



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: RELATO DE CASO

Clarissa Monteiro Almeida

2019

CLARISSA MONTEIRO ALMEIDA

REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: REALATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Aldrighi Münchow

Co-Orientador: Profa. Dra. Werônica Jaernevey Silveira Mitterhofer

Profa. Dra. Maria Beatriz Freitas D'Arce

Governador Valadares

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Almeida, Clarissa Monteiro.

Reabilitação estética do sorriso: relato de caso / Clarissa Monteiro Almeida. -- 2019.
40 f. : il.

Orientador: Eliseu Aldrighi Münchow

Coorientadoras: Werônica Jaernevay Silveira Mitterhofer, Maria Beatriz Freitas D'Arce

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2019.

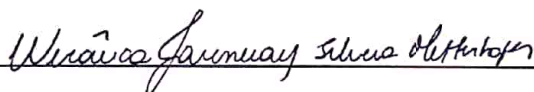
1. Facetas diretas. 2. Critérios USPHS modificados. 3. Guia Canina. 4. Clareamento Dental. 5. Resina Composta. I. Münchow, Eliseu Aldrighi , orient. II. Mitterhofer, Werônica Jaernevay Silveira , coorient. III. D'Arce, Maria Beatriz Freitas , coorient. IV. Título.

CLARISSA MONTEIRO ALMEIDA

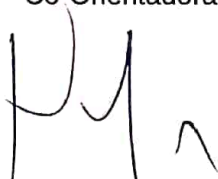
REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO

Aprovada em 20 de Novembro de 20 19, por:

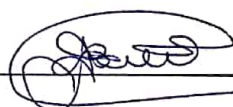
Banca Examinadora



Profa. Dra. Werônica Jaernevay Silveira Mitterhofer
Co-Orientadora – UFJF/GV



Prof. Dr. Hugo Lemes Carlo
Examinador – UFJF/GV



Profa. Dra. Andrea Barbosa do Valle Coelho
Examinadora – UFJF/GV

AGRADECIMENTOS

Sempre que nos deparamos com momentos que nos conduzem a uma nova etapa da vida nos lembramos de que não atingimos nossas metas sozinhos. Para que eu alcançasse meus objetivos, grandes pessoas estiveram ao meu lado e colaboraram para que o resultado fosse o melhor possível.

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado forças para nunca desistir e sempre persistir nos meus sonhos.

Aos meus pais, Maria José e César, que me deram a oportunidade de trilhar esse caminho, ajudando sempre superar obstáculos e fazendo essa caminhada mais fácil.

Ao meu irmão, Filipe que sempre esteve ao meu lado nos momentos que precisei, não medindo esforços para me ajudar.

Aos meus amigos, aos antigos e novos que a universidade me proporcionou, por compartilharem momentos incríveis comigo.

Ao meu namorado Gabriel, pela parceria de sempre, que sempre me incentivou, me dando força e confiança.

Ao meu orientador Eliseu e co-orientadora Werônica, que além de mestres foram amigos nessa trajetória.

Por fim agradeço a todos que participaram na minha formação e me apoiaram nessa etapa.

EPÍGRAFE

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”

Martin Luther King

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo reabilitar o sorriso de um paciente insatisfeito com a estética e harmonia dental. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o paciente L.P.M.F compareceu à clínica de Dentística da UFJF-GV, onde foi planejada a reabilitação do seu sorriso. Inicialmente, realizou-se o clareamento dental pela técnica combinada de consultório e caseira; a cor inicial era B3 segundo a escala Vitapan Classical, a qual adquiriu tonalidade mais claro (A1). Em seguida, realizou-se a confecção de oito restaurações em resina composta, buscando-se corrigir a inversão da linha do sorriso, a qual estava invertida; ainda, o paciente não apresentava a desoclusão em guia canina; por fim, uma restauração defeituosa de resina estava presente no dente 11. Restaurações Classe IV foram confeccionadas nos dentes 13, 23, 33 e 43 para a devolução da guia canina lateral do paciente. Por sua vez, os dentes 12, 11, 21 e 22 foram restaurados pela técnica de faceta direta com resinas compostas. Todas as restaurações foram realizadas utilizando-se sistema adesivo convencional de 3 passos (Scotchbond Multipurpose; 3M ESPE) e resinas compostas variadas para esmalte, dentina e os efeitos de zona translúcida e halo opaco. As restaurações foram polimerizadas conforme a recomendação dos respectivos fabricantes, seguido de acabamento e polimento com materiais diversos. No momento imediato após o tratamento restaurador, o paciente manifestou contentamento com o novo aspecto de seu sorriso. Após 6 meses, o mesmo retornou para consulta de manutenção. A partir de avaliação utilizando-se os critérios USPHS modificados, as restaurações foram consideradas em um estado clínico aceitável, necessitando apenas de acabamento e polimento, já que a maioria delas se encontrava rugosas e com falta de brilho superficial. A única exceção foi a faceta realizada no dente 11, a qual se apresentou com perda de integridade marginal e descoloração significativa na face palatina. Após reparo da porção defeituosa do dente 11 e acabamento e polimento de todas as demais restaurações, o paciente foi realocado no programa de manutenção. Conclui-se que reabilitação do sorriso utilizando-se uma técnica direta com resinas compostas é um procedimento adequado e simples, mas que pode necessitar de manutenção periódica, principalmente por meio de procedimentos de acabamento e polimento. Ainda, em caso de necessidade de se corrigir pequenos defeitos, o protocolo de reparo de restaurações de resina é fácil e pode aumentar a longevidade clínica do tratamento restaurador.

Palavras-chave: Facetas diretas. Critérios USPHS modificados. Guia canina. Clareamento dental. Resina composta. Linha do sorriso.

ABSTRACT

This study aimed to rehabilitate the smile of a patient dissatisfied with aesthetics and dental harmony. After signing the Informed Consent Form, patient L.P.M.F attended the Restorative Dentistry section at UFJF-GV, where his smile rehabilitation was planned. Initially, dental bleaching was performed by the combined technique (in office and at-home); the initial color was B3 according to the Vitapan Classical scale, which acquired a whiter shade (A1). Then, eight composite resin restorations were made, trying to correct the inversion of the smile line, which was inverted; also, the patient did not have canine guide occlusion and he presented a defective resin restoration on tooth 11. Class IV restorations were made on teeth 13, 23, 33 and 43 for the return of the patient's lateral canine guide. In turn, teeth 12, 11, 21 and 22 were restored by the direct veneer technique with composite resins. All restorations were performed using a conventional 3-step adhesive system (Scotchbond Multipurpose; 3M ESPE) and various composite resins indicated for the restoration of enamel, dentin and the effects of translucent zone and opaque halo. The restorations were polymerized as recommended by the respective manufacturers, followed by finishing and polishing with various materials. In the immediate moment after the restorative treatment, the patient expressed contentment with the new aspect of his smile. After 6 months, he returned for maintenance. From the evaluation using the modified USPHS criteria, the restorations were considered in an acceptable clinical state, requiring only finishing and polishing, since most of them were rough and lacking surface gloss. The only exception was the veneer performed on tooth 11, which demonstrated loss of marginal integrity and significant discoloration on the palatal face. After repairing the defective portion of tooth 11 and performing the finishing and polishing procedures of all other restorations, the patient was relocated in the maintenance program. In conclusion, the smile rehabilitation using a direct technique with composite resins is a suitable and simple procedure, but it may require periodic maintenance, especially through finishing and polishing procedures. Also, if minor defects need to be corrected, the resin restoration repair protocol is easy and can increase the clinical longevity of the restorative treatment.

Keywords: Direct Veneers. Modified USPHS Criteria. Canine Guide. Tooth Whitening. Composite Resin. Smile Line.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
2	RELATO DE CASO CLÍNICO.....	03
3	DISCUSSÃO.....	20
4	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25
	ANEXOS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os procedimentos odontológicos mais almejados pelos indivíduos são aqueles que envolvem a busca por um sorriso perfeito. De fato, estudos recentes têm demonstrado que a qualidade de vida do indivíduo melhora após a realização de procedimentos estéticos, como a colocação de implantes dentários (1), clareamento dental (2), redução de tecido gengival em excesso para aumentar o tamanho dos dentes (3), e, também, a reabilitação de dentes traumatizados (4). Contudo, a estética harmônica do sorriso é uma meta desafiadora, pois envolve suprir os anseios estéticos que o indivíduo apresenta, bem como a manutenção da saúde funcional do mesmo.

Para se conseguir um sorriso harmônico, o cirurgião dentista deve focar na análise estética geral do paciente, a qual envolve etapas de avaliação da sua face e perfil, relação dos lábios com os dentes, relação dos dentes com o tecido gengival, avaliação fonética, e, por fim, avaliação individual dos dentes (5). Procedimentos realizados sem um protocolo padronizado, ou seja, sem se seguir princípios básicos de estética, podem acarretar em diversos problemas, como por exemplo, a insatisfação do paciente, que por sua vez pode desencadear alterações do seu perfil psicológico, dificuldades de relacionamento, além de timidez excessiva e envelhecimento precoce (6). Logo, é nítido o anseio do paciente de modificar o seu sorriso quando este não se encontra em situação harmônica.

Procedimentos restauradores são comuns na odontologia contemporânea, podendo ser realizados de maneira direta ou indireta. Ao passo que restaurações indiretas com facetas ou coroas resultem em trabalhos mais estéticos e duradouros do que aquelas confeccionadas por uma técnica direta, sabe-se que as primeiras exigem um maior desgaste da estrutura dentária e geralmente a um maior custo financeiro. Ainda, o tipo de material restaurador influencia em muito o sucesso do tratamento restaurador, onde a porcelana é soberana em relação à resina composta de uso indireto (7). A indicação da técnica indireta geralmente está associada com alguma situação onde seria difícil reabilitar o paciente por meio de procedimentos diretos, como quando da

existência de grande escurecimento dental ou manchamento generalizado por fluorose/hipoplasia (8,9). No entanto, para a resolução estética de dentes escurecidos, pode-se utilizar a técnica do clareamento dental, a qual libera substâncias oxidantes para se clarear os elementos dentários (10). Ainda, no caso de dentes manchados, a técnica de microabrasão ou nanoinfiltração do esmalte são excelentes alternativas, onde se utiliza agentes abrasivos e uma resina fluida, respectivamente, que favorecem à remoção ou mascaramento das manchas (11-14). Aliado a esses tratamentos conservadores, a utilização de resinas compostas pela técnica direta podem contribuir para um resultado final harmônico e estético do paciente, a um custo acessível e tempo clínico consideravelmente menor do que quando da utilização de técnicas indiretas.

Independente da técnica ou combinação de técnicas, o sorriso do paciente pode ser restaurado de maneira menos complexa se um planejamento bem adequado for realizado. É importante que o atendimento do paciente seja completo, avaliando-se todas as variáveis que poderão influenciar na execução e sucesso do tratamento restaurador, onde o profissional precisa conhecer os limites de cada técnica e as características de cada protocolo clínico, a fim de se atingir o máximo do tratamento em si. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar um caso clínico de reabilitação estética do sorriso de um paciente insatisfeito com a sua aparência dental.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através do parecer 2.172.800/2017 (Anexo). Paciente L.P.M.F, sexo masculino, 21 anos de idade, sistemicamente saudável, compareceu à clínica de Dentística da Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, insatisfeito com o seu sorriso devido à “cor amarelada” e à diferença de cor entre uma restauração de resina no elemento dentário 11. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), iniciou-se o tratamento.

Inicialmente foi realizado o exame clínico onde se constatou a cor B3 na escala Vitapan Classical (identificada usando-se um espectrofotômetro digital – VITA Easyshade®) e uma pequena fratura na incisal do elemento 21 (Figura 1A). Não havia presença de lesões cariosas e nem sintomatologia dolorosa, bem como tratamento endodôntico em qualquer dente avaliado. Logo, o plano de tratamento proposto foi realizar o clareamento externo e restaurar o sorriso com facetas diretas de resina composta nos dentes anteriores superiores para a harmonização do sorriso. O paciente aceitou o planejamento proposto.

Então, a técnica de clareamento combinado foi realizada, onde primeiramente ocorreu o clareamento de consultório utilizando-se gel a base de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP; FGM, Joinville, SC, Brasil), cujo procedimento foi realizado em 3 sessões clínicas, aplicando-se o gel três vezes por 15 min cada, conforme as recomendações do fabricante. Concluindo-se a técnica de consultório, a técnica caseira foi instituída utilizando-se gel a base de peróxido de carbamida a 22% (Whiteness Perfect; FGM), sendo aplicado em moldeiras de acetato conforme a arcada superior e inferior do paciente. O clareamento caseiro foi realizado durante 4 semanas, com protocolo de uso diário por 2 h. Após as recomendações, o paciente retornou a clínica para a mensuração da cor pós-clareamento, constatando-se a cor A1 segundo a escala Vitapan Classical (Figura 1B), e, por isso, o sucesso do tratamento clareador.



Figura 1. Aspecto inicial do sorriso do paciente, antes do clareamento dental, indicando coloração amarelada e cor B3 segundo a escala Vitapan Classical (A). Aspecto final do sorriso após clareamento com técnica combinada de peróxido de hidrogênio 35% (técnica de consultório) e peróxido de carbamida 22% (técnica caseira), demonstrando branqueamento generalizado dos dentes até a cor A1 (B). Observe a mudança nos parâmetros de cor L^* , a^* e b^* , com aumento considerável da luminosidade dos dentes (eixo L^*) e redução da cromaticidade amarela (eixo b^*).

Após o clareamento, o protocolo clínico para harmonização estética do sorriso foi planejado (Figura 2), observando-se os defeitos estéticos dos elementos 21 (desgaste incisal) e 11 (restauração de resina composta defeituosa na incisal), desvio da linha média do sorriso para o lado esquerdo, além do não paralelismo entre a linha incisal e a linha do lábio inferior, ocasionando provavelmente a insatisfação do paciente, visto que a estética estava alterada quanto aos princípios básicos de estética em odontologia.

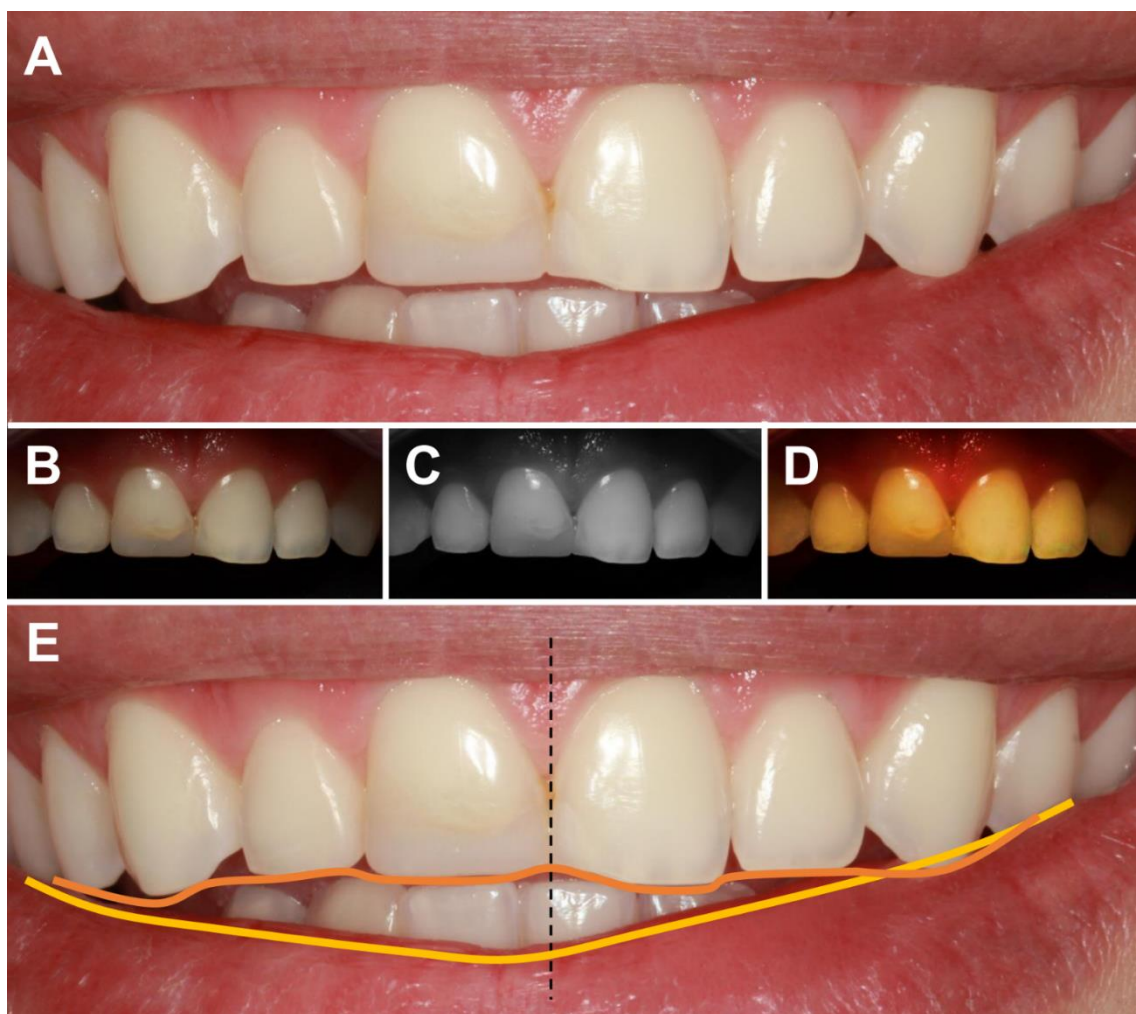


Figura 2. Imagem aproximada do sorriso inicial do paciente (A), o qual revelou a presença de desgaste incisal no dente 21 e de restauração de resina composta defeituosa no dente 11 (B). Imagens em preto e branco (C) e em saturação de cor (D) dos dentes ântero-superiores do paciente, evidenciando os limites e condição estética da restauração defeituosa. Imagem indicando o leve desvio de linha média do paciente para o lado esquerdo (linha tracejada), bem como a linha incisal (linha laranja) em descontinuidade com a curvatura do lábio inferior (linha amarela) do paciente (E).

A cor dos dentes do paciente foi conferida manualmente com uma escala de cor Vitapan Classical, confirmando-se a cor A1, exceto pelo elemento 11 que se apresentava mais cromatizado devido à restauração com resina composta defeituosa, apresentando uma coloração aproximada A2 (Figura 3).



Figura 3. Sorriso não-forçado do paciente para planejamento do caso clínico (A). Confirmação da cor A1 dos dentes ântero-superiores, exceto o dente 11, o qual se demonstrou mais cromatizado (A2) (B). Imagem aproximada do perfil lateral do sorriso do paciente (C) e vista superior dos dentes ântero-superiores (D).

Para a confecção das facetas diretas, um modelo de estudo da arcada superior do paciente foi obtido para posterior confecção do enceramento diagnóstico, com aumento das incisais dos elementos anteriores visando uma harmonia do sorriso e obtenção da guia de silicone, copiando-se as faces palatinas dos dentes (Figura 4). Inicialmente, o procedimento foi realizado nos caninos superiores (Figura 5), objetivando-se reestabelecer a guia canina do paciente, a qual inexistia. Utilizou-se fita de poliéster para a aplicação do sistema adesivo, evitando-se assim o tratamento adesivo do dente adjacente. Realizou o condicionamento ácido com gel de ácido fosfórico durante 30 s, seguido da lavagem com água e secagem com jatos de ar. Posteriormente foi feito a aplicação do adesivo hidrófobo por 10 s e a foto-ativação realizada com um diodo emissor de luz (LED Vimel; Foshan, China) por 40 s. Com o auxílio da guia de silicone, a resina composta de esmalte (Opallis EA1; FGM) foi aplicada na região palatina dos caninos superiores. Seguindo-se a relação guia/dente, o incremento

de resina composta foi ativado com o LED por 40 s, seguido da aplicação de um incremento adicional da resina até a face vestibular do dente.



Figura 4. Imagem demonstrando o planejamento proposto com aumento do comprimento da coroa clínica dos incisivos centrais e leve aumento dos incisivos laterais e caninos (A). Note que foi proposto um padrão mais paralelo ao plano horizontal para restabelecimento de guias canina e reconstrução da harmonia estética dos dentes. Enceramento diagnóstico realizado e obtenção da guia de silicone, copiando-se a face palatina dos dentes encerados (B).

Em outra sessão clínica, os testes oclusais foram realizados, observando-se a desocclusão do paciente por movimentos de protrusão topo-a-topo, lateralidade direita e esquerda, além da protrusão total (Figura 6A). Constatou-se que a guia canina estava ausente. Diante disso, realizou-se uma sutil asperização da incisal dos caninos inferiores com ponta diamantada #3118F para aumentar a superfície de contato do material restaurador com o dente. O sistema adesivo Scotchbond Multipurpose foi aplicado como descrito anteriormente. A resina composta de esmalte Opallis EA1 foi aplicada usando-se a técnica à mão livre na região incisal dos dentes, seguido de acabamento com discos abrasivos de granulação média e fina. No fim do tratamento restaurador, os dentes haviam recuperado a guia canina perdida (Figura 6).

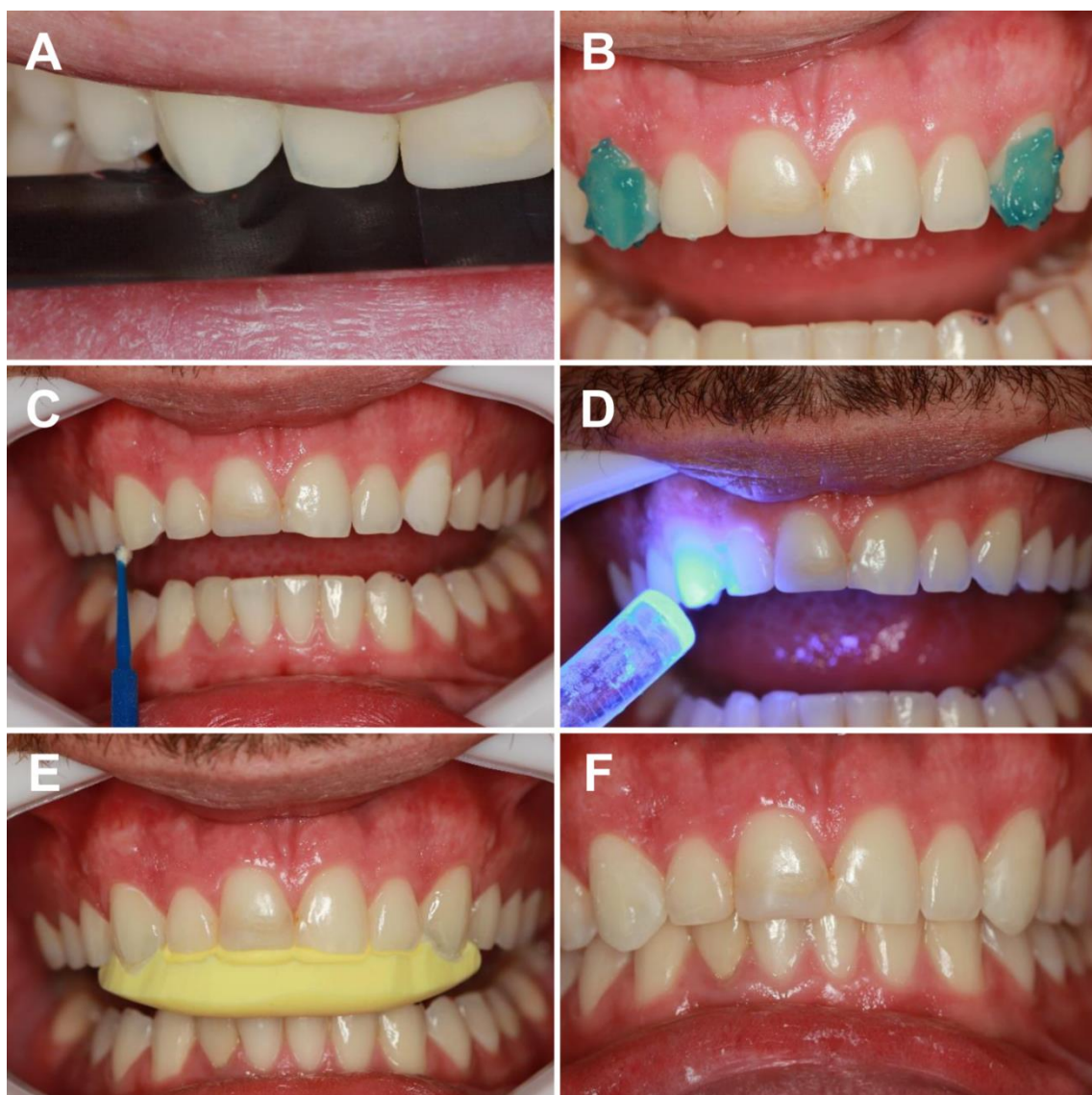


Figura 5. Procedimento clínico realizado nos caninos superiores para restabelecimento da guia canina do paciente. Averiguação dos pontos de contato usando-se papel articular (A). Condicionamento ácido das faces vestibular e palatina com gel de ácido fosfórico a 37% por 30 s, seguido da lavagem com água e secagem com jatos de ar (B). Aplicação de adesivo hidrófobo por 10 s (C) e foto-ativação usando-se um diodo emissor de luz por 20 s (D). Aplicação de resina composta de esmalte na região da guia de silicone correspondente às faces palatinas dos caninos, com seguinte posicionamento do conjunto guia/resina contra a face palatina dos dentes (E). O material restaurador foi foto-ativado por 20 s e um novo incremento de resina foi aplicado, preenchendo a cavidade obtida até se envolver toda a superfície vestibular e incisal dos caninos. Aspecto final após acabamento dos caninos superiores restaurados (F).

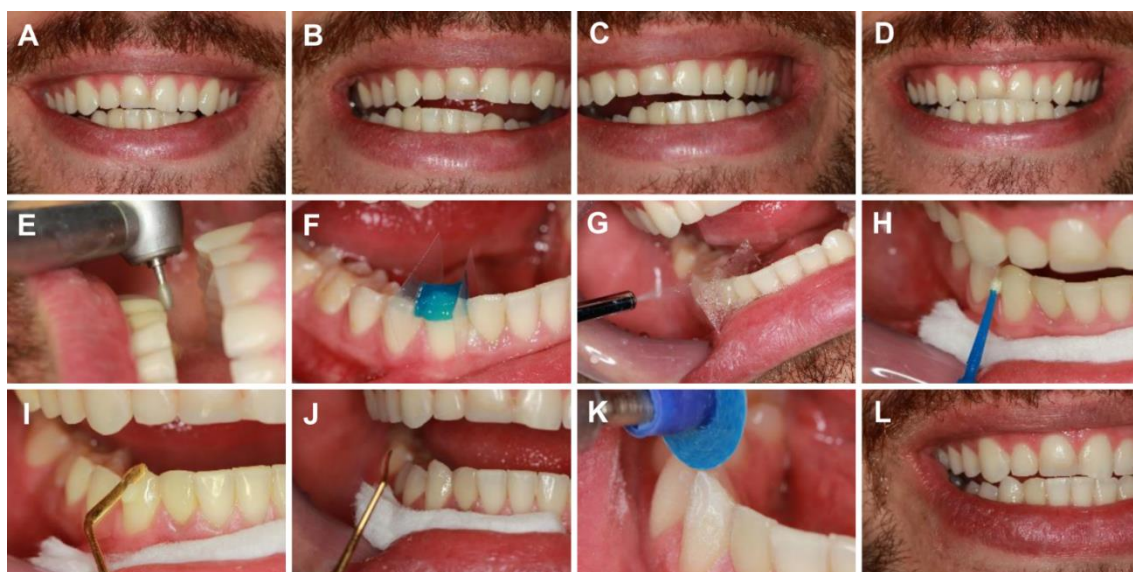


Figura 6. Procedimento clínico realizado nos caninos inferiores para restabelecimento final da guia canina do paciente. Testes verificando a desocclusão do paciente por movimentos de protrusão topo-a-topo (A), lateralidade direita (B), lateralidade esquerda (C) e protrusão total (D). Em seguida, a superfície incisal dos caninos inferiores foi levemente asperizada com ponta diamantada #3118F para fins de aumentar a superfície de contato do material restaurador com o dente (E). Condicionamento ácido das faces vestibular, incisal e lingual com gel de ácido fosfórico a 37% por 30 s (F), seguido da lavagem com água e secagem com jatos de ar (G). Aplicação de adesivo hidrófobo por 20 s e foto-ativação (H). Aplicação de resina composta de esmalte usando-se a técnica à mão livre na região incisal dos dentes (imagens I e J), seguido de acabamento com discos abrasivos de granulação média e fina (K). Aspecto final dos caninos inferiores restaurados, demonstrando desocclusão por guia canina do paciente (L).

Após uma semana, o paciente retornou à clínica de Dentística para restauração do elemento 11 (Figura 7), o qual se apresentava com uma restauração de resina composta insatisfatória. Inicialmente, toda a resina composta foi removida com ponta diamantada esférica #1013; a liberação dos pontos de contato interproximais foi realizada com lixa abrasiva. Após toda a remoção do material restaurador, o condicionamento ácido e aplicação do sistema adesivo foram realizados como descrito anteriormente, protegendo-se os dentes adjacentes com uma matriz de poliéster. Para a restauração, aplicou-se uma camada de resina composta translúcida Filtek Z350 (3M ESPE), cor WE,

na guia de silicone previamente construída, e, após o posicionamento da guia em boca, a foto-ativação foi realizada por 20 s.

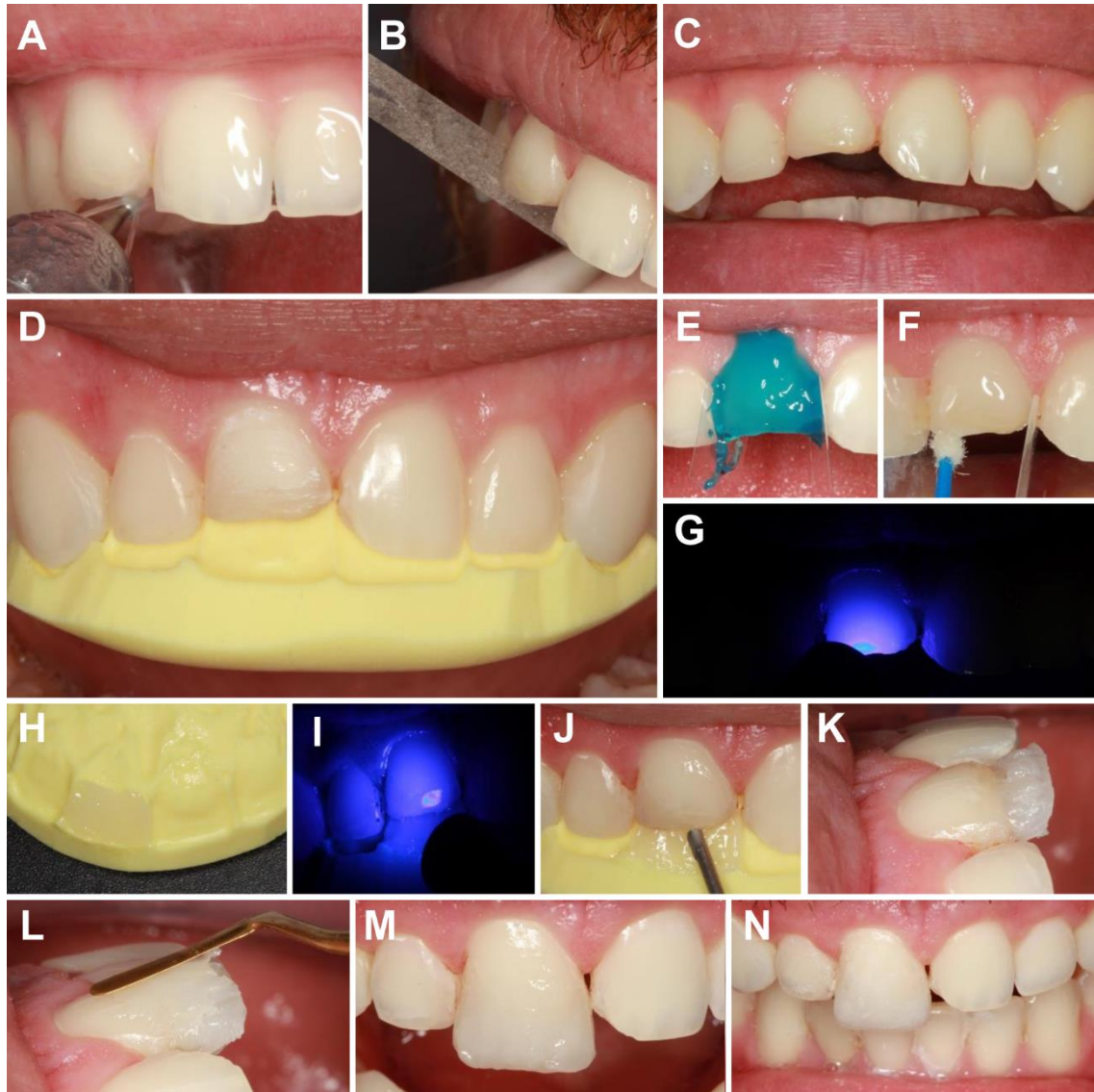


Figura 7. Procedimento clínico realizado para a restauração do dente 11. Desgaste da restauração defeituosa com ponta diamantada #1013 (A). Aplicação de lixa abrasiva para rompimento dos pontos de contato (B). Aspecto do dente 11 após remoção de toda a restauração defeituosa (C). Posicionamento da guia de silicone por palatina dos dentes para observação dos limites e dimensão da futura restauração (D). Condicionamento ácido com gel de ácido fosfórico 37% por 30 s (E), seguido da lavagem com água e secagem com jatos de ar. Aplicação de sistema adesivo convencional de três passos (primer e adesivo) conforme as recomendações do fabricante (F) e foto-ativação por 20 s

(G). Aplicação de resina composta translúcida na região da guia de silicone (H), com seguinte posicionamento do conjunto guia/resina contra a face palatina do dente e foto-ativação por 20 s (I). Aplicação de resina composta fluida na interface entre a face palatina recém confeccionada e o dente (J), para fins de preenchimento de qualquer imperfeição do incremento previamente foto-ativado. Então, um incremento de resina composta de corpo foi aplicado sobre a face palatina e dividido em três lóbulos por meio de uma espátula de ponta fina (K). Após foto-ativação, um incremento de resina de esmalte foi aplicado na vestibular, preenchendo a cavidade até o contorno e limite anatômico desejáveis para o dente 11 (L). Aspecto do dente antes (M) e após (N) acabamento.

Uma resina fluida (Opus Bulk Fill Flow, FGM – cor A1) foi aplicada na interface entre a nova face palatina e o substrato dental, a fim de se prevenir a formação de defeitos na interface (GAP). Posteriormente, a resina de corpo Filtek Z350, cor A1, foi aplicada incrementalmente, e, por fim, a resina de esmalte Opallis EA1, até se compor a face vestibular do dente. O acabamento da faceta foi realizado com discos abrasivos Sof-Lex (3M ESPE).

Na mesma sessão clínica, foi realizado o protocolo restaurador do elemento 21, que apresentava uma pequena fratura na incisal. Realizou-se um bisel com ponta diamantada #3118, a fim de se aumentar a superfície de contato entre material restaurador e o dente. O sistema adesivo foi aplicado como descrito anteriormente, isto é, gel de ácido fosfórico 37% por 30 s, lavagem e secagem da cavidade. O adesivo de cobertura foi aplicado e a foto-ativação realizada por 20 s. Para a restauração em si, o procedimento foi similar ao do elemento 11: a guia de silicone foi preenchida com resina composta translúcida Filtek Z350 WE na região correspondente à face palatina; um incremento de resina composta de corpo Filtek Z350 A1 foi aplicado sobre a face palatina recém confeccionada e dividido em três lóbulos por meio de uma espátula de ponta fina. Após foto-ativação, um incremento de resina composta de esmalte Opallis EA1 foi aplicado na superfície vestibular, preenchendo a cavidade até o contorno e limites anatômicos. Posteriormente, o procedimento de acabamento foi realizado com discos abrasivos Sof-Lex (Figura 8).

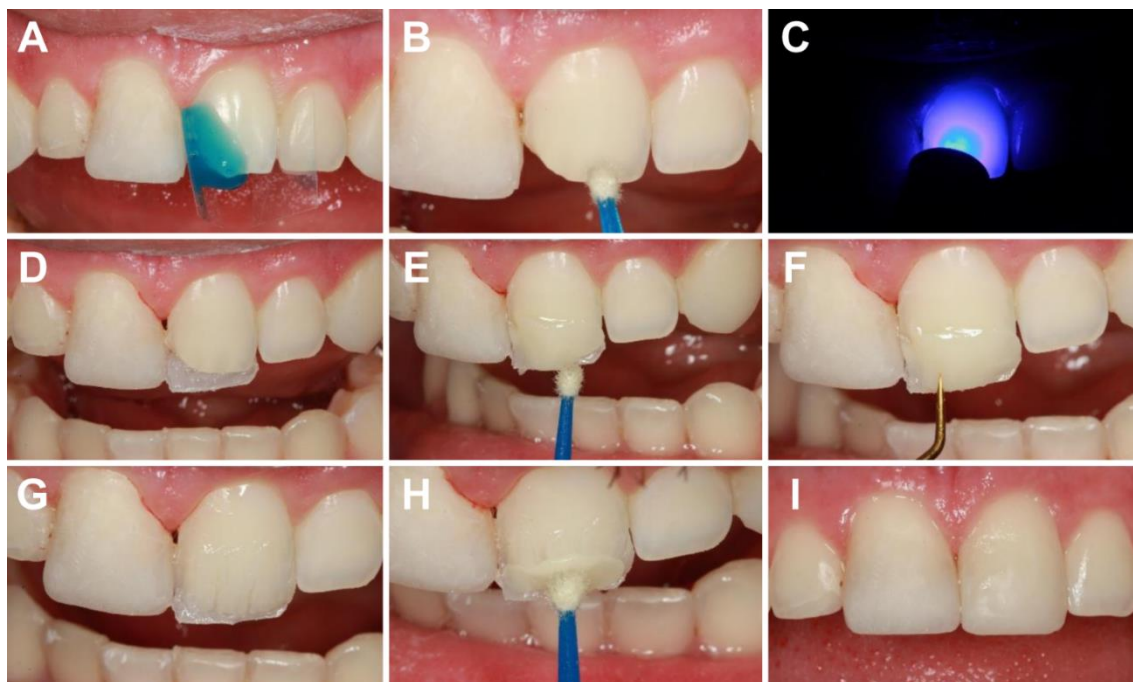


Figura 8. Procedimento clínico realizado para a restauração do dente 12. O condicionamento ácido do dente foi realizado com gel de ácido fosfórico a 37% por 30 s (A), seguido da lavagem com água, secagem com jatos de ar, aplicação de adesivo hidrófobo por 10 s e consequente foto-ativação por 20 s. A guia de silicone foi preenchida com resina composta translúcida na região correspondente à face palatina do dente 12 (B) e posicionada; em seguida o material foi devidamente foto-ativado por 20 s, resultando na face palatina-incisal do dente (C). Um incremento de resina composta de corpo foi aplicado sobre a face palatina recém confeccionada (D) e modelada com o auxílio de um microbrush embebido em solução adesiva hidrófoba. Após foto-ativação, um incremento de resina composta de esmalte foi aplicado na superfície vestibular e também modelado com o microbrush e o líquido modelador (E). Aspecto do dente 12 após procedimento de acabamento (F).

Após a confecção dos incisivos centrais, as facetas dos incisivos laterais foram devidamente realizadas, objetivando-se harmonizar o tamanho dos dentes quando comparado aos dos outros elementos dentários já restaurados. Inicialmente, realizou-se a aplicação de sistema adesivo no elemento 12, com gel de ácido fosfórico 37% e adesivo Scotchbond, o qual foi devidamente foto-ativado por 20 s. A resina translúcida foi aplicada na guia de silicone e

posteriormente transferida para a face palatina, com a devida foto-ativação do material. Em seguida, a resina composta Filtek Z350 A1 (corpo) foi inserida na face vestibular, com auxílio de um *microbrush* embebido de solução adesiva hidrófoba (líquido modelador) para auxiliar no modelamento da faceta. Por último, o incremento de resina de esmalte Opallis EA1 foi adicionado na face vestibular e foto-ativado. O procedimento de acabamento foi realizado com discos abrasivos Sof-Lex e lixa de acabamento (Figura 9).

Na mesma sessão clínica, restaurou-se o elemento 22, cujo protocolo foi similar ao do elemento 12 (Figura 10). O acabamento interproximal da restauração dos incisivos laterais foi realizado com lixas abrasivas em movimento de “S”.

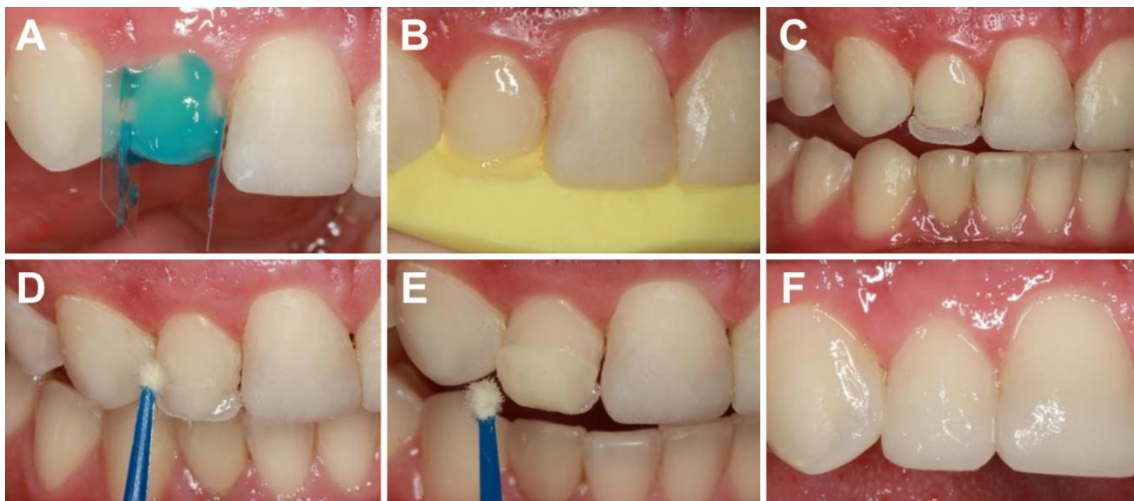


Figura 9. Procedimento realizado para a restauração do dente 12. O condicionamento ácido do dente foi realizado com gel de ácido fosfórico 37% por 30 s (A), seguido da lavagem com água, secagem com jatos de ar, aplicação de adesivo hidrófobo por 10 s e consequente foto-ativação por 20 s. A guia de silicone foi preenchida com resina composta translúcida na face palatina do 12 (B) e posicionada; em seguida o material foi devidamente foto-ativado por 20 s, resultando na face palatina-incisal do dente (C). Um incremento de resina composta de corpo foi aplicado sobre a face palatina (D) e modelada com o auxílio de um *microbrush* embebido em solução adesiva hidrófoba. Após foto-ativação, um incremento de resina composta de esmalte foi aplicado na superfície vestibular e também modelado com o *microbrush* e o líquido modelador (E). Aspecto do dente 12 após procedimento de acabamento (F).

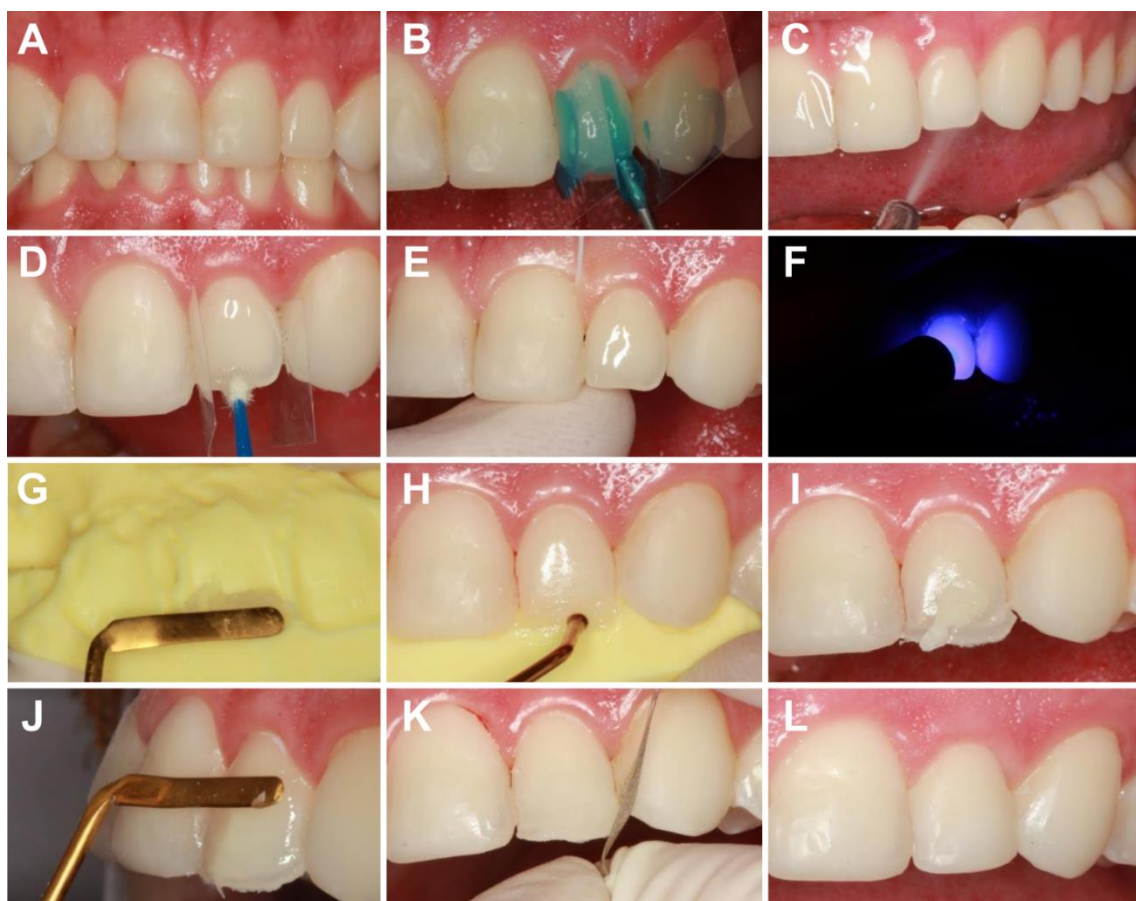


Figura 10. Procedimento clínico realizado para a restauração do dente 22. Aspecto inicial do dente, demonstrando o seu formato anatômico adequado, porém levemente mais curto quando comparado ao dente 12 reanatomizado (A). Condicionamento ácido do dente com gel de ácido fosfórico a 37% por 30 s (B), seguido da lavagem com água e secagem com jatos de ar (C). Aplicação do adesivo hidrófobo por 10 s (D) e remoção dos excessos com o auxílio de um fio dental (E). A foto-ativação do adesivo foi realizada por 40 s (F). A guia de silicone previamente preenchida com resina composta translúcida na região correspondente à face palatina do dente 22 (G) foi posicionada em boca, e, com o auxílio de uma espátula, o incremento de resina foi modelado e adaptado na guia (H). Após foto-ativação por 40 s, um incremento de resina composta de corpo foi aplicado sobre a face palatina recém confeccionada (I), foto-ativado, coberto com um incremento de resina composta de esmalte (J), o qual foi devidamente foto-ativado. O acabamento interproximal da restauração foi realizado com lixas abrasivas em movimento de “S” (K). Aspecto do dente 22 após procedimento de acabamento (L).

Após uma semana, o procedimento de polimento foi realizado com pasta de polimento aplicadas de canino a canino nos dentes superiores, utilizando discos a base de pelo de cabra por aproximadamente 10 s em cada dente. Em seguida, os dentes foram lavados abundantemente e secos com jatos de ar. Para finalizar-se o polimento, uma roda de polimento a base de lã de ovelha foi aplicada para realçar o brilho das restaurações e dar um aspecto mais natural (Figura 11).

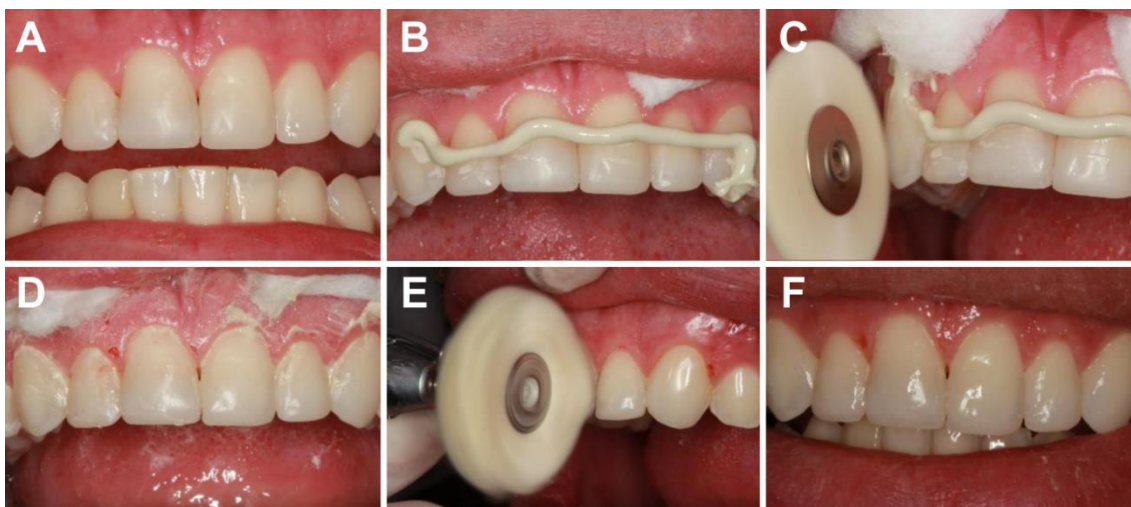


Figura 11. Procedimento de polimento das restaurações realizadas no presente caso clínico. Aspecto imediatamente anterior ao polimento das restaurações (A). Aplicação da pasta de polimento em sentido horizontal, envolvendo os caninos e dentes incisivos superiores do paciente (B). Utilização de uma roda de polimento a base de pelo de cabra, por aproximadamente 10 s em cada dente, para fricção da pasta nas restaurações (C). Imagem demonstrando os dentes logo após aplicação da pasta (D), os quais foram lavados abundantemente com água e devidamente secos com jatos de ar. Aplicação de uma roda de polimento a base de lã de ovelha para realçar o brilho das restaurações (E). Aspecto das restaurações ântero-superiores após finalização do polimento (F).

A Figura 12 revela o sorriso final do paciente após tratamento realizado. No geral, percebe-se a obtenção de um sorriso mais harmônico, com melhor proporção no tamanho de dentes e relações com as demais estruturas da face. O paciente manifestou contentamento com o caso realizado.



Figura 12. Aspecto final do sorriso do paciente após finalização de todos os procedimentos restauradores (A), com vista aproximada de perfil deitado esquerdo (B) e direito (C). Comparação entre o aspecto do sorriso antes (D) e após (E) a reabilitação estética.

Após seis meses desde a conclusão das facetas diretas, o paciente retornou para a consulta de manutenção. Neste momento, o mesmo relatou que as restaurações perderam o brilho, como pode ser averiguado na Figura 13. A qualidade geral de todas as restaurações foi avaliada segundo os critérios USPHS (*United States Public Health Service*) modificados (18), os quais envolvem as seguintes características: textura superficial, integridade marginal, descoloração marginal, coloração correta entre dente e material restaurador, presença ou não de cárie secundária, além de forma anatômica. Cada parâmetro foi classificado conforme um conceito "A" (*Alpha* = excelente), "B" (*Bravo* =

aceitável) ou “C” (*Charlie* = inaceitável), os quais estão explicados na Tabela 1. As Tabelas 2 e 3 apresentam os resultados obtidos na avaliação das restaurações conforme os critérios USPHS modificados.

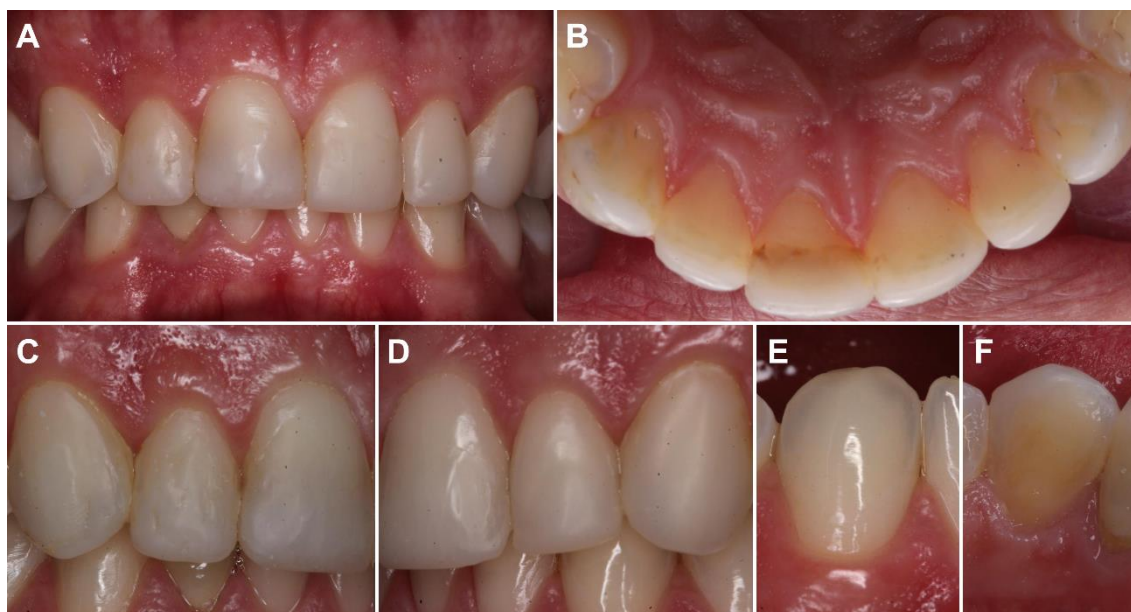


Figura 13. Aspecto do sorriso do paciente após seis meses desde a finalização de todos os procedimentos restauradores (A), com vista palatina das incisais dos superiores (B) e vista aproximada do primeiro (C) e segundo (D) quadrantes, bem como do canino inferior esquerdo (E) e o direito (F).

Tabela 1. Critérios USPHS modificados.

Conceito – (A) Alpha; (B) Bravo; (C) Charlie	
Textura superficial	A Superfície não está rugose
	B Superfície está ligeiramente rugosa
	C Superfície está muito rugose
Integridade marginal	A Ausência de irregularidades à sondagem
	B Presença de irregularidades à sondagem, sem exposição da dentina
	C Sonda penetra na irregularidade durante a sondagem, com exposição da dentina
Descoloração marginal	A Ausência de descoloração marginal
	B Presença de descoloração marginal, limitada e não extensiva por toda a restauração
	C Descoloração marginal evidente e em profundidade
Coloração correta	A Restauração apresenta cor exata ao do dente
	B Restauração não apresenta a cor exata do dente
	C Restauração apresenta cor inaceitável
Cárie secundária	A Nenhuma evidência de cárie contínua à margem da restauração e após avaliação radiográfica
	C Cárie contínua à margem da restauração é visível e facilmente detectada no exame radiográfico
Forma anatômica	A Forma anatômica está perfeita
	B Forma anatômica não está perfeita
	C Forma anatômica está inaceitável

Tabela 2. Avaliação das facetas diretas de resina composta realizadas nos dentes 12, 11, 21 e 22, conforme os critérios USPHS modificados.

Característica avaliada	Dente 12			Dente 11			Dente 21			Dente 22		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Textura superficial		X			X			X			X	
Integridade marginal		X			X		X				X	
Descoloração marginal	X				X			X		X		
Coloração correta		X			X			X			X	
Cárie secundária	X			X			X			X		
Forma anatômica	X			X			X			X		

Tabela 3. Avaliação das restaurações de guia canina nos dentes 13, 23, 33 e 43, conforme os critérios USPHS modificados.

Característica avaliada	Dente 13			Dente 23			Dente 33			Dente 43		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Textura superficial		X			X		X				X	
Integridade marginal	X				X		X			X		
Descoloração marginal		X			X		X			X		
Coloração correta	X			X			X			X		
Cárie secundária	X			X			X			X		
Forma anatômica	X			X			X			X		

Conforme ilustrado na Figura 13 e Tabela 2, todas as facetas receberam um conceito excelente acerca dos critérios de integridade marginal, cárie secundária e forma anatômica. A única exceção foi para a faceta do dente 11, cuja integridade marginal foi classificada como aceitável. Os demais critérios estavam aceitáveis para todas as facetas. Em relação às restaurações nos dentes caninos, o dente 13 manteve-se de maneira excelente quanto a quase todos os critérios, exceto pela textura superficial e descoloração marginal, as quais apresentaram-se aceitáveis. O dente 23 foi classificado como aceitável nos critérios de textura superficial, integridade marginal e descoloração marginal. O dente 33 apresentou a restauração com a melhor qualidade, onde todos os

critérios foram excelentes. Por fim, a restauração do dente 43 apresentou-se de maneira excelente, exceto quanto ao critério textura superficial, a qual foi aceitável. De maneira geral, as restaurações necessitaram de novo procedimento de acabamento e polimento, os quais devolveram lisura e brilho superficial condizentes com saúde. Apenas a faceta do dente 11 passou por um procedimento de reparo na face palatina devido à sua descoloração marginal e falta de integridade marginal (infiltração). Os procedimentos de acabamento e polimento realizados nas restaurações estão demonstrados na Figura 14.

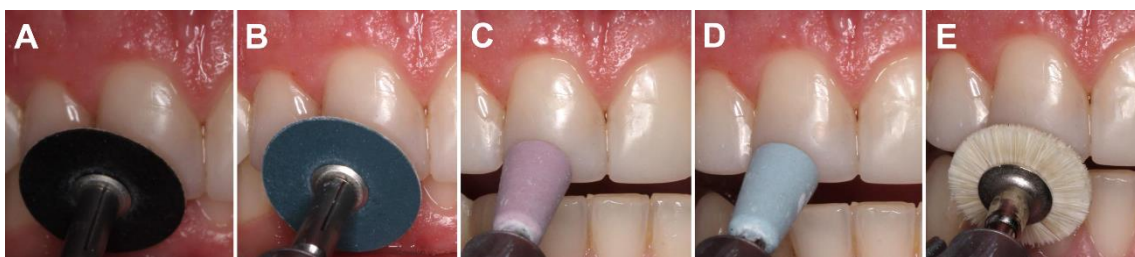


Figura 14. Sequência de acabamento e polimento realizado para todas as restaurações realizadas: aplicação de disco abrasivo de granulação grossa (A) e média (B), aplicação de polidores de resina de granulação média (C) e fina (D), e, por fim, aplicação de roda de pelo de cabra com pasta de polimento (E).

Na Figura 15 está demonstrado o aspecto final do sorriso do paciente após os procedimentos de acabamento e polimento.

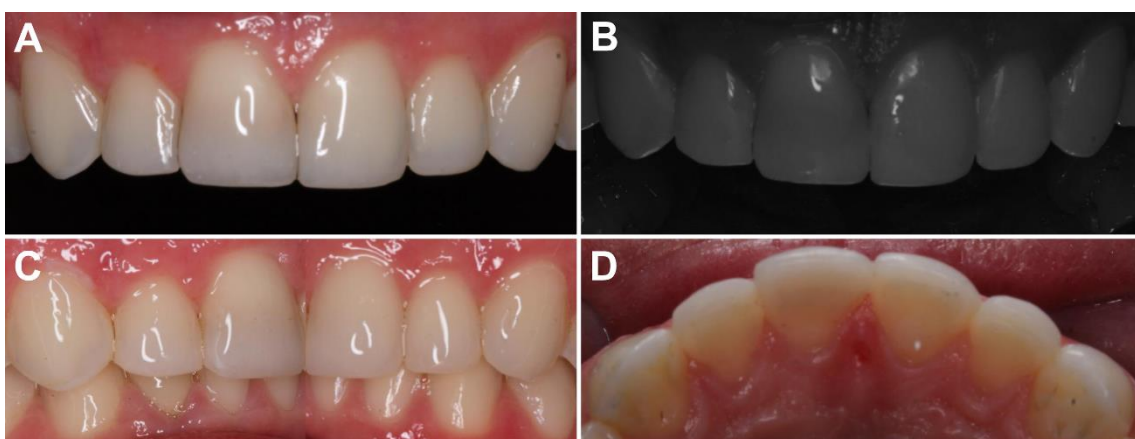


Figura 15. Sequência de acabamento e polimento realizado para todas as restaurações realizadas: aplicação de disco abrasivo de granulação grossa (A) e média (B), aplicação de polidores de resina de granulação média (C) e fina (D), e, por fim, aplicação de roda de pelo de cabra com pasta de polimento (E).

3 DISCUSSÃO

A confecção de facetas diretas para o tratamento restaurador é uma ótima alternativa comparado às facetas indiretas, principalmente devido à uma maior preservação da estrutura dentária, menor tempo clínico para a sua confecção, menor custo envolvido, além de atingir uma boa longevidade clínica. As facetas diretas com resinas compostas ainda possibilitam uma adequada fluorescência, fazendo assim com que a restauração mimetize o policromatismo de um dente hígido, favorecendo uma estética harmônica (15).

O presente caso clínico realizou oito restaurações diretas com resina composta, sendo quatro Classes IV visando o reestabelecimento da guia canina do paciente, bem como quatro facetas para fins de reestabelecer uma linha do sorriso mais harmônica e estética.

A guia de desocclusão canina é essencial para que as forças biomecânicas dos músculos não se sobrecarreguem durante a mastigação e função geral, evitando assim dores e até parafunções nos indivíduos. O canino é o dente ideal para este tipo de proteção oclusal já que a sua raiz é mais robusta e possui um apropriado suporte ósseo, repercutindo em mínimo esforço muscular (16). A perda da guia canina apresentada pelo paciente deste caso clínico precisou ser reestabelecida, caso contrário, consequências poderiam ser previstas, como desgaste excessivo dos dentes posteriores, fratura de cúspides e o desenvolvimento de periodontite (17). Logo, foi realizado as restaurações nas cúspides do canino inferior e nos caninos superiores, conferindo os movimentos de lateralidade para evitar complicações futuras, protegendo a oclusão do paciente e as facetas que foram planejadas.

Apesar de terem sido realizadas de maneira adequada, as restaurações em resina composta utilizadas para o reestabelecimento da guia canina do paciente devem ser acompanhadas periodicamente, visto que a natureza polimérica deste material restaurador favorece a sua degradação e consequente desgaste, podendo repercutir na perda da guia canina novamente. A presença de algum hábito parafuncional pode acelerar este desgaste natural das resinas compostas. De fato, segundo alguns estudos, a restauração é mais propícia a

falhas quando possui espessuras maiores do que 3 mm, sendo que até o presente momento, ainda não se sabe o tempo de vida médio de restaurações em resina para correção de guia canina (18). Contudo, após avaliação de 6 meses, as resinas aplicadas para este propósito ainda apresentavam-se adequadas e em plena função mastigatória.

Além da ausência de guia canina, outra questão que estava alterando a estética e harmonia do sorriso do paciente era a desarmonia da linha do sorriso. A literatura revela que há um grande comprometimento da aparência do sorriso quando a linha do sorriso se encontra invertida, sendo menos estética se comparada à linha do sorriso reta, por exemplo (19).

O paciente possuía a linha do sorriso inversa e a linha média desviada levemente para a esquerda, o que comprometia a estética geral do seu sorriso, sem no entanto haver exposição excessiva de gengiva, possibilitando a reabilitação com resina composta. De acordo com Marson e cols. (20) o lábio superior deve estar paralelo a linha incisal dos dentes ântero-inferiores para se obter um sorriso harmônico, e, não menos importante, a cúspide do canino superior deve tocar de leve o lábio inferior. Ainda, o corredor bucal deve expor até os dentes pré-molares, com exposição total do comprimento dos dentes anteriores. A curva incisal também deve ser paralela ao lábio inferior e os dentes superiores devem tocar ligeiramente ou deixar um espaço mínimo com o lábio inferior. Por fim, o lábio superior deve coincidir com a margem incisal dos incisivos centrais superiores (20). Entretanto, apesar de existirem alguns princípios básicos para se alcançar um sorriso harmônico, o sorriso ideal é algo subjetivo, pois o que é esteticamente agradável pode variar de um indivíduo para o outro. A opinião do paciente é um fator importante que o profissional deve considerar, pois contribui para o sucesso do tratamento, mantendo a diversidade de estética aceitável, bem como uma relação profissional – paciente saudável (20).

Diante disso, a principal queixa do paciente era o escurecimento dos dentes e a restauração de resina defeituosa no incisivo central superior direito, que se comparada à estrutura dentária remanescente, apresentava-se com uma coloração e aparência mais cromatizada/pigmentada. Então, realizou-se o

clareamento de consultório e caseiro, obtendo-se um resultado clínico satisfatório nos elementos dentais, porém não na resina, a qual não sofreu alterações cromáticas, resultando assim em um aspecto mais escuro que o dente em si. De fato, alguns estudos mostram que os agentes clareadores dentais não são capazes de clarear resina composta da mesma forma que substratos dentários (21).

Para o caso clínico em questão, além da troca da restauração também se realizou o protocolo de restauração por meio de facetas diretas de resina composta, visto que ele possuía os incisivos laterais com o comprimento reduzido, bem como o dente 21 hígido e apresentando uma pequena fratura na borda incisal. As resinas compostas da atualidade possibilitam devolver ao dente as propriedades de opalescência, fluorescência e translucidez, além de permitirem a realização de um procedimento conservador, rápido e eficaz para se devolver a forma, cor, textura e alinhamento dos dentes. Além disso, envolve uma técnica com baixo custo financeiro ao paciente e profissional. Contudo, se faz necessária a estratificação natural da restauração com resinas de diferentes opacidades e translucidez, para assim oferecer a mais adequada mimetização do policromatismo dental (22). Além de propriedades ópticas satisfatórias, ainda se faz necessário conferir à restauração uma boa adaptação marginal e um satisfatório acabamento e polimento para o sucesso da restauração. Essa técnica possibilita a lisura superficial da restauração, oferecendo brilho, estabilidade de cor, redução da adesão de placa bacteriana, remoção de excessos e manutenção de saúde gengival (22).

De acordo com a literatura atual, a discussão acerca da longevidade das facetas diretas é constante, sabendo-se que a durabilidade das mesmas com resinas compostas depende de vários fatores, como a localização da restauração, tipo de resina utilizada, adequação da restauração ao dente, ajuste oclusal e o correto planejamento. Além disso, é necessário que cada etapa operatória do procedimento tenha sido realizada com o maior cuidado e utilizando-se materiais de boa qualidade, para assim se garantir uma melhor longevidade possível (23).

No presente caso clínico, após 6 meses, as facetas diretas perderam um pouco das propriedades de brilho e lisura superficial, porém estavam bem adaptadas ao preparo dental, exceto pela face palatina do elemento 11, o qual se apresentava com desintegridade marginal e descoloração. Assim sendo, o reparo da restauração foi realizado a partir da remoção da porção defeituosa, asperização do remanescente, aplicação de agentes adesivos e inserção de novo incremento de resina, na mesma cor utilizada anteriormente. Este protocolo está de acordo com o sugerido em um estudo de Valente e cols. (24).

Uma das desvantagens das resinas compostas é a falha facilitada de adaptação marginal, bem como a possibilidade de manchamento superficial, duas consequências geralmente oriundas dos efeitos da contração de polimerização e deficiência de se manter o brilho superficial e lisura por longos períodos de tempo (23). Porém, a partir dos procedimentos de reparo e acabamento/polimento realizados na consulta de manutenção, a longevidade das restaurações aumentou, sendo estes procedimentos indicados sempre quando da necessidade de se corrigir pequenos defeitos de restaurações resinosas (25).

4 CONCLUSÃO

De acordo com o presente caso clínico, pode-se concluir o seguinte:

- i. A desarmonia geral do sorriso caracterizada pela presença de um sorriso invertido, dentes escurecidos e presença de restaurações defeituosas pode influenciar negativamente a autoestima do indivíduo;
- ii. O clareamento dental utilizando-se a técnica combinada demonstrou desempenho clínico adequado;
- iii. A devolução da guia canina realizada neste caso clínico parece ter contribuído para manter as facetas diretas de resina composta em posição após os seis meses de acompanhamento, sendo um procedimento restaurador necessário;
- iv. As facetas diretas de resina composta realizadas neste caso se apresentaram adequadas após seis meses de acompanhamento clínico, necessitando basicamente de novo acabamento e polimento para devolução de uma textura superficial e brilho superficial mais adequados, respectivamente;
- v. Em caso necessário, o reparo de uma faceta de resina composta com novo material restaurador parece ser um procedimento simples e que devolve as características originais da restauração, bem como aumenta a longevidade clínica do tratamento restaurador;
- vi. O tratamento restaurador por meio de facetas diretas de resina composta é um meio prático e barato de reabilitar o sorriso, porém necessita de manutenção periódica, bem como cuidados de higiene por parte do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sargozaie N, Moeintaghavi A, Shojaie H. Comparing the Quality of Life of Patients Requesting Dental Implants Before and After Implant. *Open Dent J.* 2017;11:485-91.
2. Kovacevic Pavicic D, Kolceg M, Lajnert V, Pavlic A, Spalj S. Changes in quality of life induced by tooth whitening are not influenced by global self-esteem: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Odontology.* 2019
3. Antoniazzi RP, Fischer LS, Balbinot CEA, Antoniazzi SP, Skupien JA. Impact of excessive gingival display on oral health-related quality of life in a Southern Brazilian young population. *J Clin Periodontol.* 2017;44(10):996-1002.
4. Golai S, Nimbeni B, Patil SD, Baali P, Kumar H. Impact of Untreated Traumatic Injuries to Anterior Teeth on the Oral Health Related Quality of Life As Assessed By Video Based Smiling Patterns in Children. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(6):ZC16-9.
5. Bhuvaneshwaran M. Principles of smile design. *J Conserv Dent.* 2010;13(4):225-32.
6. Mestrener SR, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *Jornal Brasileiro de Dentística & Estética.* 2002;1(3):226-30.
7. Gresnigt MMM, Cune MS, Jansen K, van der Made SAM, Ozcan M. Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year findings. *J Dent.* 2019;86:102-9.
8. Beltrame AP, Rosa MM, Noschang RA, Almeida IC. Early Rehabilitation of Incisors with Dentinogenesis Imperfecta Type II - Case Report. *J Clin Pediatr Dent.* 2017;41(2):112-5.
9. da Cunha LF, Pedroche LO, Gonzaga CC, Furuse AY. Esthetic, occlusal, and periodontal rehabilitation of anterior teeth with minimum thickness porcelain laminate veneers. *J Prosthet Dent.* 2014;112(6):1315-8.

10. Hoepfner MG, Pereira SK, Neto ES, de Camargo LNG. Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde. 2003;9(3/4):67-72.
11. Aranha ACC, Mitsui FHO, Marchi GM. Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão - Relato de caso clínico. Jornal Brasileiro de Dentística & Estética. 2003;2(5):72-8.
12. Gencer MDG, Kirzioglu Z. A comparison of the effectiveness of resin infiltration and microabrasion treatments applied to developmental enamel defects in color masking. Dent Mater J. 2019;38(2):295-302.
13. Rodriguez-Martinez J, Valiente M, Sanchez-Martin MJ. Tooth whitening: From the established treatments to novel approaches to prevent side effects. J Esthet Restor Dent. 2019;31(5):431-40.
14. Sekundo C, Frese C. Underlying Resin Infiltration and Direct Composite Veneers for the Treatment of Severe White Color Alterations of the Enamel: Case Report and 13-Month Follow-Up. Oper Dent. 2019
15. Lowe RA. Simplifying Direct Composite Veneer Placement. Dent Today. 2015;34(5):98, 100-3.
16. D'Amico A. Functional occlusion of the natural teeth of man. Journal of Prosthetic Dentistry. 1961;11(5):899-915.
17. Andriane L. Restituição da guia pelo canino com resina composta. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
18. Sieweke M, Salomon-Sieweke U, Zofel P, Stachniss V. Longevity of oroincisor ceramic veneers on canines--a retrospective study. J Adhes Dent. 2000;2(3):229-34.
19. Rodrigues CDT, Loffredo LCM, Candido MSM, Oliveira Júnior OB. Influência de variações das normas estéticas na atratividade do sorriso. Revista Gaúcha de Odontologia. 2008;58(3):307-11.
20. Marson FC, Piloto RL, da Rocha OO, Lolli LF, Progiante PS, Silva CO. Percepção da atratividade do sorriso. Revista Uningá Review. 2014;20(1):26-9.

21. Magdaleno JPS, Jorge ACT, Oliveira M, Rodrigues JA. Efeito do clareamento dental sobre os materiais restauradores. *Revista Saúde - UNG - SER.* 2009;3(2):14-9.
22. Soares PV, Reinke ACMA, Moura GF, Zeola LF, Machado AC, Reis BR. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico de traumatismo dento-alveolar. *Revista Odontológica do Brasil Central.* 2016;25(74):154-61.
23. Leite AS. Facetas diretas com resina composta em dentes anteriores superiores: Estudo de caso. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.
24. Valente LL, Silva MF, Fonseca AS, Munchow EA, Isolan CP, Moraes RR. Effect of Diamond Bur Grit Size on Composite Repair. *J Adhes Dent.* 2015;17(3):257-63.
25. Kanzow P, Wiegand A, Wilson NHF, Lynch CD, Blum IR. Contemporary teaching of restoration repair at dental schools in Germany - Close to universality and consistency. *J Dent.* 2018;75:121-4.

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação estética e funcional do sorriso: relato de caso clínico

Pesquisador: WERONICA JAERNEVAY SILVEIRA MITTERHOFER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70975317.5.0000.5147

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.172.800

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.172.800

éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.172.800

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_945839.pdf	10/07/2017 11:17:07		Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	06/07/2017 17:01:14	WERONICA JAERNEVAY SILVEIRA MITTERHOFER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	06/07/2017 16:18:30	WERONICA JAERNEVAY SILVEIRA MITTERHOFER	Aceito
Outros	Sigilo.pdf	06/07/2017 16:15:13	WERONICA JAERNEVAY SILVEIRA MITTERHOFER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetolaminados.pdf	06/07/2017 16:06:35	WERONICA JAERNEVAY SILVEIRA MITTERHOFER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	19/06/2017 12:47:20	WERONICA JAERNEVAY SILVEIRA MITTERHOFER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Julho de 2017

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO II



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lorenzo Paganini Mesisto Fantin RG 3327211 ES

fui suficientemente esclarecido (a) sobre a minha situação de saúde bucal. Permito, de forma livre e esclarecida a utilização de dados clínicos e imagens obtidas para fins didático-científicos, desde que minha identidade seja preservada. Foi-me assegurado também, que posso retirar a permissão para utilização deste material com fins didáticos, a qualquer tempo e por qualquer motivo por mim determinado, sem nenhum prejuízo a continuidade de atendimento nesta ou em outras disciplinas dessa instituição.

Governador Valadares, 30 de Abril de 2019.

Lorenzo P.M. Fantin

Assinatura do Paciente ou Responsável