



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**O FATOR MOTIVACIONAL E A INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E
ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES
ANTERIORES: RELATO DE CASO.**

BENEDITO DO CARMO NUNES PINTO

BELÉM
2019

BENEDITO DO CARMO NUNES PINTO

**O FATOR MOTIVACIONAL E A INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E
ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES
ANTERIORES: RELATO DE CASO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Pires Rothbarth

Co-orientador: Prof. Dr. Mário Honorato da Silva e Souza Júnior

BELÉM

2019

BENEDITO DO CARMO NUNES PINTO

**O FATOR MOTIVACIONAL E A INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E
ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES
ANTERIORES: RELATO DE CASO.**

Data de Defesa: 16/07/2019

Conceito: _____

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Cláudia Pires Rothbarth
Faculdade de Odontologia/UFPA - Orientadora

Prof^o. Dr^o. Pedro Luiz de Carvalho
Faculdade de Odontologia/UFPA - Examinador

Prof^a. Dr^a. Eliane Bemerguy Alves
Faculdade de Odontologia/UFPA - Examinadora

Prof^a. Dr^a. Cecy Martins Silva
Faculdade de Odontologia/UFPA - Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico essa obra aos meus pais Raimundo do Carmo Pinto(In Memoriam) e Maria de Almeida Nunes, que nunca mediram esforços para eu ter uma educação digna e de qualidade, pelo amor, proteção, por me ajudarem a superar cada obstáculo em todos os quesitos da vida e por serem minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por proporcionar a mim as oportunidades valiosas na vida, por me dar forças todos os dias para eu lutar e correr atrás das realizações dos meus sonhos e objetivos.

Agradeço aos meus pais, Raimundo Pinto (In Memoriam) e Maria Nunes pela grande dedicação em minha vida e principalmente por serem minhas referências e base de vida.

Ao meu filho amado Pedro Henrique, por ser uma das fontes inspiradoras que me faz lutar cada dia mais por dias cada vez melhores.

Aos meus irmãos, Maria Celis, Socorro Moraes, Valdeci Pinto, Raimundo Nunes, Marcos Pinto, Jacirene Pinto, Jacy Pinto, Paulo Pinto, Irene Paixão e Darcy Pinto pela ajuda de forma direta ou indireta na realização desse sonho.

Aos meus primos(as) queridos(as) Francisco Santiago, Clarimar Santiago, Ruan Moraes, Dionison Santiago, Silvana Santiago, Sima Santiago por todos os incentivos e apoio que me deram na vida.

À minha namorada Priscila Macêdo que não mediu esforços para me ajudar em todos os momentos que precisei, por ter lutado junto comigo na busca da realização desse sonho. Obrigado pelo companheirismo, cumplicidade, por estar presente em todos os momentos, sei que posso contar com você nos dias bons e principalmente nos dias ruins, sou muito abençoado e feliz por tê-la em minha vida.

À minha sogra Gabriela Macêdo, por cuidar de mim como um filho, obrigado pelos conselhos, carinho, puxões de orelha e por poder me ajudar nos momentos que preciso.

Aos meus avós de coração (Poncion Bastos e Conceição Bastos), por todo carinho, respeito, cuidados, compreensão e orações. Obrigado por serem maravilhosos comigo. Vocês terão minha admiração e respeito eternamente.

À minha dupla Carol Santos por ter compartilhado comigo uma vida clínica cheia de batalhas diárias. Obrigado por ter estado ao meu lado não só apenas na vida acadêmica, mas também em todos os momentos que precisei, foi tudo recíproco, levarei a amizade que construímos para o resto da vida.

À minha grande amiga Jamile Dantas, que assim como eu, lutou contra os obstáculos da vida acadêmica e superou cada um deles na busca por nosso sonho em comum. Obrigado pelo apoio de sempre, conselhos, carinho, compreensão e por tornar esse fardo mais leve.

À minha orientadora, Prof.^a. Cláudia Pires Rothbarth, que se disponibilizou com dedicação e auxiliou com muito êxito em cada etapa desse trabalho. Obrigado por fazer com

que eu conhecesse a Endodontia de uma maneira gratificante, mais humanizada, mais acessível e objetiva.

Ao meu co-orientador Prof. Mário Honorato, por ser um exemplo de profissional e ter sido tão prestativo colaborando no planejamento e execução dos procedimentos clínicos, obrigado por contribuir de forma muito satisfatória para a minha formação acadêmica.

Às professoras Patrícia Rodrigues e Eliane Alves, por aceitarem fazer parte da minha banca examinadora, pela competência profissional e pela segurança que transmitem aos seus alunos.

Agradeço a sociedade brasileira, que através de seus impostos me proporcionaram estudar numa instituição pública federal de ensino superior, aos mestres e doutores que fazem parte do corpo docente da Faculdade de Odontologia da UFPA dos quais tive oportunidade de adquirir conhecimento teórico e prático acerca da área Odontológica.

Aos meus amigos, colegas e a todos aqueles que de alguma forma torceram pela minha conquista e realização desse sonho. Por fim, agradeço aos meus pacientes, pois sem eles eu não teria êxito na execução e aperfeiçoamento dos procedimentos clínicos que aprendi no decorrer da vida acadêmica.

Sumário

RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO.....	10
RELATO DE CASO	11
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXO 1 – FIGURAS	25
ANEXO 2 – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA	32
ANEXO 3 - PARECER PLATAFORMA BRASIL.....	40
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	41

RESUMO

Tratamentos odontológicos isolados, nem sempre alcançam o sucesso esperado, tendo em vista a falta de motivação do paciente no engajamento ao tratamento, fator que pode ser fundamental para o melhor resultado possível de ser alcançado. Um paciente com alterações estéticas significativas pode não ter a participação necessária nas fases iniciais do tratamento. Assim, colocar o paciente numa condição razoável do ponto de vista estético, por exemplo, o motivaria a colaborar e participar mais positivamente em todas as etapas do tratamento. Da mesma forma que a estética exerce essa influência, outros fatores como questões ligadas a hálito, sensação mais prazerosa ao se alimentar entre outras tornam o paciente muito mais colaborativo por perceber as vantagens dos cuidados gerais com a saúde bucal. O presente trabalho relata um caso clínico que ilustra bem esses aspectos acima mencionados. Paciente apresentou queixa de dor em incisivo central, o qual encontrava-se em avançado estágio de comprometimento endodôntico. Antes porém de iniciar os procedimentos endodônticos propriamente ditos, uma melhora significativa na aparência estética e nas condições bucais de maneira geral foram observadas, o que motivou sobremaneira o paciente, tornando o tratamento mais fácil e com maior probabilidade de sucesso.

Palavras-chave: Reabilitação bucal, Motivação, Comunicação multidisciplinar, Higiene oral.

ABSTRACT

Isolated dental treatments do not always achieve the expected success, given the lack of motivation of the patient in the treatment engagement, a factor that may be fundamental for the best possible outcome to be achieved. A patient with significant aesthetic changes may not have the necessary participation in the early stages of treatment. Thus, placing the patient in a reasonable aesthetic condition, for example, would motivate him to collaborate and participate more positively in all stages of treatment. In the same way that aesthetics exerts this influence, other factors such as issues related to breath, more pleasant sensation when feeding among others make the patient much more collaborative because he perceives the advantages of general care with oral health. The present paper reports a clinical case that illustrates well these aspects mentioned above. Patient complained of pain in the central incisor, which was in an advanced stage of endodontic compromise. Before starting the endodontic procedures themselves, a significant improvement in aesthetic appearance and in general oral conditions were observed, which motivated the patient greatly, making the treatment easier and more likely to be successful.

Keywords: Mouth Rehabilitation, Motivation, Interdisciplinary Communication, Oral hygiene.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o paciente odontológico vem buscando cada vez mais na estética um importante balizador na melhoria das relações sociais e humanas, impondo alterações no seu bem-estar, autoestima e autoimagem. O conceito de autoestima reflete a saúde mental e caracteriza a maneira como o indivíduo elege suas metas, projeta suas expectativas, aceita a si mesmo e valoriza o outro^{1,2}. Com base nisso, a reabilitação estética e funcional dos dentes anteriores torna-se um dos principais procedimentos clínicos da Odontologia capaz de aumentar a autoestima e o bem-estar psicológico do paciente por meio de mudanças na imagem, nos aspectos perceptivo, cognitivo, emocional e comportamental³.

A associação de procedimentos odontológicos, muitas vezes, é necessária para o restabelecimento da saúde bucal, e motivar o paciente a ser mais participativo durante e após todo o tratamento, para a manutenção e preservação. A reabilitação estética do sorriso, bem como a melhoria das condições bucais previamente a outros procedimentos, como os endodônticos, por exemplo, é muitas vezes fundamental para o sucesso do tratamento. Assim, a multidisciplinaridade deve nortear sempre os planejamentos para reestabelecer a saúde bucal da melhor maneira possível, inclusive pensando na melhoria dos aspectos estéticos, muito valorizados pelos pacientes, conforme mostra estudo da literatura⁴.

Alterações dentárias que comprometam a harmonia bucal do paciente podem trazer sérias consequências sobre sua imagem social. Dependendo do significado emocional que essas alterações têm para o indivíduo, podem mudar suas relações interpessoais, causando profundas mudanças em seus padrões de auto aceitação e

autoimagem, com reflexos profundos sobre sua autoestima⁵. Os pacientes que consideram seu sorriso esteticamente desagradável apresentam problemas de comportamento e interação social que afetam a qualidade de vida⁶.

A promoção de saúde por meios preventivos está direcionada à educação e motivação, incentivando o paciente a criar hábitos de higiene oral e manter sua saúde em dia⁷. É importante o profissional criar uma relação de cumplicidade com o paciente, procurar meios que facilitem a explicação como recursos visuais para chamar atenção, trabalhar com espelho, usar técnicas de reforço e uma linguagem acessível ao paciente a fim de facilitar seu atendimento⁸.

Este relato de caso descreverá as etapas de uma reabilitação estética e funcional de um paciente com dentes anteriores superiores com grande perda de estrutura coronal, presença de lesão endodôntica e baixa autoestima causando-lhe prejuízos e desconforto emocional em suas relações sociais e profissionais cotidianas.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 35 anos, procurou atendimento odontológico na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, queixando-se de insatisfação com o sorriso e baixa autoestima devido as condições estéticas desfavoráveis dos dentes anteriores superiores. Durante a anamnese foram coletadas informações referentes ao paciente, verificou-se que o mesmo não era tabagista, não possuía nenhum comprometimento sistêmico, porém fazia uso de bebida alcoólica regularmente, apresentando péssimos hábitos de higiene oral.

No exame clínico foi identificado que o elemento 11 apresentava lesão de cárie extensa, com perda de mais de 50% da coroa e selamento provisório com cimento de

ionômero de vidro (CIV) (**Figura 2**). Na região de mucosa vestibular e fundo de vestibulo, havia aumento de volume e presença de uma fístula (**Figura 5**); o teste de percussão vertical revelou sintomatologia dolorosa. Foram observadas lesões cariosas nas superfícies vestibular e mesial do dente 21 (**Figura 2**); dentes 12, 13, 22 e 23 com lesões de cárie nas superfícies distais e mesiais. O teste de sensibilidade pulpar para os dentes 21, 22, 23, 12 e 13 foi positivo e o elemento 11 respondeu negativamente ao teste, sugerindo a presença de necrose pulpar. Além dos dentes anteriores superiores citados acima, o paciente apresentava raízes residuais dos elementos 27 e 28; dentes 26, 35 e 48 com cárie oclusal, dentes 14 e 24 com lesão cariiosa nas faces oclusal, mesial e distal e grande perda coronária, o teste de sensibilidade pulpar foi negativo bem como a resposta aos testes de percussão horizontal/vertical e palpação apical. Não foi observado presença de mobilidade nos dentes avaliados e a sondagem demonstrou ausência de bolsas periodontais superiores a 3mm. Para o planejamento do tratamento reabilitador foram solicitadas radiografias panorâmica e periapicais da boca completa.

Na segunda consulta, após a análise dos exames complementares, foi realizado o registro fotográfico e o paciente recebeu orientações sobre higiene oral, controle da placa bacteriana além de informações sobre as possibilidades terapêuticas para o seu caso.

O exame radiográfico revelou área radiolúcida unilocular na região periapical dos dentes 11, 14 e 24 com perda da lâmina dura, sugerindo a presença de abscesso periapical e a necessidade de terapia endodôntica, imagem radiotransparente periapical patológica compatível com abscesso periapical no elemento 27.

As necessidades clínicas do paciente envolviam as áreas de dentística restauradora, endodontia e educação em higiene oral, necessitando, portanto, de um planejamento multidisciplinar. Dessa forma, inicialmente, foi realizada uma atividade de

escovação supervisionada, com orientações sobre higiene oral, importância da manutenção dos dentes, uso de fio dental e período para substituição da escova. O paciente também foi conscientizado a respeito dos malefícios da falta de higiene bucal adequada e os riscos que a mesma representa para a saúde geral. A atividade foi finalizada com demonstração de técnicas de escovação, utilização do fio dental no manequim e complementada com a visualização de vídeos de cunho educativo na plataforma online do Youtube sobre técnicas corretas de escovação, uso do fio dental, tipos de escovas e seus benefícios para a saúde bucal.

Na terceira consulta iniciou-se a adequação do meio bucal, através da raspagem supragengival, alisamento e polimento (RAP) dos dentes superiores e inferiores; profilaxia com pasta de pedra pomes e água, finalizando o procedimento com limpeza e selamento provisório das cavidades de cárie, utilizando o CIV (S.S. White Artigos Dentários Ltda., Brasil) convencional. Tais procedimentos foram essenciais, para estimular o paciente a adquirir novos hábitos de higiene oral e, assim ter uma melhora significativa no controle da placa bacteriana e higiene bucal.

Após 03 dias, na quarta consulta, prosseguiu-se com a adequação do meio bucal, realizando as exodontias das raízes residuais dos elementos 27 e 28. O paciente foi orientado sobre as próximas etapas do tratamento e também acerca da importância da manutenção de uma boa higienização bucal em casa, visto que, já apresentava melhoras significativas em relação ao período de início do tratamento.

Na etapa clínica seguinte (quinta consulta), procedimentos restauradores foram realizados nos elementos 11 e 21 (**Figura 5**) objetivando a melhora imediata da estética da região anterior superior e com isso favorecer a adesão do paciente ao tratamento bem como a melhora da sua autoestima. O procedimento restaurador iniciou com o isolamento

relativo da região, sendo primeiramente realizado remoção do tecido cariado do elemento 11, com auxílio de uma ponta diamantada cilíndrica nº 1012 (KG Sorensen Indústria e Comércio Ltda., Barueri, São Paulo, Brasil) acionada em alta rotação, sob refrigeração; limpeza da cavidade; após isso, foi realizado o condicionamento ácido da superfície esmalte por 30 segundos e dentina por 15 segundos com ácido fosfórico gel a 37% (Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), lavagem abundante e em seguida foi aplicado o sistema adesivo Single Bond 2 (3M ESPE, St. Paul, EUA) seguido da fotopolimerização usando o aparelho da marca Rádi Plus (SDI, São Paulo, Brasil) com intensidade de 1,500 mW/cm², respeitando as recomendações do fabricante, o próximo passo consistiu na reconstrução coronária provisória utilizando matriz de acetato para a inserção da resina composta nanoparticulada Filtek Z350 XT cor A3 (3M ESPE, St. Paul, EUA). A reconstrução coronária provisória do dente 11 objetivou permitir a posterior colocação do grampo para isolamento absoluto durante o tratamento endodôntico. (**Figura 6**)

Ainda na quinta consulta, foi realizada a remoção do tecido cariado nas faces vestibular e mesial do elemento 21; restauração definitiva usando resina composta nanoparticulada Filtek Z350 XT cor A3 (3M ESPE, St. Paul, EUA) (**Figura 5**) utilizando o mesmo protocolo clínico restaurador do elemento 11. Vale lembrar, que o tempo de ativação de cada incremento foi de 40 segundos. A consulta foi finalizada com orientações sobre saúde bucal e com a entrega de um kit de higiene bucal contendo: escovas dentais de cerdas macias, fio dental, escova interdental e creme dental.

Na sexta consulta, realizou-se a restauração definitiva dos elementos 12,13,22 e 23 (**Figura 8**) utilizando a mesma sequência clínica da consulta anterior. Após 02 dias, foi realizado o acabamento e polimento das restaurações (**Figura 7**) com brocas multilaminadas, pontas diamantadas, disco de lixa de granulação média e fina (Diamond

Strip, TDV Dental Ltda., Pomerode, SC, Brasil) e de feltro com pasta de polimento (FGM, Joinville, BRA).

A etapa restauradora desses elementos tinha como objetivo o restabelecimento funcional e continuação do processo de estimulação do paciente acerca da manutenção de sua saúde oral, bem como proporcionar um isolamento absoluto eficaz desses elementos durante o tratamento endodôntico a ser realizado.

Após conclusão dos procedimentos citados anteriormente, com o paciente demonstrando entusiasmo e capacidade de manter sua higiene oral em níveis satisfatórios, possibilitou-se o avanço do tratamento. Na sétima consulta, foi realizada anestesia local infiltrativa em fundo de sulco na região do dente 11, administrando mepivacaína a 2% 1.100.000 + epinefrina (DFL, Rio de Janeiro, Brasil), em seguida, com o auxílio da lâmina de bisturi número 12c, fez-se uma incisão no local da fístula e com uma pinça hemostática foi realizada a divulsão dos tecidos subcutâneos, a área foi lavada com solução fisiológica estéril e o paciente recebeu prescrição de Amoxicilina 500 mg, Nimesulida 100mg e Dipirona Sódica 500mg.

O paciente retornou após 02 dias para a oitava consulta, foi realizada anestesia infiltrativa local na vestibular e palatina, isolamento absoluto do dente 11, desinfecção do campo operatório e do dente com hipoclorito de sódio a 2,5% ASFER (Indústria Química Ltda, São Caetano do Sul/ SP, Brasil), o acesso à câmara pulpar foi realizado com broca esférica 1012 de HL (KG Sorensen, Cotia, Brasil) em alta rotação, sob refrigeração e broca Endo Z (Maillefer, Ballaigues, Switzerland). O canal radicular foi localizado com a sonda exploradora, explorado inicialmente com lima manual do tipo K-File #15 (Maillefer, Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EUA). O comprimento real do dente(CRD) e comprimento real de trabalho(CRT) foram obtidos por meio de odontometria eletrônica

usando o localizador foraminal Endus (Gnatus, São Caetano-SP, Brasil), sendo CRD 25mm e CRT 24mm. Após a odontometria, foi realizada a instrumentação do canal radicular pela técnica escalonada utilizando limas manuais do tipo K-File (**Figura 6**) 1ª série, 25mm (Maillefer, Dentsply) para preparo do terço apical. O diâmetro apical final foi realizado com uma lima K#40 e patência com lima K#15. Após o preparo do terço apical foi realizado o recuo de 1mm a cada troca de lima, para preparo dos terços médio e cervical de forma escalonada até a lima K#60. Após utilização de cada lima no escalonamento, era feita a recapitulação com a lima memória em CRT e patência apical em CRD, para evitar a perda do comprimento de trabalho e manter o forame apical livre de debris. Cada troca de lima na instrumentação foi acompanhada de irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% ASFER (Indústria Química Ltda, São Caetano do Sul/SP, Brasil) e aspiração com CapillaryTip (Ultradent, Products Inc, South Jordan, UT) Após a instrumentação o canal foi irrigado com 5 mL de EDTA T 17% (Odahcam - Dentsply, Brasil), por 3 minutos, secado com cones de papel e preenchido com pasta de hidróxido de cálcio Ultra-Cal XS (Ultradent, Products Inc, South Jordan, UT) e selado provisoriamente com Coltosol (Coltene, Rio de Janeiro, Brasil).

Na 9ª consulta, após anestesia e isolamento absoluto, foi removido o selamento provisório e a medicação intracanal utilizando as mesmas soluções irrigadoras empregadas durante o preparo. O canal foi seco com cones de papel absorvente, em seguida, foi realizada a obturação pela técnica de condensação lateral (**Figura 10**), nessa técnica, iniciou-se com a prova do cone principal de guta-percha (Ultradent Products Inc, South Jordan, UT) (**Figura 9**) calibrado com diâmetro correspondente ao da lima memória K#40, foi introduzido no canal de maneira que ficasse travado no CRT, após confirmação visual, tátil e radiográfica, o cone principal coberto por cimento endodôntico

Sealer 26 (Dentsply/Maillefer, Rio de Janeiro, Brasil) foi inserido no conduto pincelando as paredes, um espaçador bidigital A de 25mm (Dentsply/Maillefer, Rio de Janeiro, Brasil) foi selecionado e utilizado com movimento firme e oscilatório em direção apical procurando pressionar o cone principal lateralmente, o espaçador era retirado do canal com movimento anti-horário e um cone acessório também coberto por cimento endodôntico era imediatamente introduzido no espaço deixado pelo instrumento, essa manobra foi repetida até que o espaçador não penetrasse mais no canal até o limite do terço cervical, após confirmação radiográfica da qualidade da obturação, foi realizado o corte do excesso dos cones com calcador de Paiva nº 2 (SSWhite, Rio de Janeiro, Brasil) aquecido sobre a chama de lamparina, o nível de corte foi de 3mm abaixo do limite da junção amelo-cementária, em seguida, com o calcador frio foi realizado a condensação vertical, após isso, foi feita a limpeza do excesso de cimento endodôntico com algodão embebido em álcool, finalizando essa etapa com o selamento provisório com coltosol e radiografia final da obturação.

No dia seguinte, na 10ª consulta foi realizada a cimentação do pino intrarradicular, nessa etapa, após anestesia e isolamento absoluto, iniciou-se a desobturação do conduto radicular com brocas de Gates-Glidden (Dentsply - Maillefer, Ballaigues, Suíça) números 2 e 3 e preparo final do conduto com a broca número 4 do kit White Post DC (FGM Produtos Odontológicos Ltda., Brasil), ao chegar no comprimento pré-estabelecido de 5mm de material obturador remanescente, foi realizado um raio-x para confirmação da qualidade da desobturação e após isso, a prova e adaptação do pino de fibra de vidro (PFV) White Post DC (FGM Produtos Odontológicos Ltda., Brasil) no conduto radicular, confirmado através do raio-x o correto posicionamento do PFV. Foi realizado condicionamento ácido por 15 segundos no canal e no PFV, após isso, lavado com água

abundante e seco com pontas de papel absorvente, em seguida com auxílio do microbrush, aplicado sistema adesivo Prime & Bond (Dentsply, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) no canal radicular e fotopolimerizado por 40 segundos, na sequência, aplicado silano (Prosil, Brasil, SC, Joinvile) no PFV (**Figura 11**) e depois sistema adesivo Prime & Bond (Dentsply, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), em seguida, o cimento resinoso dual (Allcem - FGM, Joinville, SC, Brasil) foi inserido no canal radicular com auxílio de uma broca lentulo em baixa rotação, evitando a incorporação de bolhas de ar. Após aguardar a presa química e física sob pressão digital no PFV, realizou-se a fotopolimerização de todas as faces por 40 segundos cada, após isso, o PFV foi cortado com uma broca cilíndrica e foi realizado a restauração definitiva do elemento 11 (**Figura 14**) com resina composta nanoparticulada Filtek Z350 XT cor A3 (3M ESPE, St. Paul, EUA) usando a mesma técnica para restauração provisória do elemento 11. Para a finalização dessa etapa, foi realizada uma radiografia final avaliando a qualidade da cimentação. (**Figura 12**)

As três consultas seguintes consistiram na execução do tratamento endodôntico dos elementos 14 e 24 seguindo da cimentação de PFV, restaurações definitivas, acabamento e polimento, orientações sobre higiene oral, recapitulação das orientações de outras consultas e fotografias finais para documentação do caso. Os procedimentos endodônticos e restauradores citados, foram executados conforme protocolo descrito para o elemento 11.

DISCUSSÃO

O processo educativo em saúde bucal, agindo como um transformador de hábitos, pode promover mudanças na vida dos indivíduos e na realidade de uma sociedade⁹. Segundo Couto et al.¹⁰ para se promover e manter uma saúde bucal satisfatória, os

pacientes podem ser submetidos a um programa rigoroso de higiene bucal e controle de placa antes e durante o tratamento reabilitador. Apesar dos vários recursos disponíveis para a realização da orientação e motivação dos pacientes - tais como meios audiovisuais, filmes, material impresso, entre outros, o principal deles é a orientação direta. No caso clínico em questão, o paciente foi orientado antes, durante e depois do tratamento reabilitador através da utilização de recursos audiovisuais, demonstrações no manequim e orientação da forma direta durante escovação supervisionada, tudo isso resultou em melhoras significativas nos hábitos de higiene oral do paciente que havia relatado, durante a anamnese, que não usava fio dental, escovava os dentes apenas uma vez por dia e não utilizava enxaguante bucal mas após orientações adequadas, no decorrer do tratamento, passou a escovar os dentes mais de três vezes ao dia, usar fio dental e usar enxaguante bucal.

A Odontologia está constantemente se atualizando com métodos e materiais que possibilitam o profissional realizar tratamentos mais adequados com um resultado que supre as expectativas do paciente, pois a harmonia do sorriso é um fator determinante para o ser humano que está geralmente buscando uma melhoria na estética dental¹¹. Os métodos e materiais utilizados para a resolução do caso clínico em questão, foram os que já estão consolidados na prática odontológica e que possuem um elevado índice de sucesso clínico e aceitação no meio profissional e científico.

Por muitos anos, a mais previsível e durável restauração estética de dentes anteriores era alcançada apenas com coroas totais¹². Contudo, esse tratamento requer a remoção de grande quantidade de estrutura dental sadia e representa um alto custo para o paciente. Atualmente com o aprimoramento dos materiais e técnicas restauradoras é possível reabilitar um paciente com grandes perdas de estrutura dentária somente com

técnicas restauradoras diretas, indo de encontro ao estudo da literatura¹³, que dizia que as técnicas diretas não alcançavam um resultado estético satisfatório em dentes com grande perda de estrutura. Para a execução do presente caso clínico, optou-se por utilizar técnicas restauradoras diretas com resina composta, estas técnicas, quando bem executadas, alcançam bons resultados estéticos, não precisam de etapas laboratoriais, representando um menor tempo clínico e baixo custo quando comparadas às técnicas indiretas.

Além disso, Mendonça et al.¹⁴ (2017) afirmam que os procedimentos restauradores usando resina composta podem ser considerados um tipo de tratamento restaurador minimamente invasivo, pois, é possível preservar a estrutura dental ao máximo. Entretanto, de acordo com Machado et al.¹⁵ (2016) o uso da técnica direta com resina composta é limitado em situações de perdas estruturais muito extensas, pois não há remanescente dentário suficiente para oferecer a retenção adequada. Berwanger et al.¹⁶ (2016) ainda acrescentam que a técnica indireta utilizando cerâmica permite uma melhor estabilidade de cor e conseqüentemente maior durabilidade dos aspectos estéticos. No entanto, exigem um desgaste dentário mais extenso, além de ter um custo mais elevado para o paciente¹⁷.

O elemento 11 apresentava grande perda de estrutura coronária, dessa forma um retentor intrarradicular foi recomendado. O pino de fibra de vidro foi a primeira escolha por possibilitar maior preservação das estruturas remanescentes, apresentar módulo de elasticidade semelhante ao da dentina, apresentar baixo custo e menor tempo clínico de trabalho, além de possuir excelentes propriedades biomecânicas e estéticas¹⁸.

Em relação ao tratamento endodôntico, Gutman¹⁹ (2014) relatou que apesar de algumas inconsistências, diversos estudos de acompanhamento demonstram que o tratamento endodôntico tem uma taxa de sucesso de cerca de 80%, sendo avaliada pela

presença ou não de radiolucidez apical. Contudo, estudos transversais demonstram que se cada caso for avaliado mais detalhadamente, a taxa de insucesso pode variar de 20 a 40%. Nesse relato de caso foram realizados tratamentos endodônticos convencionais, pois segundo Araújo et al.²⁰ o tratamento endodôntico convencional é menos invasivo, apresenta menor risco ao paciente e menores danos operatórios.

Para a resolução do caso, a integração da dentística restauradora com a endodontia foi essencial. Foram necessárias, além de restaurações diretas com resina composta, utilizar-se também de procedimentos endodônticos nos elementos 11, 14 e 24 em múltiplas sessões, seguidos da cimentação de retentores intrarradiculares e restaurações definitivas, complementados com o fator motivacional do paciente para seu engajamento e adesão ao tratamento odontológico.

CONCLUSÃO

O planejamento odontológico multidisciplinar foi de fundamental importância para a reabilitação oral do paciente; além de promover saúde, proporcionou uma aparência estética mais favorável do sorriso, elevando a sua autoestima e contribuindo para sua integração no convívio social e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade ER, Souza ER, Minayo MCS. Intervenção visando auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Col.* 2009;14 (1): 275-285.

2. Floriani FM, Marcante MDS, Braggio LA. Autoestima e auto-imagem a relação com a estética [Dissertação] [Internet]. Balneário Camboriú: Universidade Vale do Itajaí; 2010. [acesso em: 2019 jun 08]. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Flavia%20Monique%20Floriani,%20M%C3%A1rgara%20Dayana%20da%20Silva%20Marcante.pdf>.
3. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
4. Censi R, Vavassori V, Borgonovo EA, Re De. Esthetic Rehabilitation of a Severely Compromised Anterior Area: Combined Periodontal and Restorative Approach. Case Rep Dent. 2014; (1):1-6.
5. Tin-Oo MM, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. BMC Oral Health. 2011; (1): 6-11.
6. Santa-Rosa TT, Ferreira RC, Drummond AM, DE Magalhães CS, Vargas AM, Ferreira E Ferreira E. Impact of aesthetic restorative treatment on anterior teeth with fluorosis among residents of an endemic area in Brazil: intervention study. BMC Oral Health. 2014; 13: 14-52.
7. Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira EF, Paula MVQ. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. Cienc Saúde Coletiva 2014; 19(12): 4777-4786.
8. Alves MU, Volschan BCG, Haas NAT. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Universidades Privadas. Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada. João Pessoa. 2004; 4: 47-51.

9. Costa ICC, Fuscella MAP. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Rev Ação Coletiva*. 1999; 3: 7-45.
10. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. A motivação do paciente: avaliação dos recursos didáticos de motivação para prevenção da cárie e doença periodontal. *Rev Gaúcha Odontol*. 1992; 40: 59-143.
11. Menezes MS, Carvalho ELA, Silva FP, Reis GR, Borges MG. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Central*. 2015; 68: 37-43.
12. Sholapurkar AA, Joseph RM, Varghese JM, Neelagiri K, Acharya SRR, Hedge V, et al. Clinical diagnosis and oral rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta: a case report. *J Contemp Dent Pract*. 2008; 4: 1-11.
13. Figueiredo FE, Martins-Filho PR, Faria-E-Silva AL. Do metal post-retained restorations result in more root fractures than fiber post-retained restorations? 2015; 1: 1-8.
14. Mendonça LM, Modena KS, Lima MS, Veronezi MC. Tratamento restaurador multidisciplinar para o restabelecimento da harmonia do sorriso. *Salusvita*.n.2, 2017; 36: 489-499.
15. Machado AC, Reinke ACMA, Guilherme FM, Zeola LF, Costa MM, Reis BR, Soares PV. Reabilitação estética e funcional com facetas diretas após histórico, de traumatismo dento-alveolar. *Rev Odontol Bras Central*. 2016; 74: 154-161.
16. Berwanger C, Rodrigues RB, Ev LD, Yamith A, Denadai GDA, Erhardt MCG, et al. Fechamento de diastema com resina composta direta-relato de caso clínico. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016; 3: 317-322.

17. Prado M, Pereira GS, Barreto SC, Silva MC, Amaral D, Campos PB. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo.n.2. 2015; 20: 227-231.
18. Franco E, Lins A, Pompéia AL, Rubo JH, Pereira JR. Fracture resistance of endodontically treated teeth restored with glass fiber posts of different lengths. J. Prosthet. Dent., São Paulo, 2014; 111: 30-34.
19. Gutman JL, Endodontic Surgery: Past, Present and Future. Endodontics Topic. 2014; 30: 29-43.
20. Araújo EAF. de et al. Obturação do canal radicular simultânea ao ato cirúrgico: caso clínico. JBC: J Bras Clin Odontol Int. 2004; 8: 319-323.

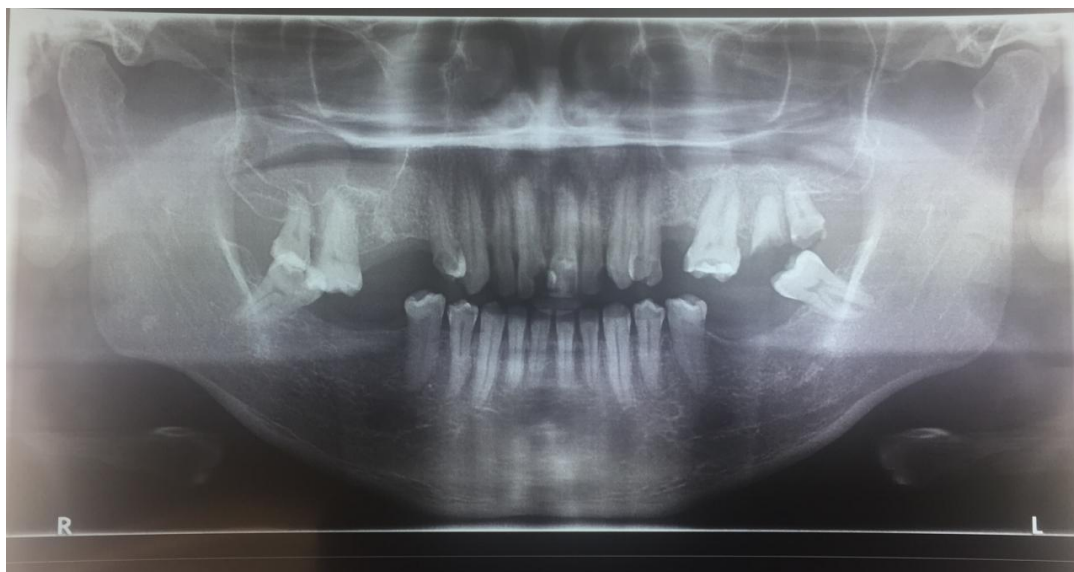
ANEXO 1 – FIGURAS

Figura 1. Radiografia panorâmica inicial.



Figura 2. Foto inicial do paciente.

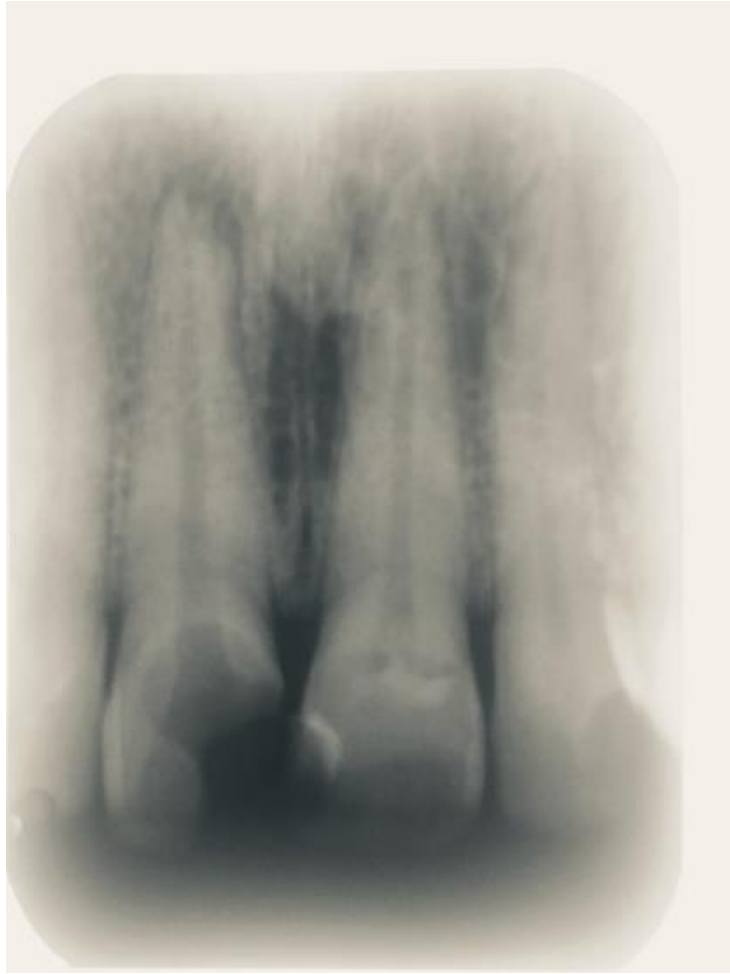


Figura 3. Radiografia periapical inicial dos elementos 11 e 21.



Figura 4. Foto intra oral.



Figura 5. Aspecto inicial do dente 11 e fístula vestibular.



Figura 6. Dente 11 restaurado provisoriamente para fixação do grampo e melhor estética - Início do tratamento endodôntico.



Figura 7. Aspecto gengival 5 dias após drenagem da fístula.



Figura 8. Isolamento absoluto para realização das restaurações

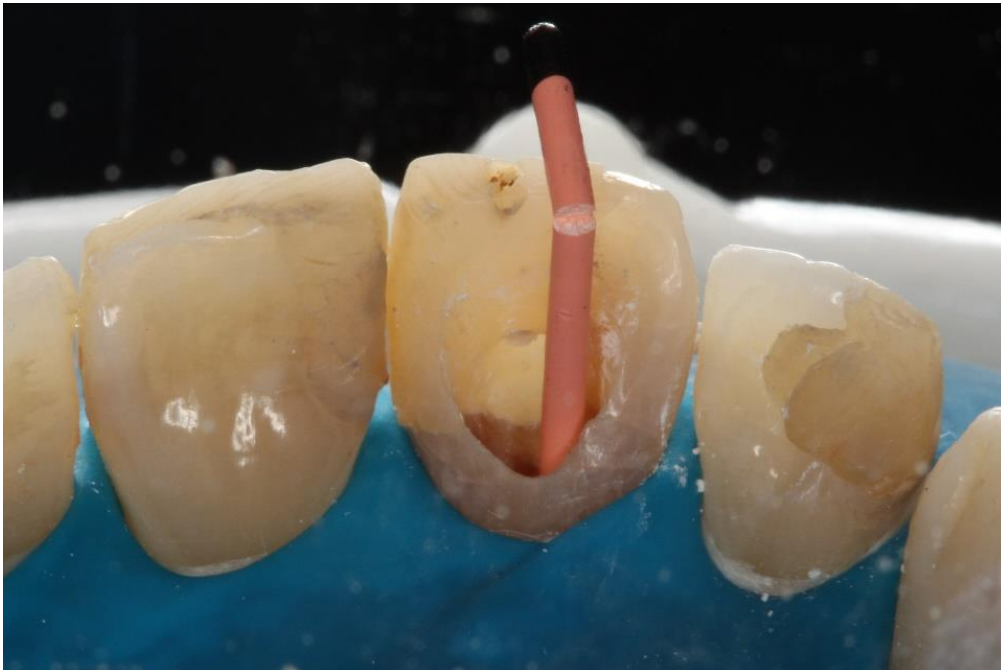


Figura 9. Seleção do cone principal.



Figura 10. Obturação pela técnica de condensação lateral.

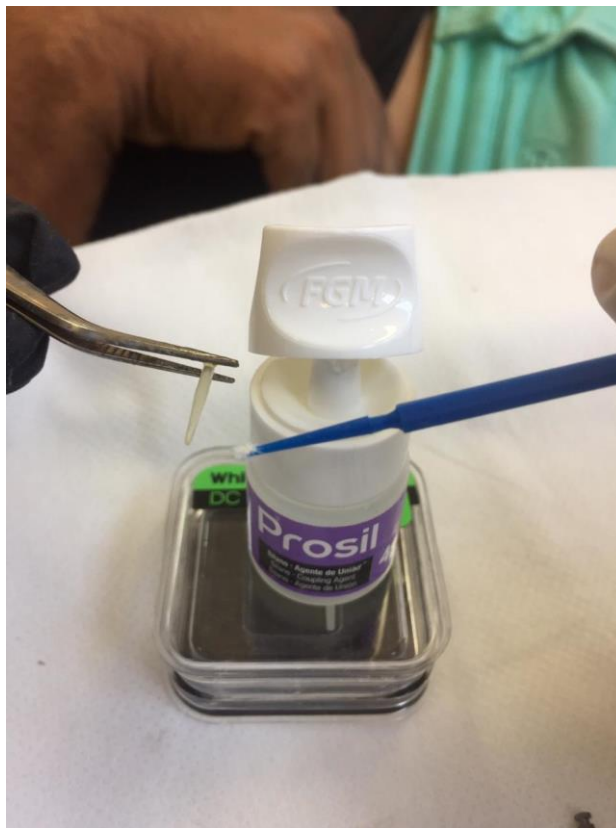


Figura 11. Pino de fibra de vidro (White Post DC – FGM) e agente de união (Silano Prosil)



Figura 12. Radiografia final após cimentação de PFV.



Figura 13. Radiografia final após tratamento endodôntico do elemento 14.



Figura 14. Aspecto final sem acabamento e polimento.



Figura 16. Aspecto final.

ANEXO 2 – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA

REVISTA PARAENSE DE ODONTOLOGIA

A Revista Paraense de Odontologia RPO é uma publicação da Associação Brasileira de Odontologia – Seção Pará e é dirigida à classe odontológica e a profissionais de áreas afins. Destina-se à publicação de artigos de investigação científica, relatos de casos clínicos e de técnicas, e revisões da literatura, com periodicidade semestral.

NORMAS GERAIS

- 1) Os manuscritos enviados para publicação deverão ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea a outros periódicos. Caso não sejam seguidas as normas da revista, o manuscrito será devolvido para as devidas adaptações. A RPO reserva-se todos os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de versão e tradução, permitindo-se a sua posterior reprodução como transcrição, com a devida citação da fonte.
- 2) A RPO reserva-se o direito de submeter todos os manuscritos à avaliação do Conselho Editorial, que decidirá pela aceitação ou não deles. No caso de aceitação, esta poderá estar sujeita às modificações solicitadas pelo Corpo Editorial.
- 3) Manuscritos não aceitos para publicação serão devolvidos com a devida notificação e, quando solicitada, com a justificativa. Os manuscritos aceitos não serão devolvidos.
- 4) Os prazos fixados para a eventual modificação do manuscrito serão informados e deverão ser respeitados. Sua não observação acarretará no cancelamento da publicação do manuscrito.
- 5) Os conceitos emitidos nos artigos publicados bem como a exatidão das citações bibliográficas serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo necessariamente a opinião do Corpo Editorial.
- 6) Os manuscritos deverão estar organizados sem numeração progressiva dos títulos e subtítulos, que devem se diferenciar pelo tamanho da fonte utilizada.
- 7) As datas de recebimento e de aceitação do manuscrito constarão no final deste, no momento da sua publicação.
- 8) A RPO receberá para publicação manuscritos redigidos apenas em português.
- 9) No processo de avaliação dos manuscritos, os nomes dos autores permanecerão em sigilo para os avaliadores, e os nomes destes permanecerão em sigilo para aqueles. Os

manuscritos serão avaliados por pares (duas pessoas) entre os consultores do Corpo Editorial.

10) Recomenda-se aos autores que mantenham em seus arquivos cópia integral dos originais, para o caso de extravio deles.

11) Manuscritos que envolvam pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, ou com o constante na Declaração de Helsinki (1975 e revisada em 1983), devendo ter o consentimento por escrito do paciente e a aprovação da Comissão de Ética da Unidade (Instituição) em que o trabalho foi realizado. Quando for material ilustrativo, o paciente não deverá ser identificado, inclusive não devendo aparecer nomes ou iniciais. Para experimentos com animais, deverão ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre uso e cuidados dos animais de laboratório.

12) Manuscritos deverão estar acompanhados das Declarações de Responsabilidade e de Transferência de Direitos Autorais, assinadas pelos autores. 13) A RPO compromete-se a enviar ao endereço eletrônico do autor, o arquivo com a formatação e design da revista, em PDF.

CLASSIFICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos podem ser submetidos em três formatos: a) Artigos de investigação científica: título em português e inglês (máximo de 12 palavras), nomes, titulação e filiação institucional dos autores, endereço completo do autor principal (apenas na folha de rosto), resumo (máximo de 10 linhas), palavras-chave, significância clínica (máximo de 10 linhas), introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, abstract (máximo de 10 linhas), palavras-chave, referências, desenho esquemático do experimento, tabelas, gráficos, agradecimentos e legenda das figuras (caso houver); b)

Relato de casos clínicos e de técnicas: título em português e inglês (máximo de 12 palavras), nomes, titulação e filiação institucional dos autores, endereço completo do autor principal (apenas na folha de rosto), resumo (máximo de 10 linhas), palavras-chave, introdução, revisão da literatura, relato do caso, discussão, conclusões ou considerações finais, abstract (máximo de 10 linhas), palavras-chave, referências, agradecimentos e legenda das figuras; c) Revisão da literatura: título em português e inglês (máximo de 12 palavras), nomes, titulação e filiação institucional dos autores, endereço completo do autor principal (apenas na folha de rosto), resumo (máximo de 10 linhas), palavras-chave, significância clínica (máximo de 10 linhas), introdução, revisão da literatura, discussão, conclusão, abstract (máximo de 10 linhas), palavras-chave, referências, agradecimentos e legenda das figuras (caso houver).

REFERÊNCIAS

As referências (estilo de Vancouver) deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, excluindo-se, conseqüentemente, o nome do autor no texto. Todos os autores citados no texto, nas tabelas e nas figuras deverão constar nas referências conforme a numeração progressiva deles no texto.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos com um a seis autores

Kumazawa K, Sawada T, Yanagisawa T, Shintani S. Effect of single dose amoxicillin on rat incisor odontogenesis: a morphological study. *Clin Oral Investig*. 2012; 16(3): 835-42

Artigos com mais de seis autores

Kühnisch J, Mach D, Thiering E, Brockow I, Hoffmann U, Neumann C, et al. Respiratory diseases are associated with molar-incisor hypomineralizations. *Swiss Dent J*. 2014; 124(3): 286-293. Livro Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Patologia Oral*

e Maxilofacial. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Capítulo de livro Coachman C, Van Dooren E, Gürel G, Landsberg CJ, Calamita MA, Bichacho N. Smile design: From digital treatment planning to clinical reality. In: Cohen M (ed). Interdisciplinary Treatment Planning. Vol 2: Comprehensive Case Studies. Chicago: Quintessence, 2012:119–174.

Sem indicação de autoria

Council on Drugs. List no. 52. New names. JAMA. 1966 Jul 18;197(3):210-1. Instituição como autor BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção a Saúde – Departamento de Atenção Básica. Pesquisa nacional de saúde bucal 2015. Brasília-DF, 2015.

Editor como autor

Murray JJ, editor. O uso correto de fluoretos na saúde pública. São Paulo: Santos;1992.

Trabalho em congresso Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora.

Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 Set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn-Seção SC; 1989. p. 92-5.

Dissertação e tese 68 Tavares R. Avaliação da resistência de fundações de amalgama, através da tração de coroas totais metálicas [dissertação]. Florianópolis SC):Programa de Pós-Graduação em Odontologia/UFSC; 1988.

Documentos legais Brasil. Portaria no 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 jun 2000. Seção 1.

Material não publicado Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. In press 2002.

Artigo padrão Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration? *Caries Res.* 2004 May-Jun;38(3):305-13.

Artigo com número e suplemento Fitzpatrick KC. Regulatory issues related to functional foods and natural health products in Canada: possible implications for manufacturers of conjugated linoleic acid. *Am J Clin Nutr.* 2004 Jun;79(6 Suppl):1217S-1220S.

Artigo sem número e com volume Ostengo Mdel C, Elena Nader-Macias M. Hydroxylapatite beads as an experimental model to study the adhesion of lactic Acid bacteria from the oral cavity to hard tissues. *Methods Mol Biol.* 2004;268:447-52.

Artigo sem número e sem volume Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg.* 1993:325-33.

Artigo indicado conforme o caso Collins JG, Kirtland BC. Experimental periodontics retards hamster fetal growth [abstract]. *J Dent Res.* 1995;74:158. Artigo de jornal Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post.* 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col.4). Material eletrônico Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/wawatch.htm>. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001[cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CDROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

A referência comercial dos equipamentos, instrumentos e materiais citados deve ser composta respectivamente por modelo, marca e país fabricante, separados por vírgula e entre parênteses. Nas citações diretas e indiretas deverá ser utilizado o sistema numérico. Quando apresentados por número seqüencial, colocar hífen; quando aleatório, colocar vírgula. As citações indiretas (texto baseado na obra de um autor) deverão ser apresentadas no texto sem aspas e com o número correspondente da referência (autor) sobrescrito. Exemplo: Nossos resultados de¹² resistência de união ao esmalte estão de acordo com a literatura.¹² As citações diretas (transcrição textual) deverão ser apresentadas no texto entre aspas indicando-se o número correspondente da referência e a página da citação, conforme exemplo: “Os resultados deste trabalho mostraram que os cimentos [...]”.^{12:127} Os títulos das revistas serão abreviados conforme consulta no Index to Dental Literature ou nos sites: <http://ibict.br> e/ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>. Colocar no máximo 4 descritores (palavras-chave identificando o conteúdo do manuscrito). Consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) elaborada pela Bireme e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br>, ou Index to Dental Literature, e/ou Medical Subject Headings(MeSH) do Index Medicus no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>.

Notas de rodapé serão indicadas por asteriscos, mas devem ser evitadas ao máximo. Evitar citar uma comunicação verbal; porém, se necessário, mencionar o nome da pessoa e data de comunicação entre parênteses no texto. As ilustrações (fotografia e desenhos, com exceção das tabelas, gráficos e quadros) deverão ser designadas como figuras. Todas as figuras deverão ser fornecidas em slides originais, ou digitais com boa resolução (300dpi e tamanho mínimo de 3000 x 2000 pixels). Todas as figuras, tabelas, gráficos e quadros

deverão estar com suas legendas e ser citados no texto e nas referências (quando extraídos de outra fonte).

A Comissão Editorial reserva-se o direito de, em comum acordo com os autores, reduzir quando necessário o número de ilustrações. A montagem das tabelas deverá seguir as Normas Técnicas de Apresentação Tabular (IBGE, 1979). Não utilizar nas tabelas traços internos verticais e horizontais. As tabelas e os gráficos deverão ser fornecidos junto com o disquete ou CD do artigo, no formato digital gerado por programas como Word, Excel, Corel e compatíveis. As fotografias deverão ser fornecidas em slides originais ou digitais com boa resolução (300dpi e tamanho mínimo de 3000 x 2000 pixels). É necessário também submeter 3 cópias coloridas (6 fotografias por folha) impressas em papel couché. No caso da submissão de slides, estes deverão vir em folhas de arquivo de slides, numerados, com as iniciais do primeiro autor e com o seu posicionamento (lado direito, esquerdo, superior e inferior) na moldura do slide.

APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os artigos submetidos à RPO deverão ser redigidos de acordo com a gramática oficial e digitados na fonte Times New Roman tamanho 12, em folhas de papel tamanho A4, com espaço duplo e margem de 3 cm em todos os lados, tinta preta e páginas numeradas no canto superior direito. O limite máximo para o tamanho do artigo será de 20 folhas. Deve-se encaminhar para contato@leiaodonto.com.br cópia do documento utilizando-se o editor Word (qualquer versão) ou editores compatíveis. Todos os artigos e documentos deverão ser.

CHECKLIST • Declarações de Responsabilidade e de Transferência de Direitos

Autorais assinada por todos os autores.

ANEXO 3 - PARECER PLATAFORMA BRASIL

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO

Pesquisador: Cláudia Pires Rothbarth

Versão: 1

CAAE: 15848819.9.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/UFPA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 074815/2019

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO que tem como pesquisador responsável Cláudia Pires Rothbarth, foi recebido para análise ética no CEP UFPA - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará em 18/06/2019 às 14:45.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:**Relato de Caso Clínico**

Título do Relato de Caso Clínico: O FATOR MOTIVACIONAL E A INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO

Orientador: Prof^o. Dr^a. Cláudia Pires Rothbarth

Co-orientador: Prof^o. Dr. Mário Honorato da Silva e Souza Júnior

Instuição de Ensino: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará

Pesquisador: Benedito do Carmo Nunes Pinto

Prezado Senhor,

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “O FATOR MOTIVACIONAL E A INTER-RELAÇÃO DA DENTÍSTICA E ENDODONTIA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DE DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO”. Nosso objetivo é realizar a reabilitação estética e funcional dos seus dentes anteriores por meio de procedimentos odontológicos e educação em higiene oral visando estimular seus hábitos de higiene bucal e sua conscientização para a importância da manutenção dos dentes.

Seu tratamento será realizado na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, três vezes por semana durante os meses de junho e julho de 2019, os procedimentos que serão realizados nesse período são: restaurações provisórias, restaurações definitivas em resina composta, tratamento de canal e limpeza. Antes e após todos os procedimentos clínicos concluídos, serão feitos registros fotográficos para fins de documentação de seu caso clínico.

Com isso, gostaríamos de pedir autorização ao senhor para realizar um relato de seus procedimentos clínicos, onde todas as etapas de seu tratamento serão descritas, as quais serão redigidas na forma de um documento por escrito. Além disso, pedimos sua autorização para transcrever seu caso clínico na forma de um artigo acadêmico, o qual obedecerá às normas de uma revista científica da área, para que posteriormente possamos submeter à publicação e utilização para defesa de Trabalho de Conclusão de Curso.

Para descrição do relato do seu caso clínico, pedimos autorização do senhor para utilizar seus dados clínicos, os quais estarão em seu prontuário preenchido na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, sua documentação radiográfica, assim como as fotografias de sua boca. Para isso deixamos claro que tais documentos, fotografias e radiografias serão requisitados conforme indicação proposta ao longo de seu tratamento.

Em relação às despesas, sua participação no relato de caso não implicará em custos adicionais e não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste relato, assim como também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. No caso de serviços terceirizados de prótese dentária, as despesas serão por conta do participante do relato, se por ventura o caso não exigir esta etapa, o senhor não terá outras despesas com o tratamento, já que todos os materiais utilizados serão disponibilizados gratuitamente pelos pesquisadores do projeto, deixando claro ao senhor que, apenas despesas relacionadas ao seu transporte e alimentação serão de seu encargo.

Garantimos também que, o senhor será clara e objetivamente orientado em relação aos cuidados que deverão ser tomados ao longo de seu tratamento, assim como, se necessário, o senhor receberá prescrições de medicações para alívio da dor ou sensações de desconforto, pois durante os procedimentos restauradores e tratamento de canal que serão realizados, pode haver desconforto nas regiões onde serão executados os procedimentos, pois serão utilizados grampos para isolamento que podem pressionar a região da gengiva e dos dentes envolvidos, serão utilizados também técnicas anestésicas que podem causar sensações de desconforto durante execução das mesmas.

O seu tratamento odontológico pode, ainda, apresentar os seguintes riscos:

- ✓ Fratura do dente: devido ao enfraquecimento do dente por ação de cáries, trauma, poderá ocorrer a fratura do dente durante o isolamento absoluto ou até mesmo durante a alimentação;
- ✓ Perfuração ou trepanação do canal: pode ocorrer no momento do acesso à câmara pulpar (entrada do canal) e durante a instrumentação do canal. Na ocorrência dessas situações, o cirurgião-dentista realizará procedimentos de correção, quando possível, uma vez que essas intercorrências podem gerar a perda do elemento dentário;
- ✓ Fratura de instrumentos: caso ocorra a fratura de instrumento (lima e broca) será analisada a viabilidade da retirada do fragmento no ato da consulta ou em momento futuro;
- ✓ Extravasamento de soluções irrigadoras em regiões da boca, caso isso ocorra, serão realizadas manobras para lavagem e aspiração das regiões;
- ✓ Extravasamento de material obturador: deslocamento de cimento e ou cone de guta percha além do forame apical, caso ocorra, serão tomadas medidas para remoção do material;
- ✓ Processo inflamatório e dor (Pericementite): pode ser ocasionado pela limpeza e desinfecção do canal radicular, entrada de alimentos, caso ocorra, serão prescritos medicamentos para controle da dor;
- ✓ Escurecimento do dente: pode ocorrer após o tratamento endodôntico e por decorrência da perda de vitalidade, bem como da ação de medicamentos no interior do canal, na ocorrência dessa condição, o paciente pode ser submetido a técnicas de clareamento para atenuar o problema;

- ✓ Desgaste excessivo da estrutura dental sadia: Pode ocorrer durante o preparo cavitário ou remoção de tecido cariado, todos os cuidados e técnicas serão adotados para evitar tal risco;
- ✓ Acesso accidental à câmara pulpar: Pode ocorrer durante preparo para a restauração, na ocorrência de tal situação serão tomadas medidas para a proteção do remanescente dentário;
- ✓ Intensidade da luz do fotopolimerizador pode causar danos aos olhos, para evitar tal risco o paciente fará os procedimentos com uso de óculos;
- ✓ Alergia: O látex do lençol de borracha pode causar processo alérgico e também os anestésicos e materiais odontológicos, na ocorrência de alergia, o paciente receberá prescrição de medicamentos;
- ✓ Nos casos de extração dentária, pode ocorrer hemorragias, nesse sentido, medidas preventivas serão adotadas para atenuar o problema;

O senhor receberá ainda indicações na forma de prescrições de medicações profiláticas para evitar a formação de processos inflamatórios ou infecciosos, sob este aspecto deixamos claro que a aquisição das medicações indicadas pelos profissionais, em qualquer uma das etapas do tratamento serão despesas não cobertas pela instituição, e que, portanto, essas deverão ser adquiridas pelo senhor. No caso de persistência de qualquer sensação de desconforto ou dor ocasionada devido ao procedimento realizado o senhor terá integral e imediata, assistência odontológica na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

A realização desta pesquisa lhe trará benefícios diretos, pois o tratamento odontológico proposto para o seu caso irá tratar seus problemas de saúde bucal melhorando a estética e função de seus dentes. Além disso, as informações obtidas a partir do seu tratamento poderão contribuir para a formação de outros profissionais da área de odontologia.

Sua autorização para a descrição de seu caso clínico é voluntária e sua recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que será atendido na clínica integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará. Sua identidade será mantida em sigilo pelos profissionais responsáveis pelo relato de seu caso clínico, os dados provenientes de seu tratamento e os possíveis materiais obtidos ao longo do tratamento odontológico, serão identificados com um código apropriado, assim como o senhor não será identificado em nenhuma publicação acadêmica ou científica. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo que, uma das cópias será arquivada pelo pesquisador principal responsável por este estudo, e a outra será fornecida ao senhor.

Sua participação neste estudo não trará nenhum tipo de complicação legal, ressaltando ainda que sua dignidade será respeitada. O senhor não será submetido a nenhum procedimento inovador que possa trazer riscos ou desconforto, além dos previstos acima conforme a descrição dos procedimentos que serão realizados ao longo de seu tratamento, o qual será realizado com técnicas bem sedimentadas na comunidade odontológica. Neste estudo será apenas relatado de forma clara e objetiva como seu tratamento foi realizado. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o senhor poderá consultar a Coordenação do Comitê de ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA, situado no campus universitário do Guamá, Rua Augusto Corrêa nº01, Faculdade de Enfermagem, sala 13, cep:66075-110 – Belém-Pará – Telefone: 3201-7735 – email: cepccs@ufpa.br ou ainda o senhor poderá consultar diretamente o pesquisador principal responsável por este estudo através do email rothbarth.cp@gmail.com

Eu, ODINEY RODRIGUES RIBEIRO, informado dos objetivos deste estudo, conforme descrição acima de forma clara e detalhada. Recebi informações a respeito do uso dos meus documentos odontológicos e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. Portanto, autorizo a divulgação do relato do meu tratamento na forma de um relato de caso clínico descrito como uma publicação impressa e ciente de sua apresentação como defesa de Trabalho de conclusão de Curso à comunidade universitária.

Data 08/06/2019

Odiney Rodrigues Ribeiro

Participante da Pesquisa

Odiney Rodrigues Ribeiro

CPF: 899.066.672-49

Pesquisador Responsável

Profa. Dra. Cláudia Pires Rothbarth