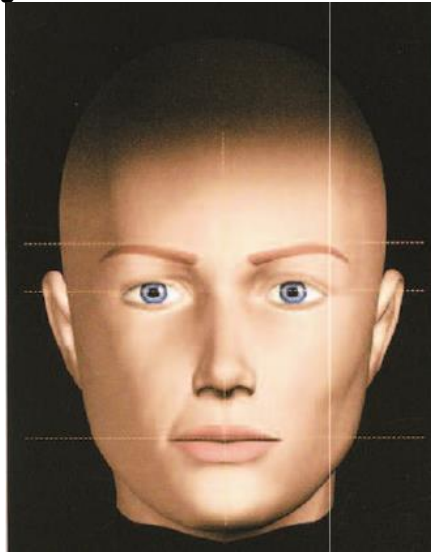
A aparência dos dentes, isto é, a estética, tem sido fortemente associada a qualidade de vida. Um estudo indica que 73% dos pacientes entrevistados na pesquisa relataram algum impacto na qualidade de vida oriundo de um problema dental, seja por alterações de cor ou de posição dentárias (GOULART *et al.*, 2018), sendo a cor o aspecto mais relevante (principalmente para mulheres com idade entre 35 e 54 anos) (MEHL *et al.*, 2014; GOULART *et al.*, 2018). Tin-Oo, Saddki e Hassan (2011) destacam, também, que o sexo feminino é o que mais nota esses fatores.

Apesar da evidência de que a autopercepção de estética dental está ligada com a qualidade de vida e se interrelaciona com a autoestima (GRECU *et al.*, 2019), ainda são poucos os trabalhos realizados mostrando o impacto na qualidade de vida após uma reabilitação estética (ØZHAYAT; GOTFREDSEN, 2019).

A estética a ser obtida não deve ser resultado da visão somente do profissional ou somente do paciente, mas sim ser de um entendimento entre ambos (RODRIGUES *et al.*, 2010; PEGORARO *et al.*, 2013, p. 25). Deve-se incorporar ao tratamento a apreciação do paciente, utilizar diretrizes estéticas e seguir um conceito de tratamento mais padronizado para ter melhores resultados estéticos (MEHL *et al.*, 2014); pois geralmente haverá diferença entre o impacto da estética autopercebida pela paciente para o impacto que o profissional avalia (GOULART *et al.*, 2018, p. 396).

2.2 Diretrizes e princípios estéticos

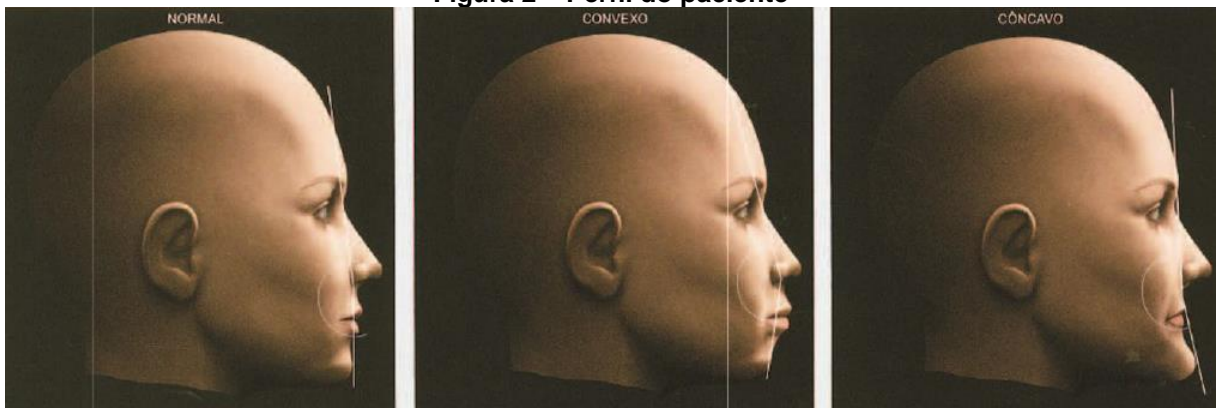
As características da face como um todo, em relação à estética, podem dizer muito sobre as pessoas, como aspectos individuais, características psicológicas e personalidade (FRADEANI, 2006, p. 24). “Em uma face harmônica, podemos reconhecer linhas que, juntas, representam graficamente uma forma geométrica regular” (FRADEANI, 2006, p. 36), essas linhas são denominadas linhas de referência. Essas principais linhas são a interpupilar (linha que se estende horizontalmente do centro de uma pupila à outra) e a linha média (que passa verticalmente desde a glabella até a ponta do mento). A intersecção delas (Figura 1) nos dá a referência de simetria ou assimetria facial, inclusive verificando se a linha média dentária dos incisivos centrais superiores coincide com a linha média facial. Assim como a linha interpupilar nos informa se o plano oclusal dentário está coincidentemente paralelo a ela.

Figura 1 – Linhas de referência da face

Fonte: Fradeani (2006, p. 37).

Com a reabilitação protética, enfocando na estética, consegue-se melhorar as assimetrias verticais faciais e dentárias se houverem, mas não os desvios de linha média facial.

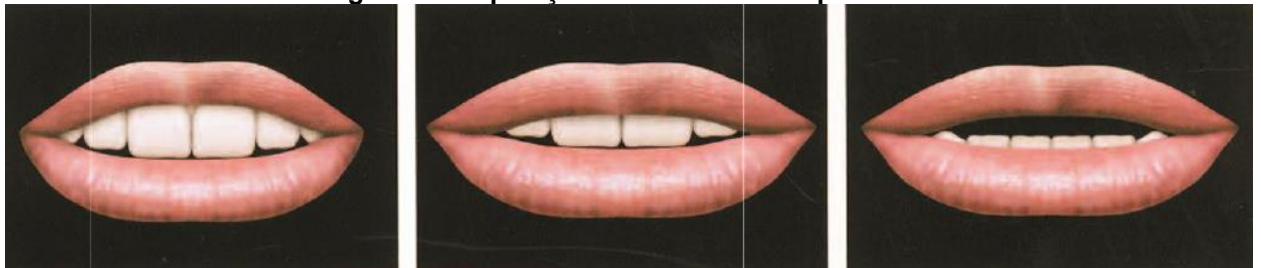
Olhando o paciente de lado identifica-se se o perfil dele é considerado normal, convexo ou côncavo (Figura 2). Idealmente, o perfil normal possui um ângulo de 170 graus formado pela união de 3 pontos de referência que são o ponto na glabella, o ponto abaixo do nariz e o ponto na ponta do mento. Quando o ângulo está reduzido em relação aos 170 graus, caracteriza-se um perfil convexo; quando está aumentado, caracteriza-se um perfil côncavo. Analisa-se, com o paciente ainda nesta posição, o ângulo nasolabial que nas mulheres deve ser de 100 a 105 graus, enquanto nos homens de 90 a 95 graus. O ângulo é formado através da união de duas linhas: uma que tange a ponta do nariz; e outro que tange a parte mais externa do lábio. Esses ângulos podem ser alterados conforme o tratamento protético-restaurador.

Figura 2 – Perfil do paciente

Fonte: Fradeani (2006, p. 51).

Outra análise feita é a dentolabial, que vê o quanto os dentes se expõem de acordo com o movimento dos lábios. Em questões estéticas o ideal é aparecer predominantemente os dentes anterossuperiores, seja com os lábios em repouso, em movimento ou em sorriso forçado. Em relação à análise da exposição dos dentes em repouso (Figura 3), estes devem aparecer em cerca de 1 a 5 milímetros do terço incisal dos dentes anterossuperiores. Já em um sorriso forçado, com os dentes em máxima intercuspidação, os lábios se tocam levemente e o terço incisal dos incisivos superiores é coberto pelo lábio inferior. Todos estes parâmetros são alterados conforme a idade do paciente e o sexo. Com o tempo ocorre a perda da dimensão vertical pelo desgaste natural dos dentes, diminuindo também sua exposição e a tonicidade dos lábios.

Figura 3 – Exposição dos dentes em repouso

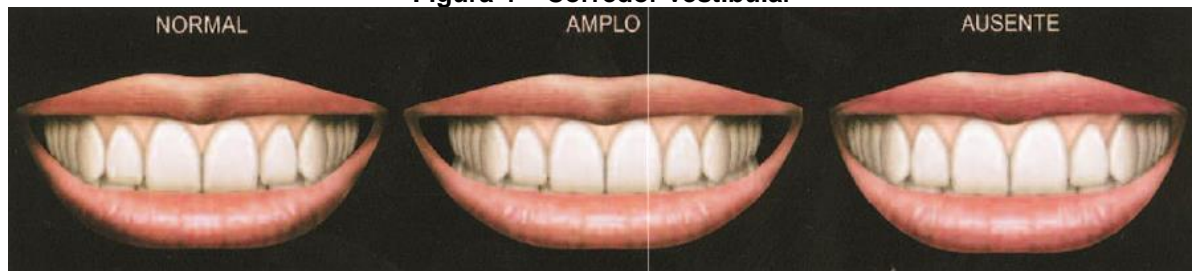


Fonte: Fradeani (2006, p. 71).

Especificamente tratando dos dentes, deve-se observar que uma linha passando pela borda incisal dos seis dentes anterossuperiores deve ter uma curvatura igual a do lábio inferior durante o sorriso (chamado de simetria radial). Essa simetria favorece a desoclusão dos dentes posteriores, além de expressar harmonia estética. Olhando de perfil, temos que garantir que a borda incisal fique dentro da área úmida dos lábios, permitindo que eles fechem corretamente sem interferências.

Uma preocupação dos pacientes é a exposição da gengiva ao sorriso. Em geral, um sorriso estético expõe no máximo 1 milímetro de tecido gengival próximo da região cervical dos dentes, que corresponde mais a área da papila interdental.

Se tratando da exposição horizontal dos dentes, o ideal é que haja exposição em sorriso de incisivos até no máximo a região dos pré-molares. É importante analisar o corredor bucal (Figura 4), que é formado pela redução gradativa da luminosidade até a região posterior; a ausência deste espaço torna o sorriso artificial.

Figura 4 – Corredor vestibular

Fonte: Fradeni (2006, p. 100).

Os dentes devem ter o formato de acordo com a face do paciente (seja triangular, quadrado ou ovóide). Quanto a coloração, se observa uma diferença natural de cores entre os grupos de dentes. No geral, os incisivos, considerados os mais importantes para a estética, possuem semelhança em suas cores, enquanto os caninos possuem um croma maior. Além disso, dependendo da região do dente observada, como na cervical, há um aumento do croma também.

Por fim, a proporção altura/largura dos dentes também tem sua devida importância. A largura do incisivo central superior é 80% da sua altura. Já o incisivo lateral superior, que às vezes pode ter uma alteração morfológica particular num formato mais conóide, deve seguir, numa vista frontal, a proporção áurea em relação a largura do incisivo central, e assim no canino. A proporção áurea é um conceito utilizado há séculos inclusive em outras áreas, mas que na Odontologia rege que o incisivo central deve aparecer 60% mais que o incisivo lateral, já o incisivo lateral deve aparecer 60% mais que a parte visível do canino. Essa proporção é observada numa vista frontal do paciente (Figura 5), não representa o valor absoluto da largura do dente, apenas o que se consegue observar nessa vista (FRADEANI, 2006).

Figura 5 – Proporção áurea dentária

Fonte: Fradeani (2006, p. 179).

Esses parâmetros que Fradeani propõe,

[...] permitirão que cada profissional realize uma análise estética do paciente, que, apesar da natureza subjetiva da avaliação, conformar-se-á aos critérios de padrão estético a serem aplicados por todos os examinadores, sendo, desta forma, de valor universal (FRADEANI, 2006, p. 22)

Assim, se possibilitará a organização do plano de tratamento que deve, na ausência de contraindicações ou limitações técnicas, ser guiado pela necessidade estética do paciente (FRADEANI, 2006, p. 28). Ressalta-se ainda que,

Além da satisfação das necessidades estéticas do paciente, a finalização adequada de um caso protético exige integração correta da restauração sob os pontos de vista biológico e funcional, o que permite formular um prognóstico favorável a longo prazo (FRADEANI, 2006, p. 30).

2.3 Sistemas cerâmicos

A reabilitação com cerâmica é uma opção amplamente utilizada (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 180) e, portanto, sofre melhorias no que concerne os materiais dentários (ZARONE *et al.*, 2019) motivado pelas demandas cada vez mais estéticas que os pacientes requerem (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 180; SILVA *et al.*, 2017; FORRER *et al.*, 2020).

As cerâmicas são interessantes principalmente pela sua biocompatibilidade, estabilidade de cor a longo prazo e confecção na forma que se deseja (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013). Cabe ressaltar ainda, que esse material tem um grande potencial de mimetizar a aparência natural dos dentes, permitindo a reflexão e transmissão de luz e reproduzindo a translucidez, o brilho, a cor e a textura (ANUSAVICE, SHEN e RAWLS, 2013; VOLPATO *et al.*, 2013, p. 180).

As primeiras coroas de cerâmica surgiram em 1903, introduzidas por Charles Land. Essas coroas por mais estéticas que fossem, não possuíam resistência mecânica. Por isso, desde os anos 1960, porcelanas feldspáticas foram associadas ao metal para o desenvolvimento das “coroas metalocerâmicas”, sendo possível pela adesão química da cerâmica aos óxidos metálicos. Com o passar do tempo, as metalocerâmicas foram sendo aperfeiçoadas, modificando propriedades e novos tipos de cerâmicas aplicadas sobre o metal (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013).

Apesar das melhorias nas metalocerâmicas, consideradas como padrão-ouro para as reabilitações, elas possuíam o inconveniente de ter um metal na sua composição, que levava à um quesito estético não tão agradável. Além disso, tinham um maior potencial de levar a perda de vitalidade do dente pilar e a fratura dele (SAILER *et al.*, 2015). Anusavice, Shen e Rawls (2013, p. 438-439) explicitam que se uma coroa

metalocerâmica é corretamente produzida, ela apresenta um bom desempenho clínico, com maior resistência à fratura e durabilidade que a maior parte das coroas totalmente cerâmicas; também comenta que a aparência estética de restaurações totalmente cerâmicas é superior ao desempenho das metalocerâmicas tanto em região anterior quanto posterior.

Houve evidência de uma melhoria nos resultados clínicos das reabilitações em cerâmica desde então, relacionado com o desenvolvimento dessas cerâmicas reforçadas ou, também chamadas, cerâmicas livres de metal (*metal-free*) (SAILER *et al.*, 2015). Com a melhoria, o uso das cerâmicas livres de metal aumentou nos últimos anos (WARRETH; ELKAREIMI, 2020).

Os tipos de cerâmicas livres de metal são, basicamente, feldspáticas, óxidos e vítreas (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 182). As cerâmicas feldspáticas, que foram as primeiras a surgir, possuem uso limitado para região anterior, com taxa de sobrevida ao longo do tempo em 87,5% devido a alto índice de falhas (SAILER *et al.*, 2015). Elas são, portanto, muito frágeis e pouco confiáveis para serem usadas de forma pura (sem associação a um metal) (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013, p. 425).

Já os óxidos cerâmicos, ou seja, as cerâmicas reforçadas por alumina ou zircônia (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 183; WARRETH; ELKAREIMI, 2020) possuem propriedades mecânicas limitadas, com maior frequência de complicações técnicas como lascamento de cerâmica e perda de retenção; mas que ao mesmo tempo possui excelente propriedades de biocompatibilidade (em especial a baixa taxa de cárie secundária) (SAILER *et al.*, 2015). As cerâmicas reforçadas por alumina possuem uma translucidez inadequada, com aspecto mais leitoso (ANUSAVICE, SHEN e RAWLS, 2013, p. 425; VOLPATO *et al.*, 2013, p. 183) e são consideradas um pouco mais estética que as metalocerâmicas. Mecanicamente, a melhor aplicabilidade delas são nos dentes anteriores (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013, p. 442). Já a zircônia possui um alto grau de opacidade e uma alta resistência flexural (em comparação aos demais), com baixa taxa de fratura; mas possui alta perda de retenção, por ser ácido-resistente e não permitir uma cimentação adesiva adequada (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 183; SAILER *et al.*, 2015).

Por fim, as cerâmicas vítreas, onde estão as vitrocerâmicas de leucita e as vitrocerâmicas de dissilicato de lítio (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 183; WARRETH; ELKAREIMI, 2020). São sistemas mais atuais e que possuem excelentes taxas de sobrevivência (95,4%), amplamente utilizada tanto para região anterior quanto

posterior. É importante destacar que elas levam a complicações biológicas menos frequentes quando comparadas às metalocerâmicas (SAILER *et al.*, 2015), sendo a adaptação da peça cerâmica fundamental para esse quesito. Além disso, possuem um adequado grau de translucidez, sendo contraindicado seu uso em trabalhos mais extensos como próteses parciais fixas de mais de 4 elementos (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 183).

2.4 Vitrocerâmica de dissilicato de lítio

Dentre as cerâmicas vítreas, está, em especial, o dissilicato de lítio, que surgiu em busca de propriedades otimizadas, como boa mecânica e característica estética agradável (ZARONE *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017; ZARONE *et al.*, 2019; ADOLFI *et al.*, 2020). A cerâmica de dissilicato de lítio, disponível popularmente através da marca comercial IPS e.max® (Ivoclar Vivadent, Barueri, São Paulo), possui excelentes propriedades ópticas (ZARONE *et al.*, 2016; IRAVANI *et al.*, 2020), além da alta taxa de sobrevivência (SAILER *et al.*, 2015; BRANDT *et al.*, 2019), sendo uma excelente alternativa de tratamento ao padrão ouro metalocerâmica (SAILER *et al.*, 2015).

Com a cerâmica IPS e.max®, Sailer *et al.* (2015) encontrou baixas complicações biológicas de perda de vitalidade do dente pilar, bem como menor complicação mecânica de fratura desse dente. Brandt *et al.* (2019) relatou casos de complicações técnicas de fratura ou lascamento (problemas mecânicos da cerâmica) e falhas biológicas como hipersensibilidade e complicação endodôntica. Cabe ressaltar que existe um risco de falha por cárie secundária que em geral a cerâmica e.max® pode propiciar (SAILER *et al.*, 2015; BRANDT *et al.*, 2019). Aldegheshem *et al.* (2017), dentro das limitações do estudo dele, explica que os problemas de fraturas são complicações recorrentes de todos os sistemas cerâmicos, enquanto as complicações biológicas são incomuns para esse sistema cerâmico.

2.5 Confeção dos elementos cerâmicos

Quanto ao tipo de confecção dos elementos a base de cerâmica, há disponível os artesanais ou industriais. Os artesanais dependem de um laboratório especializado e do conhecimento do técnico do laboratório. Dentre os artesanais temos as cerâmicas estratificadas, injetadas ou infiltradas. Já as industriais dependem basicamente de um computador, podendo este estar vinculado a um laboratório de prótese também. As cerâmicas nesse modo de confecção geralmente são usinadas (VOLPATO *et al.*, 2013).

A técnica mais comumente utilizada é a estratificação da cerâmica através da condensação da porcelana. A porcelana é fornecida, geralmente, em pó, que deve ser misturado com água ou outro líquido específico, e condensado como se deseja. Essa condensação pode ser feita com uso de um pincel e colocando incrementos de pó sobre camadas úmidas de porcelana (já colocadas no modelo) sobre o qual está se confeccionando o elemento cerâmico. Após é feita a cocção, ou seja, o cozimento em forno da cerâmica, como um processo de cura, chamado de sinterização, onde não se atinge o ponto de fusão da cerâmica. Ocorre nesse processo evaporação de água e sinterização propriamente dita (união das partículas da cerâmica umas às outras). Por fim, se deixa a peça resfriar naturalmente, a fim de evitar choques térmicos e consequentes trincas na cerâmica (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013, p. 433–434; WARRETH; ELKAREIMI, 2020). Nessa técnica há uma estratificação, isto é, se busca aplicar as cores da cerâmica em camadas, e após cada camada de cor a cerâmica é submetida ao ciclos de sinterização, deixando, assim, as cores intrínsecas na peça bem como todas as nuances (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 250).

Em relação à estética, fator de impacto, restaurações monocromáticas (feitas a partir do modo industrial) evidenciaram falta de caracterização individual, ocorrendo apenas após a confecção do elemento e subsequente técnica da maquiagem, competindo com as técnicas de estratificação (CONRAD, SEONG e PESUN, 2007; VOLPATO *et al.*, 2013). Na técnica da maquiagem os aspectos estéticos são obtidos apenas por pinturas extrínsecas e pigmentos (VOLPATO *et al.*, 2013, p. 250).

No quesito estético, a estratificação é a melhor opção, confirmada pelo próprio fabricante do Sistema IPS e.max®, Ivoclar Vivadent Technichal (2017):

A combinação da cor, quando utilizar diferentes materiais de infraestrutura, é claramente facilitada pelo diagrama universal de estratificação e pela precisa coordenação das cores. Deste modo, a cerâmica de estratificação é a chave para os resultados altamente estéticos obtidos pelo Sistema IPS e.max.

3 RELATO DE CASO

A paciente, 31 anos, sexo feminino, chegou à Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul queixando-se da estética de seus dentes anterossuperiores. A paciente se incomodava com a cor dos seus incisivos centrais superiores e a forma dos seus incisivos laterais superiores. Durante a anamnese percebeu-se que ela não sorria muito, não demonstrando muita satisfação com a situação e mais tímida devido ao problema estético.

Na consulta foi feito o exame físico e analisada a radiografia panorâmica (Fotografia 1) que a paciente possuía em seu prontuário. Constatou-se a presença de tratamento endodôntico nos incisivos centrais superiores e formato mais conoide dos incisivos laterais superiores.

Fotografia 1 – Radiografia panorâmica



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Para confirmação da qualidade da endodontia dos dentes 11 e 21, realizou-se uma tomada radiográfica periapical (Fotografia 2). Analisando a radiografia verificou-se que a endodontia dos dentes estava em boa qualidade, podendo ser indicada uma reabilitação protética em cima destes.

Fotografia 2 – Radiografia periapical dos dentes 11 e 21



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Após o exame clínico, que concluiu a real necessidade de uma reabilitação, foi exposta à paciente as opções de tratamento, os riscos e os benefícios de cada uma delas. Ao final da conversa, a paciente optou pela realização de 4 coroas cerâmicas de dissilicato de lítio (e.max®).

Com o plano de tratamento aprovado, realizou-se registros fotográficos intra e extrabucais, autorizado pela paciente, com um telefone celular Xiaomi Mi 9 Lite (Xiaomi – China) (Fotografias 3, 4, 5 e 6).

Fotografia 3 – Aspecto inicial intrabucal em vista anterior da arcada superior e inferior



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 4 – Aspecto inicial intrabucal em vista oclusal do arco superior



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 5 – Aspecto inicial extrabucal em posição de sorriso forçado



Fonte: Acervo do Autor (2020).

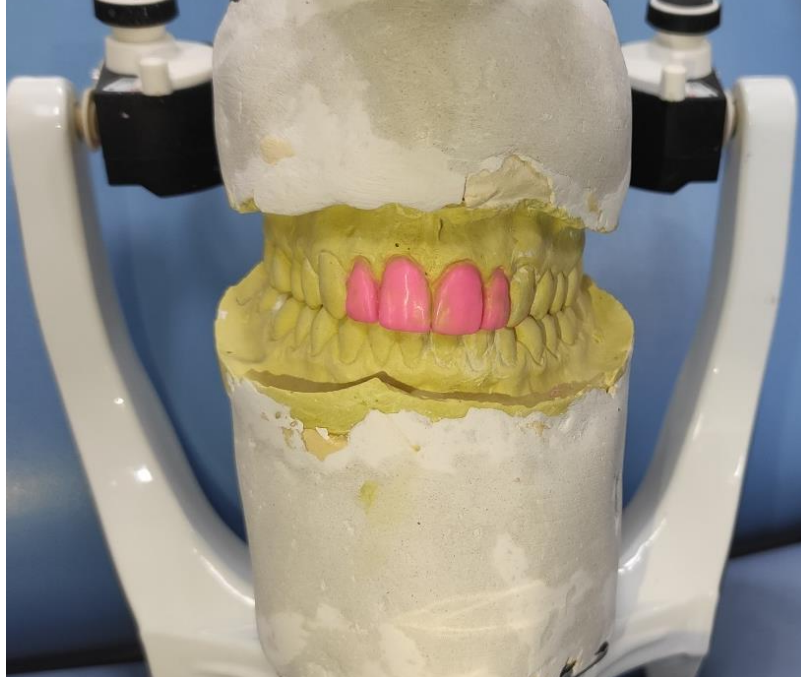
Fotografia 6 – Aspecto inicial extrabucal em posição de lábio em repouso



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Na consulta seguinte, realizou-se a moldagem de estudo da arcada superior e inferior. Foram utilizadas moldeiras metálicas lisas do tipo Vernes (Tecnodent – Indaiatuba, SP) e alginato Jeltrate Plus® (Dentsply Sirona – Petrópolis, RJ). Com os moldes prontos, foi realizada a vazagem dos mesmos em gesso pedra especial tipo IV Durone® (Dentsply Sirona – Petrópolis, RJ). A partir do registro oclusal, utilizando silicone de condensação laboratorial Zetalabor® (Zhermack – Itália) em garfo para arco facial (Bio-art – São Carlos, SP), foi realizada a montagem do arco facial (Bio-art – São Carlos, SP). Montou-se os modelos superior e inferior em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Carlos, SP). O articulador foi encaminhado ao protético para o enceramento de diagnóstico (Fotografia 7).

Fotografia 7 – Enceramento de diagnóstico em articulador semi-ajustável



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Analisando o caso no articulador, percebeu-se que a existência de um apinhamento dentário anteroinferior era um fator que poderia prejudicar a longevidade das coroas. Essa é uma das vantagens de realizar o enceramento, refinar o planejamento para melhor condução do caso. Então, foi conversado com a paciente quanto à situação, onde sugeriu-se uma correção ortodôntica dos dentes previamente à reabilitação. A paciente preferiu realizar a reabilitação com as coroas e fazer a correção ortodôntica subsequentemente. Neste aspecto, objetivou-se realizar a melhor condição oclusal no tratamento para que, caso a paciente postergue a ortodontia, não haja prejuízo à reabilitação.

Para iniciar, foi planejado a realização de um *mockup*. Procedeu-se a confecção de uma moldeira com silicone de condensação laboratorial Zetalabor® (Zhermack – Itália) sobre o modelo encerado. Após a confecção, a moldeira foi recortada devidamente, na região cervical dos dentes, com o auxílio de uma lâmina de bisturi número 15 Solidor® (Bunzl Saúde – Osasco, SP).

Fotografia 8 – Moldeira em silicone de condensação laboratorial



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Para a realização do *mockup* foi experimentada a moldeira para conferir a adaptação, então ela foi preenchida com resina bisacrílica YProv Bisacryl® (Yllor – Pelotas, RS) e levada em boca. Removeu-se os excessos de material que extravasaram da moldeira, enquanto na fase de trabalho, com o auxílio de uma sonda exploradora número 5 (Duflex – Juiz de Fora, MG). A moldeira foi removida e realizado o acabamento da resina bisacrílica esfregando uma bolinha de algodão embebida em álcool 70% para remover a camada superficial da resina não polimerizada. Também foi feito acabamento na margem gengival, com uma ponta diamantada 2200 (KG Sorensen – Cotia, SP) em alta rotação. Após isso, a paciente se olhou no espelho para aprovação da estética do sorriso, de modo especial o formato e tamanho dos dentes. A paciente gostou do formato dos dentes, mas queria saber como ficaria se o incisivo lateral fosse mais curto. Para isso foi feito o ajuste na resina bisacrílica do dente 12 com a mesma ponta diamantada usada no acabamento (Fotografia 9). Então, é conversado sobre o detalhe estético com a paciente, sendo esclarecido que incisivos laterais superiores mais curtos que os dentes adjacentes passam a impressão de um sorriso mais infantil. Ao final, a paciente decidiu por deixar o incisivo lateral como estava no enceramento inicial e aprovou o planejamento.

Fotografia 9 – Mockup

Fonte: Acervo do Autor (2020).

Com a finalidade de dar maior retenção à futura coroa protética dos dentes 11 e 21, e servirem como núcleos de preenchimento, foram cimentados pinos de fibra de vidro intrarradicularmente. Para isso foi, primeiramente, desobturado parcialmente o canal radicular do dente 21 utilizando brocas do tipo Largo (Angelus – Londrina, PR) em baixa rotação. Deixou-se cerca de 4 milímetros de material obturador na região apical da raiz. Realizou-se a seleção e prova do pino, e assim utilizada a broca do sistema de pinos Exacto® (Angelus – Londrina, PR) em baixa rotação para refinar o preparo das paredes do canal radicular. O pino selecionado Exacto® (Angelus – Londrina, PR) foi limpo com álcool 70%, aplicado o agente de união silano RelyX Agente Silano® (3M – Sumaré, SP) e reservado enquanto preparava-se o dente para a técnica adesiva. Foi realizado o condicionamento ácido total (15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte) com ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC) na coroa, lavado e secado a mesma, e aplicado sistema adesivo Adapter Single Bond 2® (3M – Sumaré, SP). O silano aplicado no pino, após 1 minuto, foi seco com leve jato de ar. O canal do dente foi preenchido com cimento autoadesivo seTPP (SDI – São Paulo, SP) de cor A1 e o pino foi levado em posição, o conjunto foi fotopolimerizado por cerca de 40 segundos por face. Então foi realizado o preenchimento restante da coroa com resina *flow* Sigma® (DFL – Rio de Janeiro, RJ) e fotopolimerizado também. Para finalizar, foi realizado o corte do pino de fibra de vidro com uma ponta diamantada 3118F (KG Sorensen – Cotia, SP) em alta rotação (Fotografia 10). Na consulta seguinte foi procedida a cimentação do pino no dente 11, seguindo o mesmo protocolo praticado no dente 21.

Fotografia 10 – Pino de fibra de vidro no dente 21 após ser cimentado e cortado em vista oclusal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

A partir da cimentação dos pinos, foi possível iniciar os preparos extracoronários totais. Para haver um controle da quantidade de tecido dentário desgastado, foi confeccionado uma guia em silicone de condensação laboratorial Zetalabor® (Zhermack – Itália). Essa guia é realizada sobre o modelo encerado e é recortada adequadamente, para exposição parcial dos dentes, com uma lâmina de bisturi número 15 Solidor® (Bunzl Saúde – Osasco, SP) (Fotografia 11) e é provada em boca para conferir a adaptação.

Fotografia 11 – Guia para controle de desgaste confeccionado sobre o modelo encerado



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Os preparos iniciam-se pelos incisivos centrais e são feitos sob isolamento relativo. É delimitado o desgaste cervical do dente, a cerca de 1 milímetro da margem

gingival, e executado de forma parabólica (contornando a gengiva) com uma ponta diamantada 1014 (KG Sorensen – Cotia, SP) em alta rotação, entrando com esta em 45 graus em relação ao longo eixo do dente para haver um aprofundamento de apenas metade da ponta ativa (0,7 milímetro). Esse desgaste é realizado tanto na face vestibular quanto na face palatina dos dentes 11 e 21.

São realizados, com uma ponta diamantada 3216 (KG Sorensen – Cotia, SP) em alta rotação, sulcos de orientação na face vestibular dos dentes, em dois planos. A ponta diamantada é aprofundada em toda sua espessura da ponta ativa (1,2 milímetro). Primeiro se delimita 3 sulcos no primeiro plano ao longo eixo do dente, e depois outros 3 sulcos no segundo plano que respeita a inclinação da face vestibular de cada dente. Estes sulcos de orientação são executados também na face palatina dos dentes, mas em apenas um plano, ao longo eixo do dente, e aprofundando a ponta diamantada em metade da sua espessura (0,6 milímetro). Com a mesma ponta diamantada são feitos sulcos incisais, aprofundando em cerca de 2 milímetros a ponta ativa da ponta diamantada, e realizados em 45 graus em direção a face palatina em função da guia incisiva.

Após delimitados os sulcos de orientação, são executadas a união destes respeitando a inclinação a qual foram confeccionados. Com a ponta diamantada 3216 (KG Sorensen – Cotia, SP) são unidos os sulcos vestibulares em seus dois planos, após os sulcos palatinos e, por fim, os sulcos incisais. Conforme as uniões são feitas, checka-se a quantidade de desgaste através da guia. Para finalizar a união dos sulcos, é utilizada a ponta diamantada 1014 (KG Sorensen – Cotia, SP) para delimitar um sulco na concavidade palatina dos dentes, em quase sua espessura total, a fim de controlar a quantidade de desgaste. A concavidade palatina é reduzida com a ponta diamantada 3118 (KG Sorensen – Cotia, SP).

Com os sulcos unidos, temos superfícies desgastadas uniformemente por vestibular, palatina e incisal (Fotografia 12). Agora realiza-se o preparo interproximal, e para isso é utilizada uma ponta diamantada 2200 (KG Sorensen – Cotia, SP), por ser mais afilada, para romper o ponto de contato inicialmente e desgastar uma quantidade suficiente de tecido dentário para acomodar a ponta diamantada 3216 (KG Sorensen – Cotia, SP). Assim que é possível utilizar essa ponta diamantada, é feito o desgaste atentando a região ocupada pela papila interdental e a inclinação da ponta diamantada para que se consiga uma conicidade do preparo em torno de 6 graus.

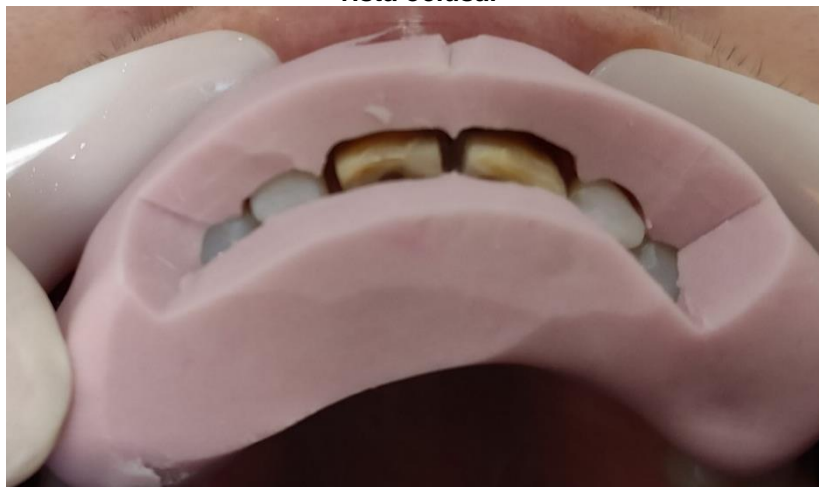
Fotografia 12 – Preparo extracoronário total dos dentes 11 e 21 em andamento em vista anterior



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Antes de realizar o preparo da terminação cervical, é checada a quantia de desgaste dentário com a guia (Fotografia 13). Após, utilizando somente o extremo da ponta ativa da ponta diamantada 3216F (KG Sorensen – Cotia, SP) é executado o chanfro nos preparos dos dentes, deixando-o em cerca de 1 milímetro dentro do sulco gengival para esconder a terminação da peça protética.

Fotografia 13 – Checagem final da quantia de desgaste dos dentes 11 e 21 utilizando a guia em vista oclusal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Para finalizar os preparos dos dentes 11 e 21, são utilizadas as mesmas pontas diamantadas, mas com uma granulação menor, da série *fine*, para alisar e regularizar paredes e ângulos vivos. São utilizados também a série de discos de lixa Praxis® (TDV – Pomerode, SC) em baixa rotação para complementar a finalização.

Com os preparos concluídos (Fotografia 14 e 15), se faz necessário o uso de provisórios. Para isso foi dispensado resina bisacrílica YProv Bisacryl® (Yllor – Pelotas, RS) na região do 11 e 21 na moldeira utilizada para o *mockup* e levado em boca. Foi removido os excessos e dado o acabamento esfregando uma bolinha de

algodão embebido em álcool 70% para remover a camada superficial da resina não polimerizada. Também foi adaptado a nível gengival com uma ponta diamantada 2200 (KG Sorensen – Cotia, SP) em alta rotação. Com os provisórios prontos, já foi possível notar diferença na estética do sorriso da paciente (Fotografias 16 e 17).

Fotografia 14 – Preparos finalizados dos dentes 11 e 21 em vista anterior



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 15 – Preparos finalizados dos dentes 11 e 21 em vista oclusal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 16 – Provisórios do 11 e 21 finalizados em vista anterior intrabucal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 17 – Provisórios do 11 e 21 finalizados em vista anterior extrabucal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Nas duas consultas seguintes, foram realizados os preparos dos dentes 12 e 22, utilizando a mesma técnica de preparo e de confecção de provisórios, mas sob anestesia local por se tratar de dentes com vitalidade pulpar. Com todos os preparos prontos (Fotografia 18 e 19) foi possível realizar, na consulta subsequente, a moldagem de trabalho dos 4 dentes preparados.

Fotografia 18 – Preparos finalizados nos incisivos superiores em vista anterior intrabucal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 19 – Preparos finalizados nos incisivos superiores em vista oclusal intrabucal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Em função da boa saúde periodontal e do adequado afastamento gengival com o uso dos provisórios, não foi necessário utilizar técnicas para afastar a gengiva na consulta de moldagem. Para realizar a moldagem, foi utilizado silicone de adição pesado Express XT Putty Soft® (3M – Sumaré, SP) e silicone de adição fluido Express XT Light Body® (3M – Sumaré, SP) com a técnica simultânea. Enquanto o auxiliar ia manipulando o silicone pesado, o operador ia dispensando o silicone leve nos dentes preparados, principalmente na terminação cervical (Fotografia 20). O auxiliar carrega a moldeira, que é metálica lisa do tipo Vernes (Tecnodent – Indaiatuba, SP), com o silicone pesado, e o operador complementa o material da moldeira com silicone fluido e leva em posição realizando a moldagem. Assim que o material vulcaniza, a moldeira é removida da boca e é analisada a qualidade da moldagem, que requer uma cópia fiel da terminação cervical e dos preparos (Fotografia 21). É feito também o registro oclusal utilizando silicone de condensação laboratorial Zetalabor® (Zhermack – Itália), e, juntamente com a moldagem, são encaminhados ao protético confecção das coroas enceradas em casquete acrílico para prova e ajustes antes da confecção definitiva em cerâmica. Os provisórios são novamente confeccionados em boca, pela mesma técnica realizada anteriormente.

Fotografia 20 – Dispensando silicone fluido nos preparos

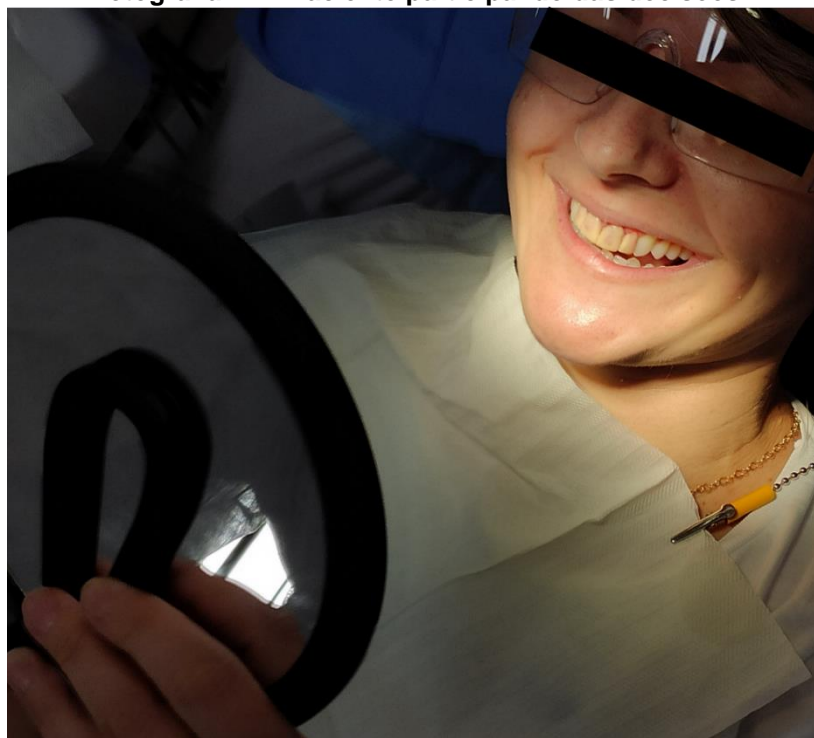


Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 21 – Moldagem de trabalho

Fonte: Acervo do Autor (2020).

As coroas enceradas em casquete acrílico foram provadas em boca após remoção dos provisórios. A paciente, com um espelho de mão, participou dos ajustes finais da forma e tamanho dos dentes (Fotografia 22). Conforme vontade da paciente, essas coroas foram ajustadas com um esculpidor de cera Holleback 3S (Duflex – Juiz de Fora, MG), ficando ao final de forma harmônica e personalizada seguindo os princípios e diretrizes estéticas (Fotografia 23).

Fotografia 22 – Paciente participando das decisões

Fonte: Acervo do Autor (2020).

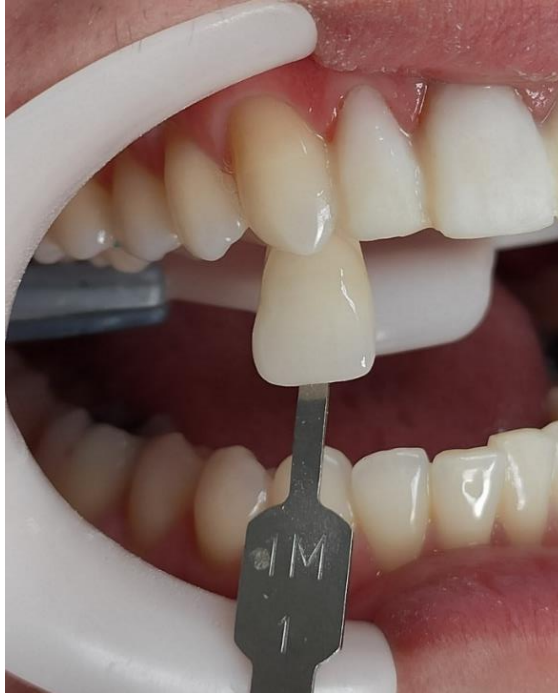
Fotografia 23 – Coroas enceradas em casquete acrílico devidamente ajustadas



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Para que o protético pudesse confeccionar as coroas em dissilicato de lítio (e.max®), foi necessário realizar a escolha da cor para a cerâmica. Em razão da paciente já possuir dentes mais claros, não foi necessário realizar clareamento dentário externo prévio à escolha da cor, uma vez que se entrou em consenso com a paciente que a cor apresentada pelos demais dentes já era a satisfatória para ela. Foi utilizada a escala de cores VITA *Toothguide* 3D Master® (Wilcos – Petrópolis, RJ) para a realização da escolha da cor da cerâmica, e nesse processo a paciente também participou da escolha, optando pela cor 1M1 (Fotografia 24). Essas coroas enceradas sobre casquete acrílico foram encaminhadas de volta ao protético, juntamente com a cor escolhida, para a confecção das coroas definitivas em cerâmica e.max® estratificadas. Para finalizar a sessão, os provisórios foram novamente confeccionados em boca.

Fotografia 24 – Escolha da cor da cerâmica



Fonte: Acervo do Autor (2020).

As coroas definitivas retornaram do protético (Fotografia 25) para cimentação. Antes do procedimento, foi analisada a qualidade e adaptação das coroas sobre o modelo de gesso.

Fotografia 25 – Coroas cerâmicas em e.max®



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Removeu-se os provisórios da paciente e verificou-se, em boca, a adaptação das coroas utilizando carbono líquido em *spray* Arti-Spray® (Bausch – Itu, SP) no interior delas. Após evidenciar interferências que impediam o correto assentamento de cada coroa, era realizado o ajuste utilizando uma ponta diamantada 1011 (KG

Sorensen – Cotia, SP) em alta rotação. Utilizando uma folha de papel carbono Accu Film® (Parkell – EUA) foi feito o ajuste interproximal, verificando o ponto de contato com um fio dental. Em casos de interferências interproximais, os ajustes eram realizados com pontas montadas para desgaste de cerâmica de granulometria média e fina (American Burrs – Palhoça, SC) em baixa rotação. Os últimos ajustes a serem realizados foram os oclusais, utilizando uma folha de papel carbono Accu Film® (Parkell – EUA), verificando os contatos cêntricos e excêntricos da mandíbula. Não foram necessários muitos ajustes oclusais, os que necessitaram ser feitos foram realizados com as mesmas pontas montadas usadas para o ajuste interproximal. Por fim, nos locais que houve ajustes foi realizado o polimento com ponta montada para polimento final e alto brilho em cerâmica (American Burrs – Palhoça, SC) em baixa rotação.

Com as coroas cerâmicas ajustadas, realizou-se a sua limpeza e desinfecção com álcool 70%. Iniciou-se o protocolo de cimentação com o jateamento interno das coroas com óxido de alumínio com o Microjato Plus® (Bio-art – São Carlos, SP) e, após, lavagem e secagem das coroas. Condicionou-se internamente as coroas com ácido fluorídrico a 10% (Angelus – Londrina, PR) por 20 segundos, após as coroas foram lavadas abundantemente e secas para aplicação do agente de união silano RelyX Agente Silano® (3M – Sumaré, SP), o qual foi aplicado internamente e aguardado cerca de 1 minuto para, então, secar com leve jato de ar. Enquanto o silano agia, foi realizado o isolamento relativo do campo operatório e realizado o condicionamento ácido total (15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte) com ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Villevie – Joinville, SC) no preparo, lavado e secado o mesmo, e aplicado sistema adesivo Adapter Single Bond 2® (3M – Sumaré, SP).

Foi manipulado o cimento resinoso RelyX ARC® (3M – Sumaré, SP) cor A3 e dispensado na parte interna das coroas, e estas levadas em posição. Foram removidos os excessos de cimento que escoou com um aplicador descartável *microbrush* (KG Sorensen – Cotia, SP), fotoativado ligeiramente por 5 segundos e utilizado o fio dental para remoção do restante dos excessos. A fotopolimerização final é realizada por 40 segundos em cada margem, e é aguardado cerca de 15 minutos para polimerização química interna do cimento.

A cimentação é finalizada realizando ajustes na margem gengival com o auxílio de uma lâmina de bisturi número 12 Solidor® (Bunzl Saúde – Osasco, SP) e checando

novamente a oclusão da paciente. O aspecto final imediato à cimentação (Fotografias 26 e 27) é aprovado pela paciente.

Fotografia 26 – Aspecto final imediato em vista anterior



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 27 – Aspecto final imediato em vista oclusal



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Na semana seguinte à cimentação, foi realizada a consulta de acompanhamento (Fotografias 28 e 29) e realizada a confecção de uma placa de proteção. A paciente não relatou dores após a cimentação, apenas um leve desconforto ao higienizar os dentes com o fio dental, sendo orientada quanto à isso.

Fotografia 28 – Aspecto final após 7 dias em posição de sorriso forçado



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Fotografia 29 – Aspecto final após 7 dias em posição de sorriso em repouso



Fonte: Acervo do Autor (2020).

Para a confecção da placa de proteção, foi realizada a moldagem do arco superior com moldeira metálica lisa do tipo Vernes (Tecnodont – Indaiatuba, SP) e alginato Jeltrate Plus® (Dentsply Sirona – Petrópolis, RJ). Com os moldes prontos, foi realizada a vazagem dos mesmos em gesso pedra tipo III Herodent® (Vigodent

Coltene Sirona – Rio de Janeiro, RJ). Após o gesso ter cristalizado, foi realizado o acabamento do modelo em recortador de gesso e, então, levado à plastificadora Plastvac P7 (Bio-art – São Carlos, SP). Foi utilizada uma placa de acetato de 2 milímetros de espessura Cristal (Bio-art – São Carlos, SP), para ter maior resistência, e procedida a plastificação. Após foi realizado o recorte da placa de proteção, próxima da zona do equador protético dos dentes por vestibular e próximo da margem gengival por palatina, utilizando um disco diamantado dupla face (American Burrs – Palhoça, SC) em baixa rotação. Para dar um melhor acabamento e polimento das margens recortadas foram utilizados pontas montadas para polimento final em acrílico granulometria média e fina (American Burrs – Palhoça, SC) em baixa rotação. A placa foi provada em boca e realizado ajustes finais com os mesmos instrumentos (Fotografia 30).

Fotografia 30 – Placa de proteção instalada e ajustada em boca



Fonte: Acervo do Autor (2020).

A paciente foi liberada, reforçando a necessidade da ortodontia para correção dos dentes anteroinferiores, e marcada para revisão em 6 meses.

Na consulta de acompanhamento do caso, após 6 meses, a paciente não relatava mais desconforto ao utilizar o fio dental, e não houve necessidade de ajustes clínicos. A paciente ainda não havia realizado tratamento ortodôntico e, novamente, foi orientada a buscar, uma vez que identificou-se uma leve movimentação inciso-vestibular do dente 11. Foram realizadas fotografias de controle (Fotografias 31 e 32),

assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e entrevistada a paciente quanto ao impacto da reabilitação na qualidade de vida dela.

Fotografia 31 – Aspecto final após 6 meses em vista anterior



Fonte: Acervo do Autor (2021).

Fotografia 32 – Aspecto final após 6 meses em vista oclusal



Fonte: Acervo do Autor (2021).

O roteiro que serviu de guia para a entrevista (Apêndice A) foi baseado em um formulário qualitativo utilizado em estudo que avaliou o impacto do tratamento odontológico na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes (MARONEZE, 2017). Na entrevista, a paciente definiu qualidade de vida como estar

bem consigo mesma e fazer o que gosta sem preocupações; sendo a saúde bucal fundamental para isso. Ela buscou atendimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul pois queria ter o “sorriso de volta” com um orçamento que “coubesse no bolso dela”. Antes, ela deixava de sair com amigos, tirar fotos, ir a eventos e tinha pouca qualidade de vida; pois os dentes “deixavam muito a desejar”. A qualidade de vida mudou totalmente com a reabilitação estética, ela não sente mais vergonha de sair distribuindo sorriso, é mais feliz e pode fazer tudo o que queria fazer sem ter vergonha; para ela, isso representa “uma vida nova cheia de sorrisos e alegria, onde só cabe felicidade pois sorrir é tudo”.

Por fim, as Fotografias 33 e 34 trazem o comparativo do antes e depois da reabilitação dentária realizada na paciente.

Fotografia 33 – Antes e depois da reabilitação em vista intrabucal



Fonte: Acervo do Autor (2021).

Fotografia 34 – Antes e depois da reabilitação em vista extrabucal



Fonte: Acervo do Autor (2021).

3.1 Aspectos éticos

O relato de caso clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul segundo o parecer número 4.720.108 (Anexo B). A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) autorizando o trabalho.

4 DISCUSSÃO

O intuito deste trabalho foi evidenciar o impacto de uma reabilitação dentária na qualidade de vida de uma paciente da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Percebeu-se que a reabilitação foi capaz de promover uma melhoria na qualidade de vida, devolvendo a autoestima e reestabelecendo a saúde bucal da paciente.

Problemas dentários, principalmente relacionado a cor, repercutiam na qualidade de vida da paciente. Isso corrobora com o que Tin-Oo, Saddki e Hassan (2011), Mehl *et al.* (2014) e Goulart *et al.* (2018) perceberam em seus respectivos estudos, inclusive no que tange a respeito do perfil dos pacientes que são mais sensibilizados por essas situações. A paciente deixava de participar de eventos e até mesmo deixava de tirar fotos pois ela não se sentia bem com os dentes dela, achava que não eram saudáveis pela aparência estética. Essa visão que a paciente possuía dela mesmo não necessariamente representava o que os outros notassem. Para exemplificar, durante o exame físico inicial nem se deu importância ao formato dos incisivos laterais que eram levemente conoides, mas a paciente relatava que a incomodava. Assim a qualidade de vida da paciente foi impactada, na medida que sorrir não era mais algo natural, era uma vergonha e que deixava ela infeliz. Os problemas, apontados pela paciente, diminuía a autoestima e depreciava a qualidade de vida, contexto que condizia com o que Grecu *et al.* (2019) levantou em seu estudo.

A paciente foi a principal interessada na melhoria da qualidade de vida através de uma reabilitação dentária. Tão logo esta percebeu o que poderia ser melhorado, também quis colaborar no tratamento no que se refere a detalhes que influenciariam na estética dentária. Um exemplo foi na realização do *mockup*, em que, inicialmente, a paciente gostaria que o incisivo lateral fosse mais curto. Mas, após conversar com o profissional, houve um entendimento entre ambos, esclarecendo que incisivos laterais mais curtos que os dentes adjacentes passam a percepção de um sorriso mais infantil, e então esta preferiu não fazer a alteração. A apreciação e o diálogo entre profissional e paciente impactaram no resultado estético na medida que ambos buscaram a melhor opção para satisfazer a necessidade levantada pela paciente, respaldando os achados de Rodrigues *et al.* (2010), Pegoraro *et al.* (2013), e Mehl *et al.* (2014).

Com a paciente em foco, a organização do plano de tratamento ocorreu conforme Fradeani (2006) já havia destacado em seu livro, sendo guiado pela

necessidade estética da paciente, possibilitado pela ausência de contraindicações ou limitações de técnica.

Quanto ao tipo de material cerâmico utilizado, supõe-se que a escolha favoreceu na estética obtida. As coroas de cerâmica pura parecem ser mais estéticas que as metalocerâmicas pela ausência do metal, por permitir a passagem adequada de luz, especialmente na região anterior do arco dentário. Essa percepção está de acordo com o que Anusavice, Shen e Rawls (2013), Volpato *et al.* (2013), Sailer *et al.* (2015), Silva *et al.* (2017) e Brandt *et al.* (2019) destacaram em seus trabalhos.

Após a conclusão do tratamento, pode-se visualizar as vantagens estéticas no uso das cerâmicas para a realização do caso. Algumas das vantagens identificadas foram as mesmas levantadas por Anusavice, Shen e Rawls (2013) e Volpato *et al.* (2013), como a personalização do formato e cor, a capacidade de imitar a aparência natural dos dentes, capacidade de reflexão e transmissão da luz, etc.

Além do quesito estético, os quesitos mecânicos e biológicos também têm suas devidas importâncias por garantir a longevidade dos resultados e repercussão do trabalho. Isso corrobora com a visão de Fradeani (2006), que além da satisfação estética temos que ter integrado a biologia e a função para um prognóstico favorável a longo prazo. Assim, a escolha por cerâmicas vítreas em detrimento à metalocerâmica se deu também pela ausência do metal, em que se supõe que seja o motivo pelo qual as metalocerâmicas possuem maiores problemas de perda de vitalidade pela condutibilidade térmica e/ou fratura do dente pilar pelo módulo de elasticidade. Essa constatação está de acordo com o que Sailer *et al.* (2015) discute em sua revisão sistemática, reforçando que a melhoria dos resultados clínicos das reabilitações vieram com o desenvolvimento das cerâmicas puras. Mas se opõe ao que Anusavice, Shen e Rawls (2013) trazem em sua obra, condicionando um bom desempenho clínico, maior resistência à fratura e maior durabilidade que a maior parte das coroas totalmente cerâmicas, ao correto desenvolvimento da coroa metalocerâmica.

Nota-se um aperfeiçoamento dos materiais dentários, em que houve melhorias mecânicas, estéticas e biológicas em relação a sistemas cerâmicos mais antigos. Volpato *et al.* (2013), Sailer *et al.* (2015), Silva *et al.* (2017) e Forrer *et al.* (2020) apontaram neste mesmo sentido. A inovação nos materiais permitiu reabilitar a paciente de forma mais natural, mimetizando o aspecto natural dos dentes adjacentes ao que receberam coroas cerâmicas. Ao analisar visualmente as coroas em e.max®

que chegaram do laboratório de prótese, identificou-se que as características ópticas e estéticas do material eram excelentes, corroborando com a conclusão de Zarone *et al.* (2016) e de Iravani *et al.* (2020).

A técnica de confecção das coroas em material cerâmico utilizadas no caso foi através da estratificação, neste sentido teve sua relevância no quesito estético. A cor escolhida foi envolvida na coroa durante a confecção, de modo com que respeitasse cada camada dos ciclos de sinterização. Com isso, conseguiu-se um aspecto de maior naturalidade, logo, possuindo um resultado estético bem mais favorável, como o fabricante do sistema cerâmico, Ivoclar Vivadent Technichal (2017), já havia destacado.

Ao final do tratamento, a paciente mudou sua visão, se sentindo mais segura e confiante para sorrir. A mudança na autoestima da paciente era perceptível, na medida que se identificava que aquela mulher, que entrava tímida inicialmente, nas consultas finais chegava sorrindo. O impacto da reabilitação foi positivo, tanto na visão da paciente quanto na do profissional, com melhora da cor dos incisivos centrais superiores e forma dos incisivos laterais superiores. Apesar disso, a principal limitação do estudo envolve o insuficiente número de trabalhos, especialmente recentes, encontrados na literatura que mostram o impacto que uma reabilitação estética tem na qualidade de vida de um paciente. Essa escassez de embasamento científico foi notada também por Øzhayat e Gotfredsen (2019) no desenvolvimento de sua pesquisa.

Assim, sugere-se que novos trabalhos acerca do tema sejam desenvolvidos, especialmente relacionado com próteses fixas, para que haja um maior respaldo científico da relação que a reabilitação dentária com próteses fixas pode ter com a qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

A partir do desenvolvimento deste trabalho, é possível concluir que a reabilitação dentária, através da estética obtida, impactou positivamente na qualidade de vida da paciente. Esse impacto é notado principalmente pela melhora da autoestima dela, que se encontrava baixa. A situação não permitia com que ela fizesse coisas rotineiras, como sair com os amigos, por se preocupar com a aparência estética dos dentes. Com a reabilitação estética, a paciente voltou a se sentir segura e confiante para sorrir, sem preocupações e impedimentos, neste sentido, para aproveitar a vida.

Nota-se que a cor e a forma dos dentes, após a reabilitação, melhoraram em termos estéticos. A escolha do material cerâmico, a técnica de confecção das coroas cerâmicas e a participação da paciente nas decisões parecem ter importância neste aspecto. As cerâmicas puras são mais estéticas por permitir a passagem de luz, especialmente o dissilicato de lítio em razão de sua translucidez estar aliada com suas boas características mecânicas. Já a técnica de confecção de coroas cerâmicas por estratificação ser mais estético pois as cores estão intrinsicamente dispostas na peça respeitando o processo de sinterização e dando um aspecto de maior naturalidade. Por fim, a participação da paciente foi importante pois esta é a maior interessada na melhoria estética e é capaz de elencar pontos a serem melhorados segundo sua visão, não cabendo a responsabilidade estética ser exclusiva da perspectiva do profissional.

REFERÊNCIAS

ADOLFI, Dario *et al.* Lithium Disilicate Crown, Zirconia Hybrid Abutment and Platform Switching to Improve the Esthetics in Anterior Region: A Case Report. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, v. 12, p. 31–40, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S234980>

ALDEGHEISHEM, Alhanoof *et al.* Success and Survival of Various Types of All-Ceramic Single Crowns: A Critical Review and Analysis of Studies with a Mean Follow-Up of 5 Years or Longer. *The International Journal of Prosthodontics*, United States, v. 30, n. 2, p. 168–181, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ijp.4703>

ANUSAVICE, Kenneth J.; SHEN, Chiayi; RAWLS, H. Ralph. *Phillips Materiais Dentários*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BOSENBECKER, Juliana *et al.* Tooth discoloration caused by endodontic treatment: A cross-sectional study. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, England, v. 32, n. 6, p. 569–574, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jerd.12572>

BRANDT, Silvia *et al.* IPS e.max for All-Ceramic Restorations: Clinical Survival and Success Rates of Full-Coverage Crowns and Fixed Partial Dentures. *Materials*, v. 12, n. 3, p. 462, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ma12030462>

CONRAD, Heather J; SEONG, Wook-Jin; PESUN, Igor J. Current ceramic materials and systems with clinical recommendations: a systematic review. *The Journal of prosthetic dentistry*, United States, v. 98, n. 5, p. 389–404, 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(07\)60124-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(07)60124-3)

FORRER, Fiona Alena *et al.* Clinical performance and patient satisfaction obtained with tooth-supported ceramic crowns and fixed partial dentures. *The Journal of prosthetic dentistry*, United States, v. 124, n. 4, p. 446–453, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2019.08.012>

FRADEANI, Mauro. *Análise Estética: Uma Abordagem Sistemática Para O Tratamento Protético - volume 1*. São Paulo: Quintessence Editora, 2006.

GLICK, Michael *et al.* A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, United States, v. 151, n. 2, p. 229–231, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2016.11.010>

GOULART, Mariél de Aquino *et al.* Concerns about dental aesthetics are associated with oral health related quality of life in Southern Brazilian adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3957–3964, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.24172016>

GRECU, Alexandru Grațian *et al.* Oral health related quality of life and self-esteem in a general population. *Medicine and Pharmacy Reports*, v. 92, n. 3, p. S65–S72,

2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15386/mpr-1520>

IRAVANI, Maryam *et al.* Shade reproduction and the ability of lithium disilicate ceramics to mask dark substrates. *Restorative Dentistry & Endodontics*, v. 45, n. 3, p. e41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5395/rde.2020.45.e41>

IVOCLAR VIVADENT TECHNICAL. *IPS e.max Ceram: Instruções de Uso*. 2017.

MAGNE, Pascal; BELSER, Urs. *Restaurações Adesivas de Porcelana na Dentição Anterior: Uma Abordagem Biomimética*. São Paulo: Quintessence Editora, 2012.

MARONEZE, Marília Cunha. *IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA*. Santa Maria, RS: 2017.

MEHL, Christian *et al.* Perception of dental esthetics in different cultures. *The International journal of prosthodontics*, United States, v. 27, n. 6, p. 523–529, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ijp.3908>

MONTERO, Javier *et al.* Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *Journal of Dentistry*, v. 41, n. 6, p. 493–503, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.01.006>

ØZHAYAT, Esben Boeskov; GOTFREDSEN, Klaus. Patient-reported effect of oral rehabilitation. *Journal of oral rehabilitation*, England, v. 46, n. 4, p. 369–376, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12756>

PALOMARES, Teresa *et al.* Oral health-related quality of life and masticatory function after conventional prosthetic treatment: A cohort follow-up study. *The Journal of prosthetic dentistry*, United States, v. 119, n. 5, p. 755–763, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.07.023>

PEGORARO, Luiz Fernando *et al.* *Prótese Fixa: Bases para o Planejamento em Reabilitação Oral*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

RODRIGUES, Caroline de Deus Tupinambá *et al.* Influência de variações das normas estéticas na atratividade do sorriso. *Rev Gaúcha Odontol.*, v. 58, n. 3, p. 307–311, 2010.

SAILER, Irena *et al.* All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). *Dental materials : official publication of the Academy of Dental Materials*, England, v. 31, n. 6, p. 603–623, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dental.2015.02.011>

SILVA, Lucas Hian da *et al.* Dental ceramics: a review of new materials and processing methods. *Brazilian Oral Research*, v. 31, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0058>

TIN-OO, Mon Mon; SADDKI, Norkhafizah; HASSAN, Nurhidayati. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health*, v. 11, n. 1, p. 6, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6831-11-6>

VOLPATO, Cláuda Ângela Maziero; *et al.* *Próteses Odontológicas Uma Visão Contemporânea - Fundamentos e Procedimentos*. 1. ed. São Paulo: Santos, 2013.

WARRETH, Abdulhadi; ELKAREIMI, Yaser. All-ceramic restorations: A review of the literature. *The Saudi Dental Journal*, v. 32, n. 8, p. 365–372, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2020.05.004>

ZARONE, Fernando *et al.* Current status on lithium disilicate and zirconia: a narrative review. *BMC Oral Health*, v. 19, n. 1, p. 134, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0838-x>

ZARONE, Fernando *et al.* “Digitally Oriented Materials”: Focus on Lithium Disilicate Ceramics. *International Journal of Dentistry*, v. 2016, p. 1–10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/9840594>

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista qualitativa

ROTEIRO ENTREVISTA QUALITATIVA

1. Para você, o que é qualidade de vida?
2. Você acha que a saúde bucal interfere na qualidade de vida?
3. O que levou você a procurar atendimento odontológico na Clínica de Odontologia da UNISC?
4. Como era a sua qualidade de vida antes da intervenção recebida na clínica?
5. O que mudou na sua qualidade de vida após o tratamento recebido?
6. O que o tratamento recebido representou em sua vida?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Você está sendo convidada para participar como voluntária do projeto de pesquisa intitulado REABILITAÇÃO PROTÉTICA COMO MECANISMO DE RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE, que pretende evidenciar, através de um relato de caso clínico, o impacto de próteses fixas dentárias na sua qualidade de vida, vinculado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Ms. Helder Luiz Dettenborn, que poderá ser contatado a qualquer tempo através do número 51 99995-3486 ou e-mail helderd@unisc.br

Sua participação consiste em autorizar a divulgação do seu caso clínico ao meio acadêmico em forma de um Trabalho de Conclusão de Curso e em revistas científicas odontológicas.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como exposição de imagens clínicas do seu caso. Esses desconfortos serão minimizados evitando a sua identificação nas fotografias com o uso de recursos de edição de imagem. Por outro lado, a sua participação poderá contribuir com outras pessoas que tenham casos semelhantes ao seu, pois com a divulgação do tratamento que você recebeu e o impacto na sua qualidade de vida, outros cirurgiões-dentistas podem realizar tratamentos semelhantes, melhorando a saúde bucal e a qualidade de vida de outras pessoas.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através das consultas de acompanhamento do tratamento realizado, sendo informada como está a sua saúde bucal.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, [assinatura] RG ou CPF [número] declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- 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 pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com a voluntária da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

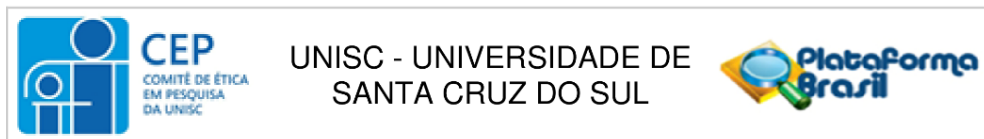
O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br.

Local: Santa Cruz do Sul / RS
Data: 28/06/2021

[assinatura]
Nome e assinatura do voluntário

[assinatura]
Nome e assinatura do responsável pela apresentação
desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO PROTÉTICA COMO MECANISMO DE RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Pesquisador: HELDER LUIZ DETTENBORN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46676721.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.720.108

Apresentação do Projeto:

REABILITAÇÃO PROTÉTICA COMO MECANISMO DE RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Impacto da reabilitação com próteses fixas unitárias de cerâmica pura na qualidade de vida de uma paciente com alterações de cor e forma em dentes incisivos superiores. Em: projeto_joao_trindade.pdf

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Evidenciar, através de um relato de caso clínico, o impacto de uma reabilitação dentária na qualidade de vida de uma paciente da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar um caso clínico desenvolvido na área da Prótese Fixa da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul;
- Determinar se houve melhora estética do caso clínico em termos de cor e forma dos dentes;
- Avaliar qualitativamente a repercussão da reabilitação estética na qualidade de vida da paciente. Em: projeto_joao_trindade.pdf

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.720.108

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo:

A pesquisa a ser realizada será do tipo relato de caso clínico.

Em: projeto_joao_trindade.pdf

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos, em conformidades.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC em julho de 2021, via Plataforma Brasil, o Relatório Parcial de Acompanhamento da Pesquisa (caso o cronograma aprovado se estenda para além desta data) ou o Relatório Final de Acompanhamento da Pesquisa (caso o cronograma aprovado não se estenda para o segundo semestre de 2021). O formulário para os relatórios está disponível no link do CEP-UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo "Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa". É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto – semestral, anual...).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1744495.pdf	11/05/2021 09:40:31		Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.720.108

Orçamento	orcamento.pdf	11/05/2021 09:39:22	JOAO VICTOR REIS TRINDADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/05/2021 09:38:48	JOAO VICTOR REIS TRINDADE	Aceito
Outros	instituicao_parceira.pdf	11/05/2021 09:38:28	JOAO VICTOR REIS TRINDADE	Aceito
Outros	carta_apresentacao.pdf	11/05/2021 09:36:59	JOAO VICTOR REIS TRINDADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_joao_trindade.pdf	11/05/2021 09:35:50	JOAO VICTOR REIS TRINDADE	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	11/05/2021 09:35:20	JOAO VICTOR REIS TRINDADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 18 de Maio de 2021

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br