



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



# **REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM MATERIAIS RESTAURADORES DIRETOS – RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Serilton de Oliveira Paes Junior**

**2018**

**SERILTON DE OLIVEIRA PAES JUNIOR**

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM MATERIAIS  
RESTAURADORES DIRETOS – RELATO DE CASO CLÍNICO**

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

Governador Valadares

2018

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

Junior, Serilton de Oliveira Paes.

Reabilitação estética com materiais restauradores diretos-Relato de caso clínico / Serilton de Oliveira Paes Junior. -- 2018.  
36 f.

Orientador: Eliseu Aldrighi Münchow

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Faculdade de Odontologia, 2018.

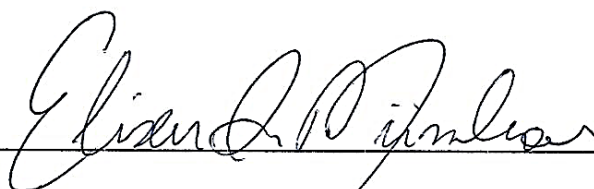
1. Resinas compostas. 2. Estética dental. 3. Facetas diretas. I. Münchow, Eliseu Aldrighi, orient. II. Título.

SERILTON DE OLIVEIRA PAES JUNIOR

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM MATERIAIS**  
**RESTAURADORES DIRETOS- RELATO DE CASO CLÍNICO**

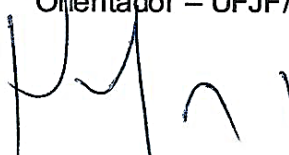
Aprovada em 05 de DEZEMBRO de 2018, por:

Banca Examinadora



Prof. Dr. Eliseu Aldrighi Münchow

Orientador – UFJF/GV



Prof. Dr. Hugo Lemes Carlo

Examinador – UFJF/GV



Prof. Dr. Mauricio Malheiros Badaró

Examinador – UFJF/GV

## DEDICATÓRIA

À minha família, por sua presença constante e amor incondicional. Mãe, sua dedicação e palavras de conforto foi o que proporcionou forças em momentos de aflição e dificuldade. Pai, o seu exemplo de vida e determinação, forjou o caminho trilhado até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Deus soberano pelo dom da vida, por guiar meus passos e me proporcionar sabedoria para firmar cada degrau conquistado nessa jornada.

Aos meus pais, Serilton de Oliveira Paes e Valeria Silva de Oliveira Paes, e ao meu irmão Glauber Vinicius Silva de Oliveira Paes, por sempre apoiarem as minhas decisões e sonhos, e por construírem um seio familiar tão próspero em amor e companheirismo.

Ao meu orientador Eliseu Aldrighi Münchow, pelo apoio nessa longa caminhada, pela paciência com as minhas falhas, por suas correções e compartilhamento de conhecimentos de uma forma ímpar.

Aos meus amigos e colegas, por tornarem essa caminhada mais leve e cheia de histórias que serão eternamente guardadas na memória.

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo planejar e executar um caso clínico de reabilitação oral com materiais restauradores diretos, no caso, resina composta. Paciente do gênero feminino, sem histórico de bruxismo, procurou atendimento odontológico para realização de restaurações dentárias e tratamento de dor em um dente. Após anamnese, constatou-se que a paciente não apresentava qualquer comprometimento sistêmico de saúde. Ao exame clínico, percebeu-se uma higiene inadequada, com biofilme supragengival e cálculo presentes em todos os dentes. Após procedimentos de raspagem e profilaxia, constatou-se a presença de várias restaurações posteriores (classe I ou II) de amálgama e resina composta, estando todas insatisfatórias; os dentes 17, 27 e 35 foram diagnosticados com cárie secundária. Quanto aos dentes anteriores superiores, alguns apresentavam lesões ativas de cárie (dentes 12, 11 e 23), enquanto outros se apresentavam fraturados nas faces incisal e mesial (dentes 11, 21 e 23). O plano de tratamento da paciente envolveu adequação do meio bucal, com tratamento das lesões de cárie secundária; realização de restaurações diretas com resina composta e confecção de facetas indiretas de dissilicato de lítio nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23. Porém, este plano passou por modificações ao longo do tratamento, sendo necessário realizar outros tipos de restaurações, ao invés daquilo que foi planejado de imediato. Sabendo-se que o plano de tratamento pode sofrer modificações, conclui-se que dentre cada procedimento realizado neste caso clínico, torna-se importante que o cirurgião-dentista seja flexível e adepto a mudanças no curso de reabilitações estéticas em dentes anteriores e/ou posteriores, potencializando a chance de sucesso.

**Palavras-chave:** Estética dental, Resinas compostas, Restauração indireta, Onlay, Facetas diretas, Técnica de estratificação dental.

## ABSTRACT

The purpose of this work was to plan and to perform a clinical case of oral rehabilitation using direct restorative materials, i.e., resin composite. Female patient, without bruxism history, pursued dental treatment in order to get tooth restoration and pain treatment in a tooth. After anamnesis, it was noted that the patient was healthy, without any systemic issues. After clinic examination, the oral hygiene was considered poor, with supragingival biofilm and dental calculus reaching almost all teeth. Periodontal scraping and prophylaxis were performed, followed by identification of the presence of several Class I and II posterior restorations made of amalgam and resin composite; all the restorations were defective; teeth 17, 27 and 35 were associated to secondary caries. Concerning the upper anterior teeth, some showed active tooth decay (teeth 12, 11 and 23), whereas some others were fractured at the incisal and mesial surfaces (teeth 11, 21 and 23). The treatment plan involved adjustments in the oral environment, with treatment of the secondary caries lesions; direct restorations with resin composite were planned as well as preparation of lithium disilicate laminate veneers at teeth 13, 12, 11, 21, 22 and 23. However, this planning changed during the restorative treatment, so that other type of restorations were performed rather than the ones previously planned. Taking into consideration that the treatment plan may change it can be concluded that it is important that the dentist be flexible and capable of changes during the performance of esthetic rehabilitations in anterior and/or posterior teeth, increasing the possibility of reaching clinical success.

**Keywords:** Dental esthetics, Resin composites, Indirect restoration, Onlay restoration, Direct dental veneers, Dental technique for stratification.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 RELATO DE CASO CLÍNICO.....	03
3 DISCUSSÃO.....	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXOS.....	24
APÊNDICES.....	25

## 1 INTRODUÇÃO

O crescente interesse dos pacientes por uma melhor aparência estética do seu sorriso, associado ao melhoramento da qualidade dos materiais restauradores e da ampla divulgação pela mídia acerca dos conceitos de beleza, propiciou mudanças nos tratamentos odontológicos modernos (1, 2). Considerando-se em particular a dentição anterior superior, alguns princípios básicos como cor, forma, textura e tamanho dos dentes são fundamentais para a composição de um sorriso harmonioso. Sendo assim, o tratamento adequado das imperfeições no plano estético depende tanto da interação de conhecimentos relacionados à estética em si como da qualidade dos materiais restauradores e técnicas atualmente disponíveis (3, 4).

No que se refere aos materiais utilizados para a restauração harmoniosa de dentes com necessidade restauradora, várias opções estão disponíveis. Por exemplo, os laminados cerâmicos possuem uma qualidade estética excelente, visto que mimetizam às características ópticas naturais dos dentes (5); porém, geralmente envolvem maior desgaste de estrutura dentária sadia, exceto pelas famosas lentes de contato odontológicas, as quais são constituídas de material cerâmico, porém em finas espessuras de material (6). Por outro lado, as resinas compostas também são materiais com satisfatório potencial estético (2, 7), apresentando inclusive propriedades físico-mecânicas similares aos dentes, dependendo do tipo de material utilizado (8, 9).

No mercado existem diversos materiais de diferentes marcas que podem ser utilizados nos procedimentos restauradores com finalidade estética. No entanto, algumas características de cada material podem influenciar no seu desempenho final e na durabilidade da restauração, devendo ser levados em consideração. Além do mais, cada caso clínico deve ser analisado em específico para se escolher um material mais compatível com a necessidade e realidade do paciente (10). De fato, muitas vezes o profissional projeta seus desejos e planejamentos de uma maneira negativa sobre o paciente, dificultando a obtenção de um resultado agradável para ambas as partes envolvidas, isto é, o cirurgião-dentista e o paciente (11). Assim sendo, as resinas compostas possuem uma grande vantagem, quando comparadas às cerâmicas, no quesito relacionado à sua praticidade e menor tempo de confecção, pois não possuem a necessidade da etapa laboratorial/protética.

Ainda, fica mais fácil de reverter um tratamento restaurador com resinas compostas caso o paciente tenha ficado insatisfeito com o resultado final. Independente destas vantagens supracitadas, as cerâmicas são mais materiais potencialmente mais estéticos, surtindo resultados mais padronizados e geralmente mais aceitáveis pelo paciente (5).

Outro fator de grande relevância no planejamento de casos de reabilitação estética é a capacidade do material em devolver a funcionalidade dos elementos dentários, observando-se principalmente o componente da oclusão do paciente, com os movimentos de lateralidade com guia canina, protrusão com os toques dos dentes anteriores, a mordida com o *overbite* e *overjet* adequados (12). Assim sendo, deve-se levar em conta todos esses fatores, onde alguns materiais podem possuir maior resistência às forças mastigatórias (ex., cerâmicas odontológicas reforçadas por dissilicato de lítio, alumina ou zircônia), ao passo que outros podem apresentar-se menos resistentes neste quesito (ex., resinas compostas). Cabe, portanto, ao cirurgião dentista avaliar qual será o material restaurador mais bem indicado para os diferentes casos clínicos (10).

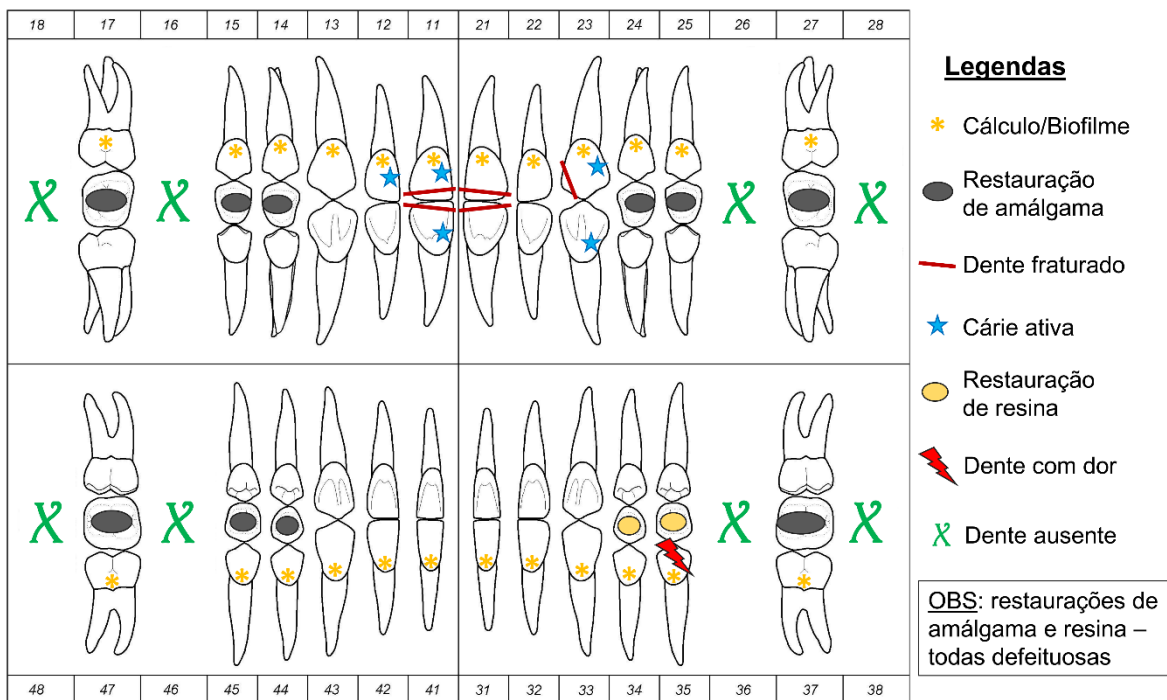
Levando-se em consideração que tanto resinas compostas como cerâmicas odontológicas podem oferecer satisfatório desempenho físico-mecânico (13) e estético (2, 7, 14) para elementos dentários com perda de estrutura, o presente trabalho possui por objetivo relatar um caso clínico de reabilitação oral de uma paciente com necessidade de restauração dos dentes anteriores e posteriores.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente S.L.B.N, do gênero feminino, com 48 anos de idade, procurou atendimento odontológico na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, para tratamento de dor de dente e restauração do sorriso. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da instituição (Anexo I), permitindo a sua avaliação odontológica completa. A história médica da paciente se apresentava negativa para alterações sistêmicas; no entanto, a mesma relatou sentir dor em alguns dentes por acreditar que eles estivessem cariados. No exame clínico, constatou-se a presença generalizada de biofilme supragengival e cálculo, principalmente na superfície vestibular dos dentes (Figura 1a-b). Procedimentos de raspagem e profilaxia foram devidamente realizados, até se obter um campo operatório adequadamente limpo (Figura 1c). Então, o quadro odontológico da paciente foi inspecionado e anotado conforme odontograma esquemático apresentado na Figura 2. De maneira geral, os únicos dentes ausentes foram os primeiros e terceiros molares. Quanto à presença de restaurações dentais, a paciente apresentava restaurações de amálgama nos dentes 17, 15, 14, 24, 25, 27, 37, 44, 45 e 47; e restaurações de resina composta nos dentes 35 e 34. Todas as restaurações estavam insatisfatórias, principalmente devido à descontinuidade marginal e/ou fraturas no corpo da restauração. Ainda, exames radiográficos revelaram a presença de cárie secundária sob as restaurações dos dentes 17, 27 e 35, embora apenas o dente 35 demonstrasse sintomatologia dolorosa. O teste de vitalidade pulpar a frio com gás refrigerante (Endo Ice; Maquira, Maringá, PR, Brasil) foi realizado nestes três dentes, os quais se apresentaram vitais; a resposta positiva ao frio do dente 35 foi ligeiramente mais intensa do que a dos demais dentes. Por fim, os dentes anteriores superiores da paciente encontravam-se em desarmonia estética, seja pela presença de lesões de cárie ativa nos dentes 12, 11 e 23, seja por fraturas incisivo-proximais destes mesmos elementos dentários; os dentes 13, 21 e 22 apresentavam-se ligeiramente girovertidos e/ou palatinizados, contribuindo para a desarmonia estética do sorriso da paciente (Figura 1c). Levando-se em consideração o quadro clínico recém exposto, um plano de tratamento inicial foi proposto, conforme apresentado na Tabela 1.



**Figura 1** – Aspecto inicial dos dentes anteriores superiores da paciente (a); vista ampliada do aspecto inicial do sorriso da paciente antes (b) e após (c) profilaxia.



**Figura 2** – Odontograma inicial da paciente, com legendas.

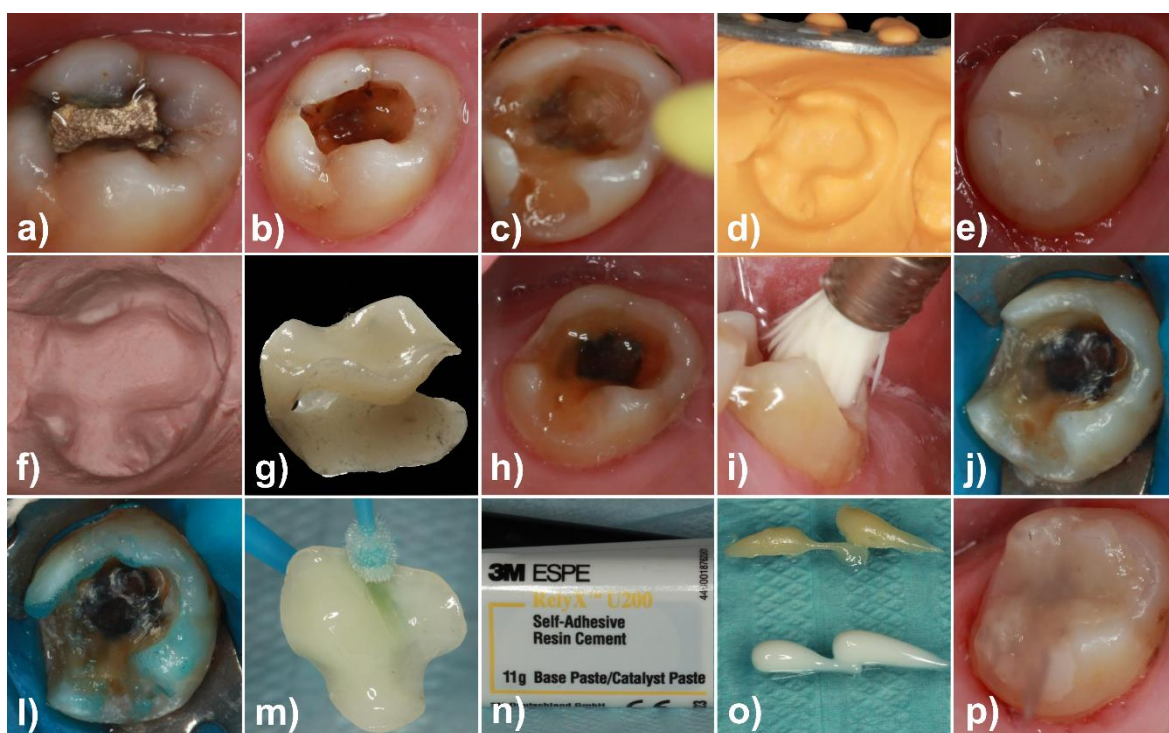
**Tabela 1.** Plano de tratamento inicial proposto para a paciente.

<b>Ordem</b>	<b>Procedimento proposto</b>	<b>Dente(s)</b>
1º	Remoção de dor; substituição de restauração insatisfatória.	35
2º	Readequação do meio bucal, com remoção das lesões de cárie ativa e selamento provisório dos dentes.	12, 11, 23
3º	Remoção de lesões de cárie secundária; restauração com resina composta usando-se técnica direta.	17, 27
4º	Substituição de restaurações insatisfatórias com resinas compostas, pela técnica direta.	15, 14, 24, 25, 37, 34, 44, 45, 47
5º	Moldagem dos dentes anteriores superiores para realização de enceramento diagnóstico.	13, 12, 11, 21, 22, 23
6º	Preparo e moldagem dos dentes anteriores superiores para confecção de facetas indiretas de dissilicato de lítio; confecção de provisórios utilizando-se resina provisória bisacrílica.	13, 12, 11, 21, 22, 23
7º	Prova e cimentação das facetas indiretas.	13, 12, 11, 21, 22, 23
8º	Acabamento e polimento de todas as restaurações realizadas.	*
9º	Próteses para repor os elementos perdidos.	16, 26, 36, 46

\* Todos os dentes restaurados.

Após conversar com a paciente e explicar o plano de tratamento escolhido, a mesma concordou em seguir com o tratamento. Assim, as primeiras sessões clínicas seguiram conforme o planejado, com tratamento da dor existente no dente 35 através da remoção de restauração insatisfatória de resina composta e respectiva remoção de tecido cariado; readequação do meio bucal, com remoção das lesões de cárie ativa nos dentes 17, 12, 11, 23 e 27; e substituição das restaurações insatisfatórias nos dentes 15, 14, 24, 25, 37, 34, 44, 45 e 47. Todas as novas restaurações foram realizadas com resina composta Filtek Z350 (3M ESPE, St. Paul, MN, EUA), geralmente nas cores A2 e A3.

O planejamento restaurador do dente 27 com resina composta por meio de técnica direta foi alterado ao longo do tratamento da paciente, visto que após remoção da restauração insatisfatória de amálgama, bem como da remoção de tecido cariado subjacente, o tamanho da cavidade ficou consideravelmente maior do que o esperado. Assim sendo, optou-se por realizar a confecção de uma restauração indireta do tipo *onlay*, em resina composta. O passo-a-passo clínico do tratamento restaurador do dente 27 está demonstrado na Figura 3.



**Figura 3** – Protocolo utilizado para confecção de *onlay* de resina composta no dente 27 da paciente. Restauração insatisfatória de amálgama (a); remoção da restauração antiga e remoção de tecido cariado (b); preparo do dente, removendo-se zona sem suporte de esmalte, seguido de acabamento do preparo tipo *onlay* (c); moldagem do preparo utilizando-se silicone de adição denso (d); confecção de restauração provisória (e); obtenção do modelo de trabalho com gesso especial tipo IV (f); confecção da restauração usando-se resinas compostas de dentina e de esmalte (g); remoção da restauração provisória (h); profilaxia do preparo (i); isolamento absoluto do dente (j); aplicação de gel de ácido fosfórico 37% na margem de esmalte do dente, por 30 s, seguido de lavagem com água e secagem com jato de ar (l); aplicação de gel de ácido fosfórico 37% na superfície interna da restauração para limpeza da mesma, seguido de aplicação de silano e adesivo de cobertura (m); preparo de cimento resinoso dual autoadesivo (n-o); e cimentação da restauração (p).

Primeiramente, a restauração insatisfatória de amálgama foi devidamente removida, permitindo a remoção do tecido cariado que se encontrava subjacente. Enquanto que a restauração de amálgama foi removida em alta rotação e utilizando-se ponta diamantada #1046 (KG Sorensen; Cotia, SP, Brasil), o tecido cariado foi removido com escavadores de dentina e brocas carbide em baixa rotação. Depois, a ponta diamantada #3131F foi utilizada para remoção de áreas retentivas e de esmalte sem suporte, oferecendo a forma de contorno de um preparo do tipo *onlay* (Figura 3c). O acabamento interno da cavidade dental foi realizado com polidores de resina (Polidores DFL; Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Então, o dente foi moldado com silicone de adição na consistência densa (Presidente I; Coltene Vigodent, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), e, logo após, material restaurador provisório (Bioplic; Biodinâmica, São Paulo, SP, Brasil) foi aplicado na cavidade, seguido da sua foto-ativação com um diodo emissor de luz (Emitter C; Schuster, Santa Maria, RS, Brasil) por 40 s. Então, a paciente foi dispensada, e, após 1 h, gesso pedra especial foi vertido no molde de silicone para se obter o modelo de trabalho.

Para a confecção da restauração *onlay*, o seguinte protocolo foi utilizado: a porção do preparo no modelo de gesso foi isolada com isolante para resina acrílica Cel-Lac (SS White, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), seguido da aplicação de resina composta de dentina na cor A3 (Filtek Z350) e foto-ativação por 40 s; a porção de esmalte foi confeccionada utilizando-se resina de esmalte na cor A3, seguido de foto-ativação por 40 s. A restauração *onlay* foi finalizada usando-se discos abrasivos Sof-Lex (3M ESPE) e polidores de resina. Então, em uma próxima sessão clínica, a restauração provisória do dente 27 foi removida com ponta diamantada #1014; logo após, a restauração *onlay* foi verificada em posição, a fim de se atestar o seu encaixe e adaptação. Constatado o encaixe adequado da peça, o remanescente dental foi limpo com escova de Robson e pasta profilática, seguido da realização de isolamento absoluto com lençol de borracha e grampo nº 26. Apenas a margem de esmalte do dente foi condicionada com gel de ácido fosfórico 37% (Condac 37; FGM, Joinville, SC, Brasil), seguido de lavagem abundante com água e secagem com jato de ar. O gel Condac 37 também foi aplicado na superfície interna da peça *onlay*, a fim de permitir a adequada limpeza da restauração; em seguida, agente adesivo (Scotchbond Multipurpose; 3M ESPE) foi aplicado na porção interna da peça *onlay*, seguido da sua foto-ativação por 20 s. Por fim, o

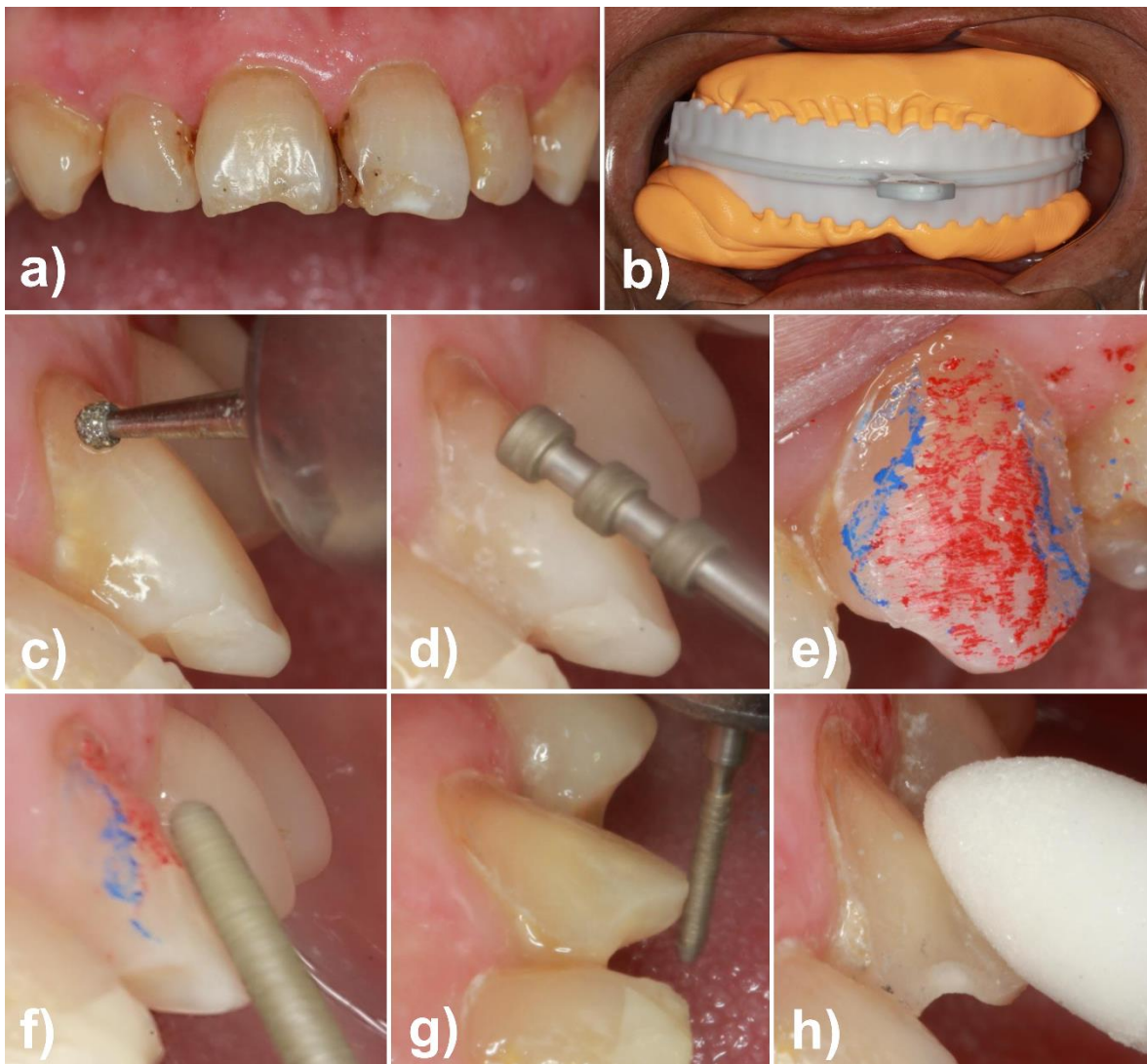


cimento resinoso Rely-X U200 (3M ESPE) foi manipulado e aplicado na porção interna da peça, a qual foi levada em posição, sobre o preparo dental, e pressionada por até 6 minutos, conforme recomendações do fabricante. Após, os excessos de cimento foram removidos com fio dental e sonda exploradora nº 5, e foto-ativação foi realizada por 40 s nas faces oclusal, vestibular e palatina. O ajuste oclusal foi devidamente realizado com papel carbono (Accufilm; Wilcos, Petrópolis, RJ, Brasil) e pontas diamantadas #3118 F e FF, e, por fim, polimento usando-se polidores DFL.

Após a finalização de todas as restaurações em dentes posteriores, partiu-se para a reabilitação estética em dentição anterior da paciente. Para isso, os dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 foram preparados para serem posteriormente restaurados com facetas indiretas de dissilicato de lítio (Figura 4). Inicialmente, os dentes anteriores da paciente foram moldados com silicone de adição consistência densa (Presidente I) e usando-se moldeira dupla Triple Tray (Moldex; Angelus, Londrina, PR, Brasil) (Figura 4b). O modelo de gesso foi obtido com gesso pedra tipo III (Herodent; Coltene), e, após a sua presa, o mesmo foi utilizado para confecção de enceramento diagnóstico, porém usando-se resina composta ao invés de cera (técnica de enceramento *mock-up*). Seguiu-se para a confecção dos preparos (Figura 4c-h), conforme o passo-a-passo a seguir: confecção do sulco de orientação cervical usando-se ponta diamantada #1014; desgaste vestibular com ponta diamantada #4141F, oferecendo continuidade à realização dos preparos dentários; marcação das zonas de reflexão e absorção de luz com lápis de cor azul e vermelho, respectivamente, a fim de realçar os desgastes vestibulares de adequação das áreas planas e inclinadas do dente; desgaste mais aprofundado na face vestibular com ponta diamantada #4138FF, seguindo-se as três inclinações dental (cervical, média e incisal); redução da face incisal; e, por fim, acabamento do preparo com polidores de resina, para alisamento e refinamento do remanescente dental. Todos os seis dentes anteriores e superiores da paciente foram preparados segundo este protocolo recém apresentado.

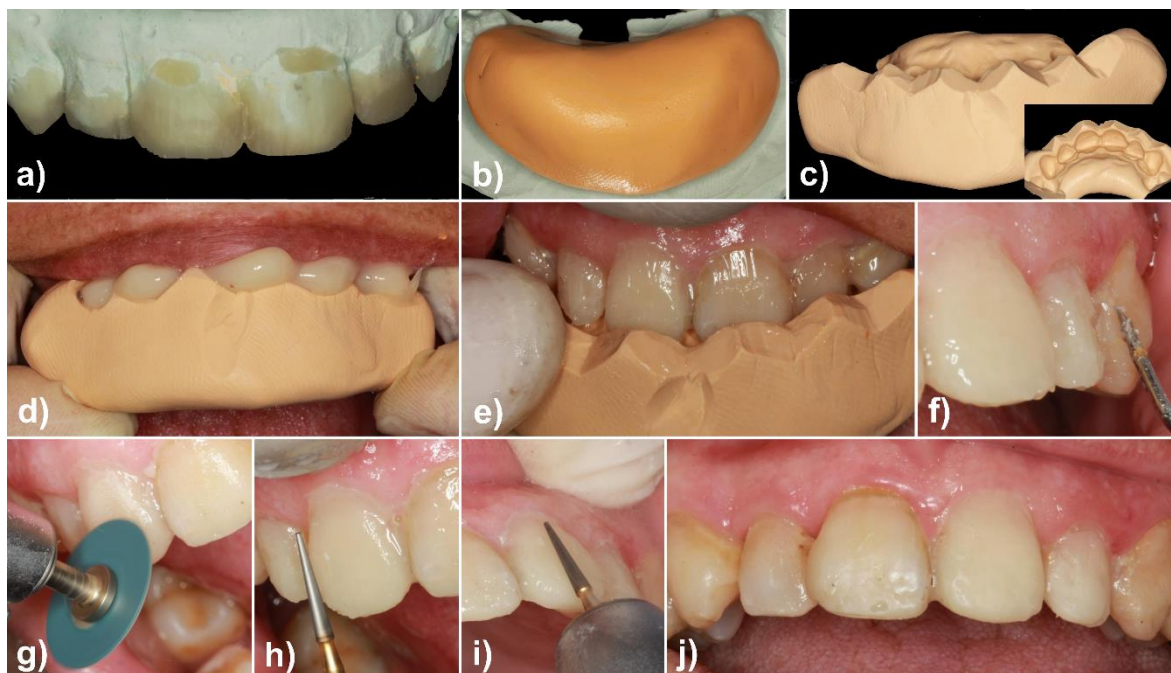
Em sequência, as restaurações provisórias da paciente foram realizadas com resina bisacrílica Proviplast (Biodinamica), conforme protocolo apresentado na figura 5. Para isso, o enceramento *mock-up* realizado no modelo de gesso, o qual devolveu forma e contorno anatômico mais adequados ao perfil e dentes da paciente, foi moldado com silicone de adição, para obtenção de um guia de silicone

contendo a cópia em negativo do *mock-up*. Este guia foi recortado com estilete a fim de se possibilitar o extravasamento de qualquer material em excesso; então, o guia foi preenchido com a resina bisacrílica e posicionado sobre os dentes preparados. O tempo de presa inicial do material foi aguardado, para então se remover a guia de sobre os dentes.



**Figura 4** – Protocolo realizado no preparo dos dentes anteriores superiores para facetas indiretas. Aspecto inicial, após remoção das lesões de cárie ativa nos dentes 12, 11 e 23 (a); moldagem da paciente para realização de enceramento diagnóstico (b); realização do sulco cervical de referência, usando-se ponta diamantada #1014 (c); desgaste vestibular utilizando-se ponta diamantada #4141 (d); marcação das zonas de reflexão e absorção de luz com lápis nas cores azul e vermelho, respectivamente (e), a fim de realçar o desgaste vestibular em cada inclinação do dente; finalização do desgaste vestibular utilizando-se ponta diamantada #4138FF (f), com redução da face incisal (g); e acabamento do preparo com polidores de resina (h).

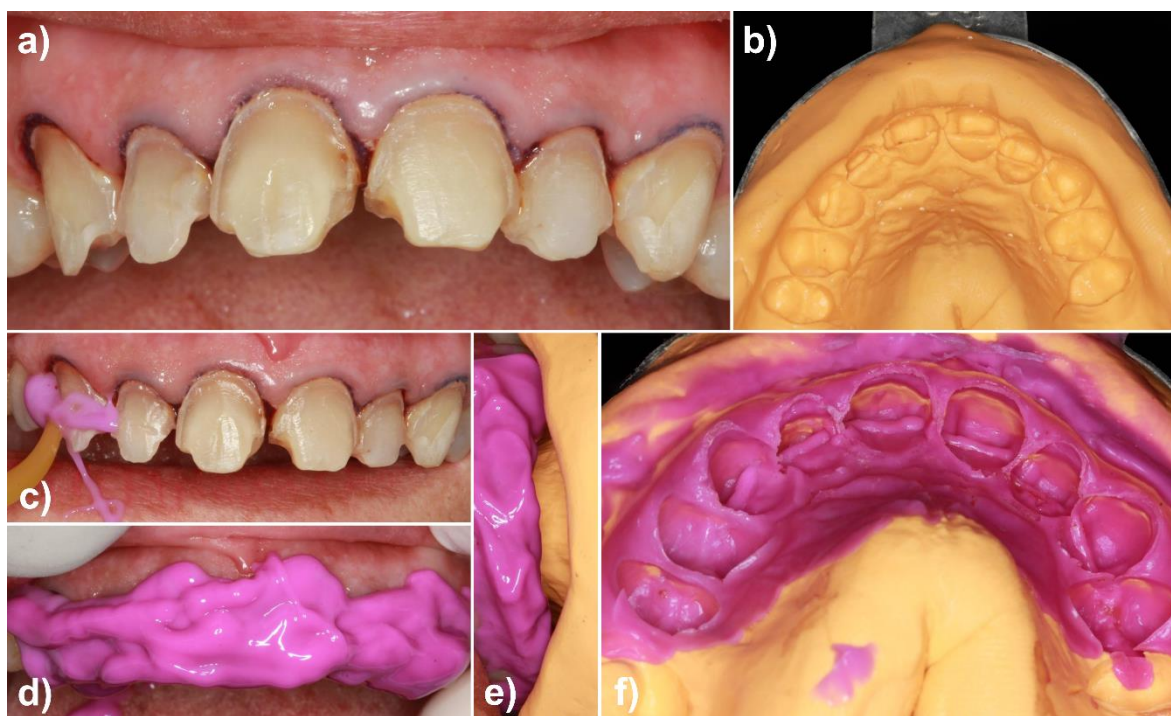
Os excessos de material provisório foram devidamente removidos utilizando-se sonda exploradora nº 5 e fio dental na face distal dos dentes 13 e 23. O acabamento das restaurações foi realizado com discos abrasivos Sof-Lex e brocas multilaminadas #9714FF (FG Dental, Niterói, RJ, Brasil), seguido de limpeza superficial pela aplicação de uma gaze embebida em álcool 70.



**Figura 5** – Protocolo utilizado para a confecção de provisórios nos dentes anteriores superiores da paciente. Enceramento diagnóstico realizado em modelo de estudo (a); moldagem do modelo encerado para confecção de guia de silicone de adição (b); imagens mostrando o preparo da guia de silicone para receber material restaurador provisório do tipo resina bisacrílica – vista vestibular e incisal (c); preenchimento da guia de silicone com resina bisacrílica e posicionamento intrabucal, sobre os dentes preparados para faceta (d); remoção da guia de silicone após presa inicial do material provisório (e); remoção de excessos com sonda exploradora nº 5 (f); acabamento das restaurações provisórias utilizando-se discos abrasivos Sof-Lex (g) e brocas multilaminadas (h-i); e aspecto final das restaurações provisórias (j).

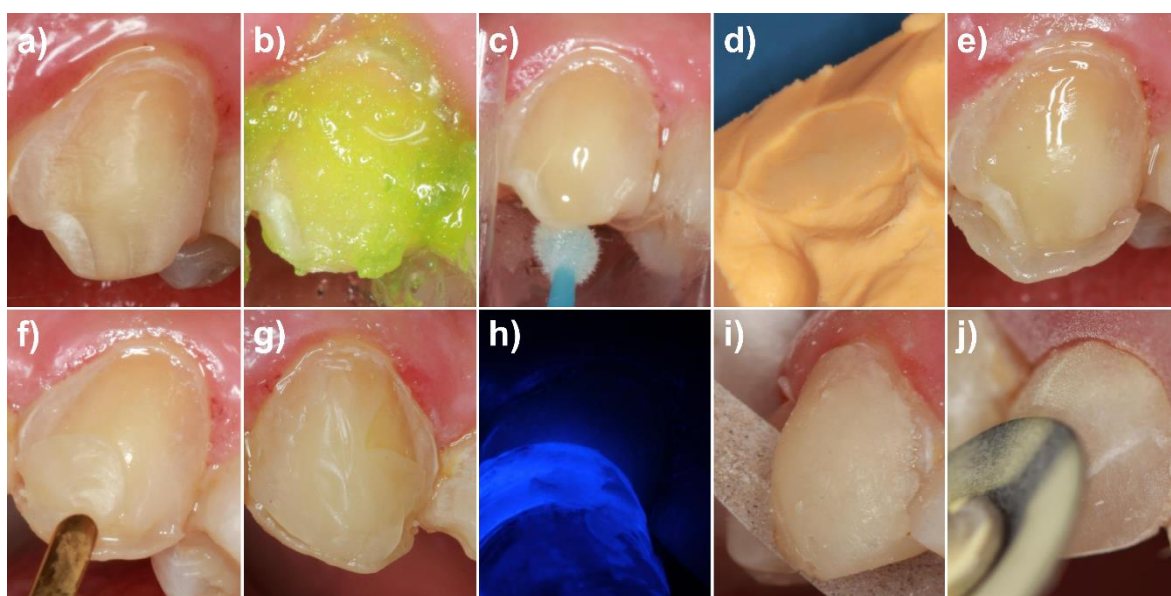
Em uma sessão seguinte, deu-se início à moldagem dos preparos para a confecção das facetas indiretas. O protocolo utilizado está apresentado na Figura 6. Primeiramente, realizou-se a retirada das restaurações provisórias de resina bisacrílica, seguido da profilaxia de todos os preparos dentários, a fim de se eliminar qualquer resquício de material provisório. O afastamento gengival foi realizado com fio retrator #000 (Ultrapak; Ultradent, Indaiatuba, SP, Brasil), sendo inserido apenas

por vestibular no sulco gengival. Então, a técnica de moldagem utilizada foi a da impressão dupla; para isso, o silicone de adição na consistência densa foi devidamente manipulado e aplicado em moldeira metálica perfurada. O conjunto silicone e moldeira foram levados em posição e pressionados contra a arcada superior da paciente. Após o tempo de presa do material, o molde foi removido; logo após, o silicone de adição na consistência extra-fluida foi manipulado utilizando-se seringa automática, e aplicado sobre a região dos dentes preparados; um pouco de material também foi aplicado no interior do molde obtido previamente. A moldeira foi novamente levada em posição, moldando-se a paciente pela segunda vez. Após polimerização do silicone, o molde foi removido e inspecionado visualmente para identificação de defeitos na cópia em negativo dos dentes preparados. Não havendo impropriedade nos detalhes, o molde foi encaminhado ao laboratório de prótese.



**Figura 6** – Protocolo utilizado na moldagem dos preparos para confecção de facetas indiretas. Remoção das restaurações provisórias de resina bisacrílica, profilaxia dos preparos e inserção de fio retrator #000 no sulco gengival (a); moldagem dos dentes preparados utilizando-se a técnica da impressão dupla – primeiro obteve-se o molde com silicone de adição consistência densa (b), seguido da aplicação de silicone de adição consistência extra-fluida sobre os preparos dentários e molde prévio (c-e); e aspecto final da moldagem dos preparos dentários (f).

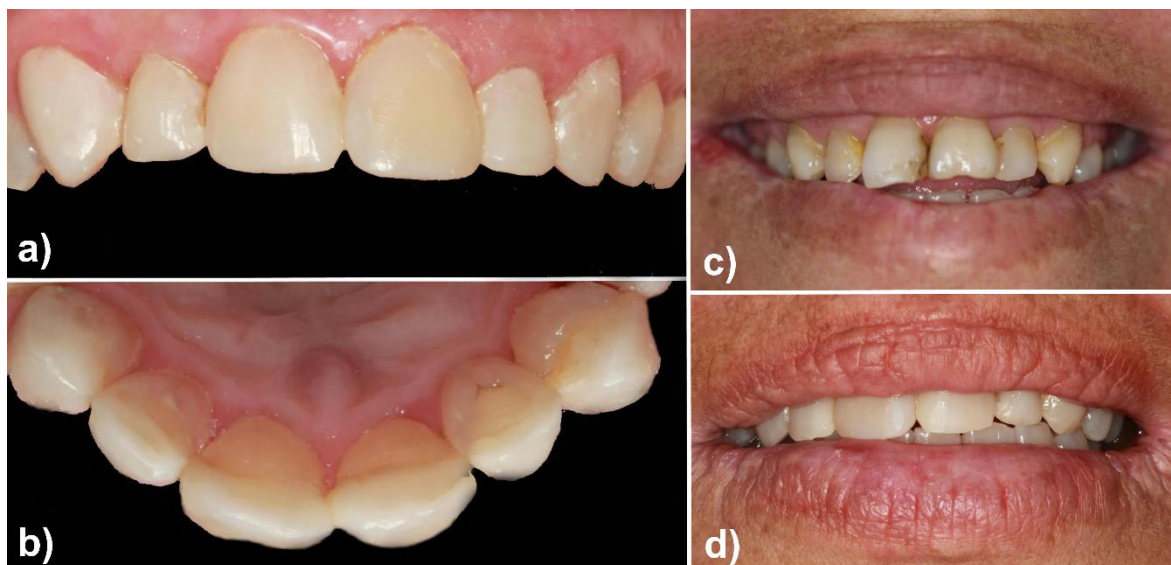
Apesar do plano de tratamento original da paciente ter previsto a confecção de facetas cerâmicas indiretas, este procedimento não foi finalizado. A paciente passou por alguns problemas pessoais exatamente neste momento do tratamento restaurador, precisando interromper o atendimento odontológico por um período de tempo. Além disso, a higiene da paciente piorou drasticamente, aparecendo a cada nova consulta clínica com acúmulo de biofilme generalizado. Não menos importante, durante as sessões clínicas, a paciente estava sempre cansada e sonolenta, o que comprometeu com o atendimento conforme planejamento original. Dessa forma, o plano de tratamento da paciente foi alterado para confecção de facetas diretas de resina composta nos dentes anteriores superiores previamente preparados. O passo-a-passo utilizado para confecção de todas as facetas diretas está representado na Figura 7.



**Figura 7** – Protocolo utilizado para confecção das facetas diretas de resina composta. Remoção da restauração provisória e profilaxia do dente (a); aplicação de sistema adesivos convencionais de 3 passos (b-c); aplicação de resina de esmalte na guia de silicone obtida via moldagem do modelo encerado (c-d), seguida do seu posicionamento na porção palatina do dente almejado; foto-ativação da resina que replicou a face palatina do dente (e); aplicação de resina de dentina sobre a porção vestibular do preparo e adaptação da mesma com espátulas e pincel (f-g); foto-ativação final da faceta (h); acabamento interproximal utilizando-se lixas abrasivas de poliéster e lâmina de bisturi nº 12 (i); e acabamento vestibular e palatino da faceta usando-se discos Sof-Lex (j).

O protocolo utilizado para a confecção das facetas diretas em resina composta iniciou pela remoção das restaurações provisórias, seguida de profilaxia com pasta profilática, visando-se a remoção de resquícios de material provisório e biofilme supragengival. Em sequência, os dentes adjacentes ao preparo selecionado foram protegidos com fita para isolamento (Isotape; TDV, Santa Luzia, MG, Brasil), para assim o sistema adesivo convencional de três passos ser aplicado com tranquilidade: gel de ácido fosfórico 37% (Angie; Angelus) foi aplicado por um total de 30 s em esmalte e por 15 s em dentina (Figura 7b); o ácido foi lavado abundantemente com água, e, então, o substrato foi seco com jatos de ar, a uma distância de aproximadamente 10 cm, por 5-10 s; a dentina foi mantida com aspecto úmido; logo após, primer e adesivo (Scotchbond) foram aplicados em sequência (Figura 7c), sendo o primer por 20 s, com agitação e volatilização de solvente, e o adesivo por 10 s, seguido de foto-ativação por 20 s. Então, as fitas de isolamento foram removidas, passando para a etapa de aplicação da resina composta. Uma nova guia de silicone foi preparada aplicando-se silicone de adição sobre o *mock-up* realizado no modelo de gesso obtido previamente. Esta guia foi recortada com estilete, mantendo-se apenas a cópia em negativo das faces palatinas dos dentes anteriores superiores da paciente. Uma porção de resina composta de esmalte (Filtek Z350, cor A2) foi aplicada na guia, exatamente na face palatina do dente em questão (Figura 7d); após, a guia foi posicionada em boca, por palatina, adaptando-se a resina preenchida na guia com o substrato dentário recém tratado com sistema adesivo (Figura 7e). A foto-ativação do conjunto 'preparo-resina-guia' foi realizada por 20 s, e, só após essa etapa, a guia foi totalmente removida do preparo. Em sequência, incrementos de resina composta de dentina (Filtek Z350, cor A2) foram aplicados com espátulas de resina composta, além de pincel umedecido com líquido modelador; resina composta na cor A3 foi utilizada na porção cervical da faceta, ao passo que resina na cor A2 foi predominantemente empregada nas porções de terço médio e incisal. Foto-ativação foi realizada por um total de 40 s ao longo de toda face vestibular da faceta (Figura 7h). Por fim, o acabamento interproximal das facetas foi realizado usando-se tiras de lixa de poliéster Sof-Lex (3M ESPE) e lâmina de bisturi nº 12; as faces vestibular e palatina, por sua vez, foram finalizadas com discos abrasivos Sof-Lex e pontas diamantadas #3118 F e FF, respectivamente. Pasta de polimento foi aplicada em toda a faceta.

O aspecto final do sorriso da paciente, após confecção de todas as facetas diretas de resina composta, pode ser visualizado na Figura 8. Já a Figura 9 mostra o quadro geral da paciente, após finalização de todas as restaurações.



**Figura 8** – Aspecto final do sorriso da paciente após confecção das facetas diretas de resina composta. Aspecto aproximado da vista frontal do sorriso (a); aspecto aproximado da vista palatina e incisal dos dentes restaurados (b); sorriso da paciente antes (c) e após (d) finalização das facetas.



**Figura 9** – Vista oclusal de todos os dentes da paciente, inferiores (a) e superiores (b), após tratamento restaurador vasto com resinas compostas.

### 3 DISCUSSÃO

Os dois motivos que levaram a paciente aqui tratada a procurar atendimento odontológico foram a presença de dor em um elemento dental (dente 35) e a readequação estética do seu sorriso. De fato, ambos motivos podem afetar negativamente a qualidade de vida de um indivíduo, seja para a simples realização de atividades rotineiras como conversar e higienização de dentes e gengiva, seja na vontade de se socializar com outros indivíduos (15). Conforme apresentado na Figura 1, a paciente possuía um sorriso desarmônico, em muito devido às discrepâncias estéticas propriamente ditas dos seus dentes anteriores superiores (ex., fraturas generalizadas, lesões com atividade de cárie, ligeiro mau posicionamento dental, contorno gengival inadequado, linhas incisais desproporcionais às linhas de referência labial e facial), mas também devido à má higiene bucal apresentada desde o primeiro dia de atendimento. De maneira geral, a indicação e planejamento de reabilitações orais deve se fundamentar não apenas nos elementos dentários em questão, mas também na devolução de uma condição periodontal adequada para o paciente, isto segundo um estudo recente que investigou a condição de saúde bucal de adultos brasileiros com idade entre 35 e 44 anos (16).

Sendo assim, a primeira intervenção realizada na paciente foi a sua readequação bucal. Para isso, procedimentos de raspagem e profilaxia foram realizados. Além disso, o dente com sintomatologia dolorosa (elemento 35) foi diagnosticado com infiltração e presença de cárie secundária subjacente a uma restauração insatisfatória de resina composta. Outros dois dentes da paciente também apresentaram-se com cárie secundária, necessitando substituição total das restaurações antigas, e respectiva remoção de cárie. Sabe-se que lesões de cárie secundária são uma das principais complicações relacionadas à restauração dental, limitando a durabilidade do tratamento restaurador e aumentando os custos ao paciente, devido à necessidade de tratamentos repetitivos (17). De um total de doze restaurações dentais previamente existentes na paciente aqui atendida (Figura 2), três delas apresentavam-se com lesões de cárie secundária, isto é, uma taxa de prevalência de 25%. Apesar de ser subjetivo explicar o porquê desta elevada prevalência de cárie secundária na paciente, pode-se inferir que a má condição de higiene bucal seja um dos motivos principais que levou ao



comprometimento da interface dente-restauração, potencializando o quadro de infiltração marginal destas restaurações, e, conseqüentemente, na formação de biofilme cariogênico (18). Nesta perspectiva, todas as restaurações de amálgama e/ou resina composta apresentadas pela paciente se encontravam em um estado de defeitos gerais, sendo principalmente por causa de fraturas marginais. Assim sendo, um plano de tratamento focando na substituição destas restaurações por novos materiais restauradores foi proposto (Tabela 1), e, totalmente executado.

Quando dentes com pouca a média perda de estrutura dental necessitam de restauração, a escolha pelo material restaurador mais apropriado se torna fácil: amálgama ou resina composta. Ambos materiais são geralmente utilizados com uma modalidade de técnica direta, onde a restauração é confeccionada diretamente na boca do indivíduo. O amálgama dental já foi mais utilizado em odontologia; agora, devido a questões biológicas (19, 20) e ambientais (21), este material vem sendo completamente substituído pela resina composta, um material que além de estético e prático de utilizar (2), oferece uma biomecânica mais semelhante a de um dente hígido (8). Todas as restaurações do presente caso clínico (dezoito no total) foram confeccionadas com resina composta, sendo apenas uma delas utilizando-se uma técnica indireta. Embora o planejamento fosse a utilização de técnica direta para a restauração dos dentes posteriores, uma das situações envolveu um remanescente dental com maior grau de destruição (dente 27), sendo neste caso, a técnica indireta mais aconselhável (22). Então, foi planejada a execução de uma restauração *onlay* em resina composta (Figura 3). Depois de pronta, a mesma foi cimentada ao dente usando-se cimento resinoso autoadesivo. Não parece existir muita diferença quanto ao tipo de estratégia adesiva utilizada no processo de cimentação de restaurações indiretas de resina composta; de fato, segundo Marcondes et al. (23), tanto cimentos resinosos autoadesivos como cimentos resinosos convencionais permitem adequada e semelhante taxa de sobrevivência de restaurações indiretas após um ano de acompanhamento clínico. No entanto, parece que a espessura do cimento resinoso pode influenciar negativamente a qualidade marginal da restauração, com espessuras maiores resultando em desadaptações marginais mais significativas (24). Além disso, segundo Sekhri et al. (25), o condicionamento do esmalte com ácido fosfórico aumenta o potencial adesivo de cimentos resinosos autoadesivos. Por isso, no presente caso clínico, a margem de esmalte foi tratada por 30 s com gel de ácido

fosfórico 37%, seguido de lavagem e secagem com jato de ar; somente após isso, o cimento autoadesivo RelyX™ U200 foi utilizado para cimentação da restauração *onlay* de resina composta.

Quanto à reabilitação dos dentes anteriores superiores da paciente, o planejamento inicialmente proposto foi a confecção de preparos para faceta indireta, as quais seriam confeccionadas em cerâmica a base de dissilicato de lítio. É fato que a qualidade estética e propriedades ópticas da cerâmica é geralmente maior do que a da resina composta (5), muito em razão da composição policristalina da primeira, a qual mimetiza as estruturas dentárias, principalmente o esmalte (14). Sendo assim, os dentes em questão foram preparados conforme planejado. No entanto, a confecção das facetas em cerâmica não foi realizada, por motivos que serão descritos a seguir. O tratamento restaurador desta paciente envolveu um longo período de tempo; na verdade, passaram-se várias sessões clínicas, alocadas em vários meses, até que o momento da reabilitação do sorriso da paciente atingisse o estado de maior atenção – lógico que as lesões de cárie ativa foram tratadas nas primeiras sessões clínicas, cujos dentes foram selados com cimento de ionômero de vidro modificado por resina. Além da questão de tempo decorrido, a paciente relatou estar enfrentando algumas dificuldades pessoais, as quais dificultavam a sua assiduidade no atendimento clínico-odontológico proposto e disponível. Ainda, em algumas das sessões clínicas paralelas a estes eventos supracitados, percebeu-se a piora na condição de higiene da paciente, não apenas nos dentes anteriores, mas em todos os posteriores também. Dessa forma, o planejamento restaurador da paciente foi melhor refletido, e, por isso, modificado.

Muitas vezes o cirurgião-dentista aposta demais em algum tratamento, criando expectativas e metas clínicas que nem sempre poderão ser atingidas. De acordo com Reddy et al. (11), o profissional da odontologia precisa compreender de uma maneira mais racional e menos passional as reais expectativas e necessidades do seu paciente. Só assim o objetivo inicial de um tratamento será igual ou pelo menos parecido ao resultado final. É preciso explicitar que neste caso clínico, tanto a situação inicial precária do sorriso da paciente (Figura 1a) como a sua motivação induziram ao planejamento mais despreocupado de confecção de facetas indiretas em cerâmica. Porém, alguns casos clínicos se tornam mais complexos de resolver depois que já foram planejados, ou depois que o tratamento se torna longo e exaustivo, aumentando o risco de falhas (10). Apesar deste

contratempo, um plano de tratamento alternativo foi então proposto, através da confecção de facetas diretas de resina composta.

Segundo Nahsan et al. (2), reabilitações estéticas com resinas compostas podem ser fáceis se alguns critérios forem seguidos. Por exemplo, seleção adequada da cor e da resina composta, as quais devem oferecer características ópticas condizentes com o esmalte e a dentina, nas respectivas espessuras de cada material que serão necessários utilizar; reprodução artística e artificial do esmalte palatino, da dentina interna (mais opaca) e externa (moderadamente opaca) e do esmalte vestibular. Cada camada do dente reage diferentemente à incidência de luz, sendo importante que as resinas utilizadas para devolver cada uma dessas camadas apresentem-se com as mesmas propriedades ópticas dos tecidos originais. No presente caso clínico, ao invés de se utilizar vários tipos e cores diferentes de resina composta, a estratificação das facetas se deu pela utilização de um ou no máximo dois tipos de material restaurador: uma resina mais condizente ao esmalte, para confecção tanto da face palatina dos dentes como da camada superficial na face vestibular; e outra resina mais semelhante à dentina, para devolução do corpo e estrutura interna da faceta. Esta técnica já foi utilizada previamente (7), sendo bastante apropriada para aqueles casos de reabilitação em dentes mais envelhecidos, como os deste caso clínico. Na verdade, a paciente aqui atendida não apresentava detalhes anatômicos e estéticos típicos de indivíduos mais jovens, como a presença de halo opaco na incisal, mamelos dentinários, ou áreas de elevada translucidez (14).

Reabilitações estéticas em odontologia devem seguir alguns critérios básicos, a fim de se ter um melhoramento efetivo da harmonia do sorriso. Torna-se importante considerar a completa análise da face (exames frontal e de perfil), das relações dentolabiais, da fonética, da gengiva, e, não menos importante, dos dentes propriamente ditos do paciente (3). Analisando-se o caso de reabilitação dos dentes anteriores superiores da paciente aqui atendida, percebe-se que de início (Figura 8c), a mesma apresentava desvio da linha oclusal para a esquerda, linha incisal invertida se comparado à linha de curvatura do lábio inferior, tamanho dos dentes desproporcional ao seu porte físico, giro-versão dos dentes caninos, além de sobreposição dos incisivos centrais sobre os laterais. Quanto à linha do sorriso, a paciente apresentava um sorriso médio, sem exposição exagerada de tecido gengival. Após a confecção das facetas diretas com resina composta (Figura 8d),

pode-se perceber que algumas características puderam ser melhoradas, como o formato dos dentes e espaço ocupado pelos mesmos, oferecendo um maior preenchimento no sorriso da paciente; além disso, a coloração dos dentes se tornou mais padronizada, sem a presença de lesões de cárie e fraturas generalizadas nas faces incisais. Por outro lado, o desvio da linha oclusal não foi revertido, assim como o paralelismo entre a linha incisal das restaurações com a linha do lábio inferior. A reabilitação de dentes anteriores é um procedimento que precisa ser bem planejado, avaliando-se cada mínimo detalhe das características anatômicas e funcionais do indivíduo. Dificilmente será um procedimento simples, devendo envolver o máximo de esforço do profissional e do paciente (10, 11).

Por fim, é importante atentar ao fato de que manutenção será necessária no acompanhamento desta paciente. De fato, as atividades educativas e de instrução de higiene devem ser mantidas, bem como reavaliação periódica das restaurações realizadas. A complexidade de um caso aumenta quando o paciente não colabora no cuidado do tratamento sob realização, sendo isto levado em consideração na longevidade das restaurações aqui confeccionadas. Talvez, associar o tratamento restaurador com tratamento psicológico seja muitas vezes necessário, embora nem sempre seja uma atitude fácil para o cirurgião-dentista executar. Porém, fica claro que o trabalho multiprofissional pode ser essencial para possibilitar o maior sucesso de tratamentos que o cirurgião-dentista por vezes deverá realizar.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações do presente caso clínico, é possível concluir que:

(i) A reabilitação estética de dentes anteriores envolve a execução de procedimentos nem sempre fáceis de se planejar e realizar, sendo importante o conhecimento aplicado e flexibilidade por parte do profissional, a fim de se conseguir satisfação de ambas as partes envolvidas, ou seja, do dentista e do paciente;

(ii) Resinas compostas são materiais adequados para a restauração de dentes posteriores e anteriores, apresentando característica ópticas que se assemelham ao padrão natural dos dentes;

(iii) Quando da presença de uma cavidade mais amplamente destruída, a técnica indireta de confecção da restauração parece ser uma adequada opção de tratamento restaurador;

(iv) O acompanhamento clínico de pacientes reabilitados com materiais restauradores diretos deve ser constante, visando a adequação e/ou correção de detalhes que foram surgindo no decorrer da vida clínica das restaurações;

(v) A técnica de confecção de facetas diretas de resina composta demonstra potencial aplicação para a reabilitação de dentes anteriores superiores com fraturas generalizadas.

## REFERÊNCIAS

1. Aranha ACC, Mitsui FHO, Marchi GM. Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão - Relato de caso clínico. *J Bras Dent Estet.* 2003;2(5):72-8.
2. Nahsan FP, Mondelli RF, Franco EB, Naufel FS, Ueda JK, Schmitt VL, et al. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(2):151-6.
3. Fradeani M. Reabilitação estética em prótese fixa: análise estética, uma abordagem sistemática para o tratamento protético. São Paulo: Quintessence; 2006.
4. Dietschi D. Optimising aesthetics and facilitating clinical application of free-hand bonding using the 'natural layering concept'. *Br Dent J.* 2008;204(4):181-5.
5. Soares PV, Zeola LF, Souza PG, Pereira FA, Milito GA, Machado AC. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. *Rev Odontol Bras Central.* 2012;21(58):538-43.
6. Gresnigt M, Ozcan M, Kalk W. Esthetic rehabilitation of worn anterior teeth with thin porcelain laminate veneers. *Eur J Esthet Dent.* 2011;6(3):298-313.
7. Manauta J, Salat A, Putignano A, Devoto W, Paolone G, Hardan LS. Stratification in anterior teeth using one dentine shade and a predefined thickness of enamel: a new concept in composite layering--Part I. *Tropical Dent J.* 2014;37(146):5-16.
8. Ilie N, Hilton TJ, Heintze SD, Hickel R, Watts DC, Silikas N, et al. Academy of Dental Materials guidance-Resin composites: Part I-Mechanical properties. *Dent Mater.* 2017;33(8):880-94.
9. Martins PWD, Souza e Silva MG, Torre EN, Baldissera RA, Silveira LFM, Cruz LERN, et al. Reabilitação estética em dentes anteriores com lesões de cárie proximais: relato de caso. *Odontol Clin Cient.* 2011;10(3):293-5.
10. Hermanides L. Minimizing Risk While Adapting to Treatment Complications: A Case Report. *Compend Continuing Educ Dent.* 2016;37(4):258-66.

11. Reddy SV, Madineni PK, Sudheer A, Gujjarlapudi MC, Sreedevi B, Reddy PS. Comparative analysis of rationale used by dentists and patient for final esthetic outcome of dental treatment. *J Contemp Dent Pract.* 2013;14(3):532-5.
12. Warreth A, Ramadan M, Bajilan MR, Ibieyou N, El-Swiah J, Elemam RF. Fundamentals of occlusion and restorative dentistry. Part I: basic principles. *J Irish Dent Assoc.* 2015;61(4):201-8.
13. Kruzic JJ, Arsecularatne JA, Tanaka CB, Hoffman MJ, Cesar PF. Recent advances in understanding the fatigue and wear behavior of dental composites and ceramics. *J Mech Behav Biomed Mater.* 2018;88:504-33.
14. Lee YK. Translucency of human teeth and dental restorative materials and its clinical relevance. *J Biomed Optics.* 2015;20(4):045002.
15. Cavaleiro CH, Abegg C, Fontanive VN, Davoglio RS. Dental pain, use of dental services and oral health-related quality of life in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2016;30(1).
16. Chalub LL, Ferreira RC, Vargas AM. Functional, esthetical, and periodontal determination of the dentition in 35- to 44-year-old Brazilian adults. *Clin Oral Investig.* 2016;20(7):1567-75.
17. Brouwer F, Askar H, Paris S, Schwendicke F. Detecting Secondary Caries Lesions: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2016;95(2):143-51.
18. Bowen WH. Dental caries - not just holes in teeth! A perspective. *Mol Oral Microbiol.* 2016;31(3):228-33.
19. Baek HJ, Kim EK, Lee SG, Jeong SH, Sakong J, Merchant AT, et al. Dental amalgam exposure can elevate urinary mercury concentrations in children. *Int Dent J.* 2016;66(3):136-43.
20. Hsu YC, Chang CW, Lee HL, Chuang CC, Chiu HC, Li WY, et al. Association between history of dental amalgam fillings and risk of Parkinson's disease: A population-based retrospective cohort study in Taiwan. *PLoS One.* 2016;11(12):e0166552.
21. Mortazavi SMJ, Mortazavi G. Ex vivo mercury release from dental amalgam. *Radiology.* 2018;289(1):273-4.

22. Ritter AV, Fahl N, Jr., Vargas M, Maia RR. The Direct-Indirect Technique for Composite Restorations Revisited. *Compend Continuing Educ Dent.* 2017;38(6):e9-e12.
23. Marcondes M, Souza N, Manfroi FB, Burnett LH, Jr., Spohr AM. Clinical Evaluation of Indirect Composite Resin Restorations Cemented with Different Resin Cements. *J Adhes Dent.* 2016;18(1):59-67.
24. Turk AG, Sabuncu M, Unal S, Onal B, Ulusoy M. Comparison of the marginal adaptation of direct and indirect composite inlay restorations with optical coherence tomography. *J Appl Oral Sci.* 2016;24(4):383-90.
25. Sekhri S, Mittal S, Garg S. Tensile bond strength of self adhesive resin cement after various surface treatment of enamel. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR.* 2016 Jan;10(1):ZC01-4.



## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sandra Lúcia Batista da Silva RG 8513723,

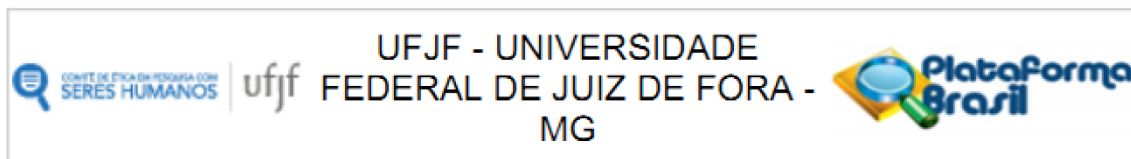
Afirmo que fui suficientemente esclarecido (a) sobre a minha situação de saúde bucal. Permito, de forma livre e esclarecida a utilização de dados clínicos e imagens obtidas para fins didático-científicos, desde que minha identidade seja preservada.

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, 03 de Abril de 2017

Sandra Lúcia Batista  
Assinatura do Paciente ou Responsável

## APÊNDICE 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 JAEARNEVAY 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_PROJETO_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