



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MARIA ANTÔNIA ALVES FERREIRA

**A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO INTEGRADO NA REABILITAÇÃO
ORAL: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2023

MARIA ANTÔNIA ALVES FERREIRA

**A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO INTEGRADO NA REABILITAÇÃO
ORAL: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Graduado em
Odontologia.

Orientador: Germana de Villa Camargos

UBERLÂNDIA

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me guiar e me dar forças quando não tive forças sozinha.

Agradeço ao meu pai ("in memoriam") por ter sido um grande exemplo acadêmico, profissional, mas, acima de tudo, de pessoa. Sua determinação, coragem e dedicação estarão sempre na minha memória. Seu carinho, amor e paciência estarão sempre no meu coração.

À minha mãe, por ter se reerguido tantas vezes e por nos mostrar que a vida ainda vale a pena ser vivida, mesmo depois de perder pessoas tão importantes. Obrigada por manter minha fé e minha esperança vivas.

À minha irmã, por ser minha melhor amiga desde o meu primeiro dia de vida.

Ao meu irmão, por sempre estar pronto para nos ajudar e por fazer eu me sentir segura e cuidada, mesmo na ausência do nosso pai.

À 88ª turma de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia pelos cinco anos e meio de amizade, vocês são incríveis e eu não consigo me imaginar vivendo essa fase com outras pessoas.

À minha dupla de clínica, Lara Arantes, pela amizade, e por aprender e viver a odontologia comigo, sempre com tanto carinho e leveza..

À Marianna, por ter sido minha confidente, companheira de risadas e de choro, por ter ficado ao meu lado nos melhores e piores momentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Germana de Villa Camargos, pela oportunidade de aprendizado, pelos conselhos e por ser sempre tão paciente e atenciosa.

RESUMO

A crescente influência das mídias sociais impulsiona os pacientes a buscarem cada vez mais por tratamentos odontológicos em busca de um sorriso mais harmônico. No entanto, a odontologia vai além da estética e abrange a saúde bucal completa, sendo imprescindível um correto diagnóstico, planejamento e plano de tratamento para obter sucesso nas reabilitações orais que envolvam estética. O presente relato de caso clínico tem como objetivo demonstrar a importância do planejamento integrado em uma reabilitação estética de dentes anteriores superiores utilizando coroas livres de metal através do sistema Emax e facetas em resina composta, mesclando assim duas excelentes técnicas e materiais de reabilitação estética, com a finalidade de reproduzir ao máximo as características de dentes naturais, devolvendo além de tudo a função. A paciente compareceu ao Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), relatando insatisfação com a estética do seu sorriso, diferenças no formato e cor de seus dentes. Ao exame clínico, o dente 11 apresentava-se com restaurações excessivas resultando em grande perda de estrutura dental e manchamento, além de uma infiltração na coroa do elemento 12. Antes de iniciar o tratamento, foi realizada a documentação fotográfica e confecção dos modelos de gesso para diagnóstico e planejamento. Com as fotografias, modelos e avaliação clínica, optou-se por realizar cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica nos dentes 11, 12, 21 e 22 para regularizar a margem gengival dos dentes anteriores. Antes da cirurgia periodontal, a coroa insatisfatória do dente 12 foi removida e substituída por um provisório com correta adaptação. Posteriormente, após o período de cicatrização 60 dias, foi realizado o preparo protético do elemento 11, onde foi necessário a cimentação de pino de fibra de vidro para a construção do núcleo de preenchimento, devido a grande quantidade de estrutura perdida. Os preparos dentários foram moldados com a técnica dos casquetes individuais para confecção de coroas unitárias em cerâmica pura (emax). Com as coroas aprovadas, iniciou-se a realização das facetas em resina composta no elemento 21. Posteriormente, as coroas receberam glaze e foram cimentadas adesivamente. Após a conclusão de todo tratamento obteve-se um ótimo resultado em relação as condições de formato e cor. Por serem materiais diferentes algumas alterações sutis podem ser percebidas por profissionais, contudo, nada que tenha impacto no resultado harmônico com relação a estética e à funcionalidade. O oferecimento de tratamentos duradouros e satisfatórios para as situações individuais de cada paciente, está intimamente relacionada com adequado diagnóstico, planejamento e plano de tratamento, além do correto uso de diferentes materiais técnicas, individualizando suas indicações para cada caso, de forma que no fim, resultados estéticos e funcionais sejam entregues.

Palavras-chave: resina composta, prótese dentária, estética dentária; planejamento estratégico.

ABSTRACT

The growing impact of social media encourages individuals to increasingly seek dental treatments in pursuit of a more aesthetically pleasing smile. However, dentistry extends beyond aesthetics and encompasses overall oral health. Effective oral rehabilitations with an aesthetic focus require precise diagnosis, planning, and treatment. This clinical case illustrates the significance of integrated planning in enhancing the aesthetics of upper front teeth through "metal-free" Emax crowns and composite resin veneers. These techniques aim to closely replicate natural teeth characteristics while restoring functionality. The patient initially expressed dissatisfaction with her smile's aesthetics, citing variations in tooth shape and color. Examination revealed significant restorations, structural loss, discoloration in tooth 11, and an infiltration issue in tooth 12's crown. Prior to treatment, photographic documentation and plaster models were created for diagnosis and planning. Following clinical evaluation, a periodontal surgery was performed to adjust the gingival margin of the front teeth (11, 12, 21, and 22). The unsatisfactory crown of tooth 12 was replaced with a correctly fitting provisional one before the periodontal surgery. After a 60-day healing period, prosthetic preparation of tooth 11 involved the use of a fiberglass pin for core restoration due to substantial structural loss. Tooth preparations utilized the individual coping technique to create single-unit ceramic crowns (Emax). Subsequently, composite resin veneers were applied to tooth 21. After glazing, the crowns were adhesively cemented. The completed treatment resulted in excellent shape and color outcomes. Although subtle variations may be noticed by professionals due to the use of different materials, they do not affect the overall aesthetic harmony and functionality. Delivering lasting and satisfactory treatments tailored to each patient's unique circumstances depends on accurate diagnosis, planning, and the appropriate use of materials and techniques. Ultimately, this approach ensures both aesthetic and functional results.

Keywords: composite resin; dental prosthesis; dental aesthetics and strategic planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMC	Coroa metalocerâmica
JCE	Junção cimento esmalte
RAAQ	Resina acrílica ativada quimicamente
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
RC	Relação Cêntrica
CEP	Comitê de Ética

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	8
3 RELATO DE CASO.....	9
3.1 Informações da paciente, achados clínicos e diagnóstico.....	9
3.2 Plano de tratamento	10
3.3 Etapas clínicas e laboratoriais	10
4 DISCUSSÃO.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	25
ANEXO 2 – PROTOCOLO DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA (CEP)	28

1 INTRODUÇÃO

O conceito de beleza é intrinsecamente subjetivo para os seres humanos, uma vez que está sujeito a influências sociais, culturais e psicológicas. Essas influências, por sua vez, evoluem com o tempo, valores e idade das pessoas (HIGASHI *et al.*, 2006). Atualmente, devido à crescente influência das mídias sociais, a busca por uma estética aprimorada tornou-se uma preocupação cada vez mais proeminente, levando muitos pacientes a procurarem tratamentos odontológicos em busca de um sorriso mais harmônico (BRAGA *et al.*, 2021).

Assim, é importante ressaltar que a odontologia não se limita apenas à estética, mas também abrange toda a esfera da saúde bucal. Portanto, é imperativo realizar uma avaliação completa da saúde bucal do paciente e estabelecer um plano de tratamento que leve em consideração suas necessidades prioritárias (RIVERA *et al.*, 2012). Esse plano de tratamento pode abranger várias áreas da odontologia, garantindo não apenas um sorriso esteticamente agradável, mas também a saúde bucal integral do paciente (RIVERA *et al.*, 2012).

Dessa forma, para alcançar resultados bem-sucedidos em tratamentos estéticos, é necessário considerar diversos fatores, como um diagnóstico preciso, a colaboração do paciente, a condição geral da saúde bucal e a implementação de um plano de manutenção (JUSTO *et al.*, 2017). Para isso, durante o diagnóstico, prognóstico e planejamento de tratamento, é crucial adotar uma abordagem multidisciplinar (JUSTO *et al.*, 2017). Após o diagnóstico completo (anamnese, exame clínico, exame radiográfico e exames complementares), o dentista deverá encontrar todos os fatores que causam (microorganismos e desequilíbrio oclusal) e contribuem (predisposição hereditária, saúde geral debilitada, insuficiência nutricional, tensão emocional), de algum modo para a deterioração da saúde bucal (FERNANDES-NETO *et al.*, 2016). Posteriormente, deve ser determinado o método para eliminação de cada um desses fatores.

Portanto, o tratamento protético definitivo com próteses removíveis ou fixas somente deve ser realizado após a conclusão do tratamento odontológico, o qual deverá obedecer a uma determinada ordem de prioridades: atendimento de urgência, tratamento periodontal básico, procedimentos cirúrgicos, tratamento endodôntico, odontologia restauradora, cirurgia periodontal (FERNANDES-NETO *et al.*, 2016). Neste contexto, o objetivo deste trabalho de conclusão de curso é relatar a importância do planejamento integrado na reabilitação oral com próteses fixas e facetas de resina a fim de otimizar a estética do sorriso anterior.

2 OBJETIVO

O propósito deste trabalho de conclusão de curso é descrever as fases e estratégias envolvidas em um caso clínico de reabilitação oral estética dos dentes anteriores superiores, com ênfase na importância do planejamento integrado e na colaboração entre diversas especialidades da odontologia.

3 RELATO DE CASO

O relato de caso foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia para apreciação ética, e o desenvolvimento/redação foi realizado de acordo com as diretrizes do guia científico CARE (GAGNIER et al., 2013), as quais têm como objetivo otimizar a precisão, transparência e utilidade dos relatos de casos.

3.1 Informações da paciente, achados clínicos e diagnóstico

Paciente A.J.M.P do gênero feminino, 52 anos, compareceu a clínica integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) em busca de tratamento odontológico referente a queixa principal de estética deficiente do dente 11. Na anamnese e exame clínico extraoral, não foram constatadas alterações sistêmicas significantes, nem presença de assimetrias e de sinais/sintomas relacionados a presença de Disfunção Temporomandibular (DTM).

No exame clínico intraoral, verificou-se que a queixa clínica da paciente estava associada a alteração de cor do dente 11, sendo essa resultante do tratamento endodôntico prévio e da presença de restaurações extensas em resina compostas com pigmentação das margens. Já o dente 21, apresentava boa quantidade de remanescente dental e faceta em resina composta na face vestibular com cor e contorno insatisfatórios. O dente 12 apresentava núcleo metálico fundido e coroa metalocerâmica, a qual estava infiltrada e desadaptada. Adicionalmente, o contorno gengival na região anterior demonstrava margens desalinhadas e o biotipo gengival foi considerado intermediário. Logo, todos esses fatores impactavam na estética do sorriso anterior da paciente (Figura 1A).

Ademais, a paciente apresentava adequada higiene bucal, menos de 20% das superfícies dentais cobertas por biofilme, e presença de contenção ortodôntica na face lingual dos dentes anteriores inferiores, decorrente de tratamento ortodôntico prévio (Figura 1B-C).



Figura 1 - Aspecto inicial do sorriso, com evidência de escurecimento no dente 11, coroa metalocerâmica insatisfatória no dente 12 e faceta com margens irregulares e cor inadequada no dente 21 (A); Aspecto intrabucal inicial (B-C).

3.2 Plano de tratamento

Devido à alteração de cor, forma e contorno na região anterior da maxila, o plano de tratamento para harmonizar o sorriso da paciente, dentro dos conceitos da odontologia minimamente invasiva, consistiu na confecção de coroas totais livres de metais nos dentes 12 e 11, e na substituição da faceta de resina composta do dente 21 com cor e contornos satisfatórios.

3.3 Etapas clínicas e laboratoriais

O atendimento odontológico foi dividido em 07 etapas clínicas.

Na primeira etapa clínica, realizou-se: profilaxia, higiene bucal supervisionada, moldagem de estudo/anatômica com moldeira de estoque (Tecnodont; Tecnodent) e alginato (Hydrogum 5; Zhermak), e obtenção dos registros para montagem dos modelos em articulador semi-ajustável (ASA; Bio-Art). Os moldes dos rebordos dentados superiores e inferiores obtidos foram desinfetados com Digliconato de Clorexidina a 1% por 10 minutos e enviados ao laboratório de prótese dentária para confecção dos respectivos modelos em gesso pedra tipo IV (Durone, Dentsply) (Figura 2). Posteriormente, o modelo superior foi montado em ASA com auxílio do arco-facial (Figura 3A). Previamente a montagem do modelo inferior em ASA, foi confeccionado o Jig de Lúcia (dispositivo em resina acrílica, utilizado para desprogramar a musculatura orofacial e orientar o registro interoclusal na posição de relação cêntrica - RC) e registrada a posição de RC na sua palatina com resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ – DuraLay; Reliance) (Figura 3B).

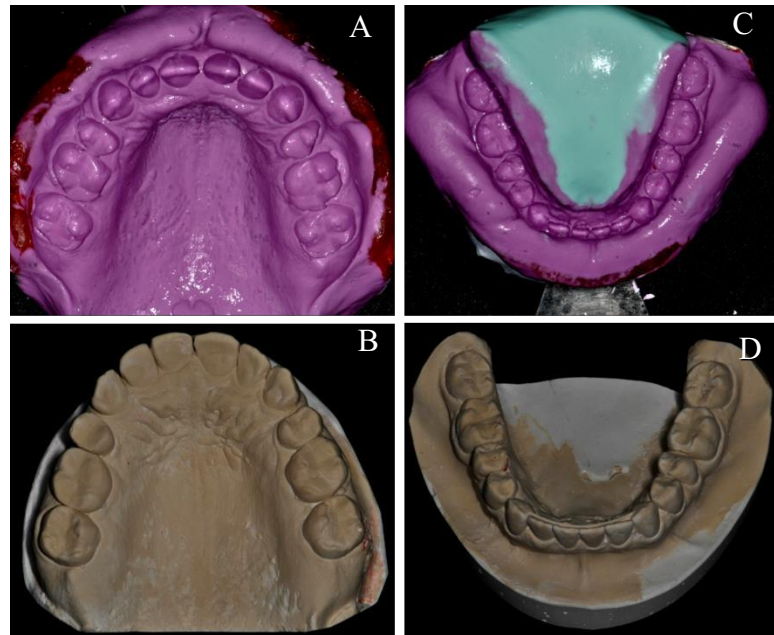


Figura 2 - Moldes de alginato para a análise dos arcos dentais superior e inferior (A-C); Modelos de gesso correspondentes (B-D).



Figura 3 - Registro com arco facial (A); Registro maxilo-mandibular em RC (Relação Cêntrica) com o uso do jig de Lúcia (B).

O registro interoclusal foi realizado com uma placa de cera rosa 7 (Cera Rosa 7; Lysanda), a qual foi dobrada ao meio, recortada conforme o contorno do arco dental superior e aliviada na região do Jig. Em seguida, a mandíbula do paciente foi guiada até a marca previamente estabelecida na palatina do jig, registrando assim a posição de RC. O jig e o registro intermaxilar foram removidos da boca da paciente e, após desinfecção (hipoclorito de

sódio 1% por 10 minutos), o conjunto foi posicionado cuidadosamente no modelo superior, já fixo no articulador, permitindo assim a montagem do modelo inferior em ASA para análise oclusal (Figura 4). Com relação oclusão, foi observado padrão oclusal Classe I de Angle e presença de oclusão mutuamente protegida com guias de desocclusão efetivas tanto nos movimentos de lateralidade quanto em protrusão (Figura 5). Portanto, não foi necessário a realização do ajuste oclusal por desgaste/acrécimo previamente ao tratamento reabilitador.

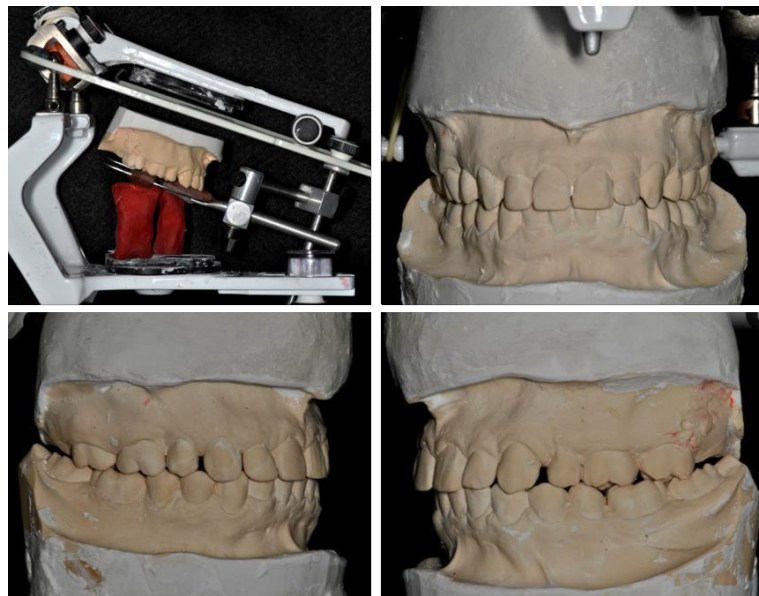


Figura 4 - Montagem dos modelos superior e inferior em Articulador Semi-Ajustável (ASA).



Figura 5 - Padrão oclusal Classe I de Angle, com oclusão mutuamente protegida e guias de desocclusão efetivas em lateralidade e protrusão.

Na segunda etapa clínica, foi removida a CMC insatisfatória do dente 12 (Figura 6). Previamente a remoção da CMC, obteve-se um molde da região com alginato e moldeira parcial para posterior confecção do provisório (Figura 7). Para a remoção da coroa, foram utilizadas

brocas esféricas do tipo diamantada para desgaste de cerâmica (KG Sorensen; KG Sorensen) e carbide para desgaste de metal (Prima Dental; Angelus) a fim de criar uma canaleta longitudinal na face vestibular e palatina da coroa com extensão de cervical a cervical (Figura 6B-D). Posteriormente, uma espátula de inserção foi adaptada na canaleta e foram realizados movimentos de mesial para distal, a fim de deslocar as partes da CMC (Figura 6E). Removida a coroa do dente 12, o respectivo núcleo metálico fundido foi re-preparado (Figura 6F) e o provisório confeccionado com RAAQ na cor 66, utilizando a técnica do molde de alginato realizado previamente a remoção da coroa (Figura 7).

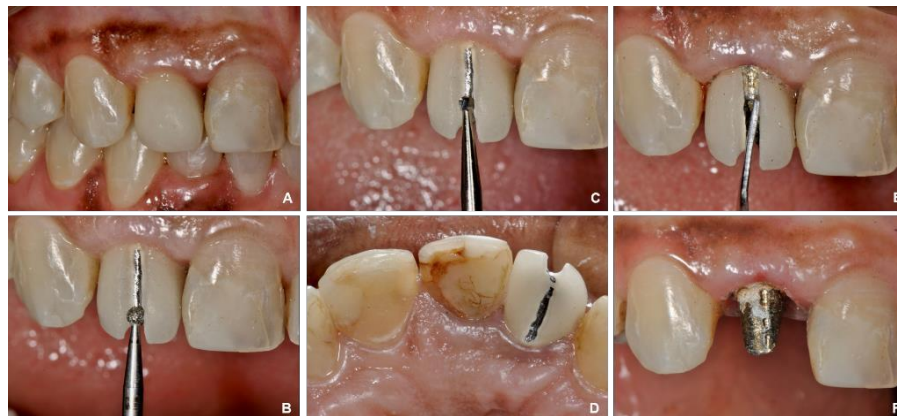


Figura 6 – Coroa metalocerâmica insatisfatória no dente 12; Confeção de canaleta nas faces vestibular e incisal com broca diamantada esférica (B); Aprofundamento da canaleta com broca carbide esférica, nas faces vestibular e palatina, até atingir a linha de cimentação (C-D); Utilização de lecron como alavanca, para distanciar as duas partes e promover a quebra do cimento (E); Preparo após remoção da coroa metalocerâmica (F).



Figura 7 – Coroa metalocerâmica do dente 12 (A); Molde parcial da coroa, em alginato (B); Aspecto do preparo no dente 12 após a remoção da coroa (C); Acréscimo de resina acrílica no molde da coroa metalocerâmica (D); Aspecto inicial do provisório obtido (E); Reembasamento do provisório (F).

Na terceira etapa clínica, após a remoção da CMC insatisfatória e confecção de provisório com correta adaptação, foi realizada a cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica do dente 12 com rebatimento do retalho total e realização de osteotomia/osteoplastia para restabelecimento da distância biológica na região. Concomitante, foi realizada gengivoplastia na região dos dentes 13, 11, 21, 22 e 23 para melhorar o contorno gengival na região anterior da maxila (Figura 8). A referência anatômica considerada para o posicionamento da margem gengival cirúrgica foi a junção cimento-esmalte (JCE) (Figura 9A-9B).

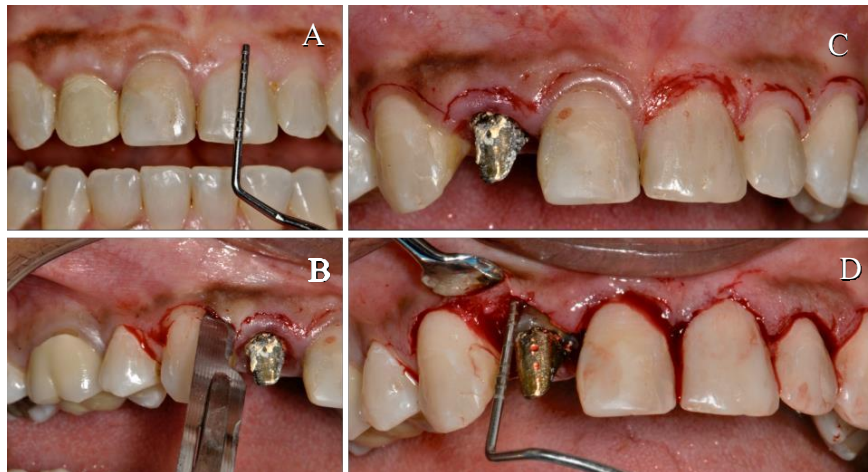


Figura 8 – Aspecto gengival inicial, evidenciando necessidade de gengivoplastia (A); Incisão realizada para a gengivoplastia, tendo junção cimento-esmalte como referência (B-C); Aumento de coroa clínica no dente 12.



Figura 9 – Pós-operatório imediato, sem o provisório do dente 12 (A); Pós-operatório imediato, com o provisório do dente 12 (B); Pós-operatório de 60 dias, com o tecido gengival completamente cicatrizado (C).

A quarta etapa clínica para (re)preparo do dente 12 e posicionamento subgingival da margem do preparo foi realizada somente 60 dias após a realização da cirurgia periodontal, período necessário para a formação do sulco gengival. Na mesma sessão clínica, foi realizado o preparo do dente 11, cimentação de pino de fibra de vidro segundo os protocolos pré-estabelecidos pelas áreas de prótese fixa e dentística da FOUFU, e confecção do núcleo de preenchimento em resina composta (Figura 10). Posteriormente, foi realizada a confecção do provisório do dente 11 utilizando a técnica da faceta de dentes de estoque (Figura 11) e a moldagem dos preparos dos dentes 11 e 12 com moldeira parcial e alginato para confecção dos casquetes individuais (Figura 12).

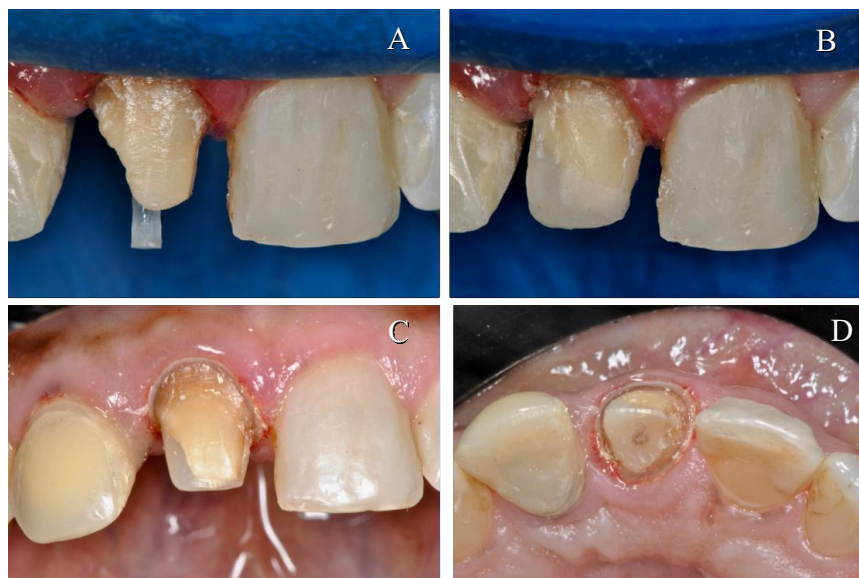


Figura 10 – Cimentação do pino de fibra de vidro (A); confecção do núcleo de preenchimento em resina composta (B-C); Visão do preparo finalizado (D).



Figura 11 - Provisório do dente 11, confeccionado usando a técnica da faceta com dentes de estoque.

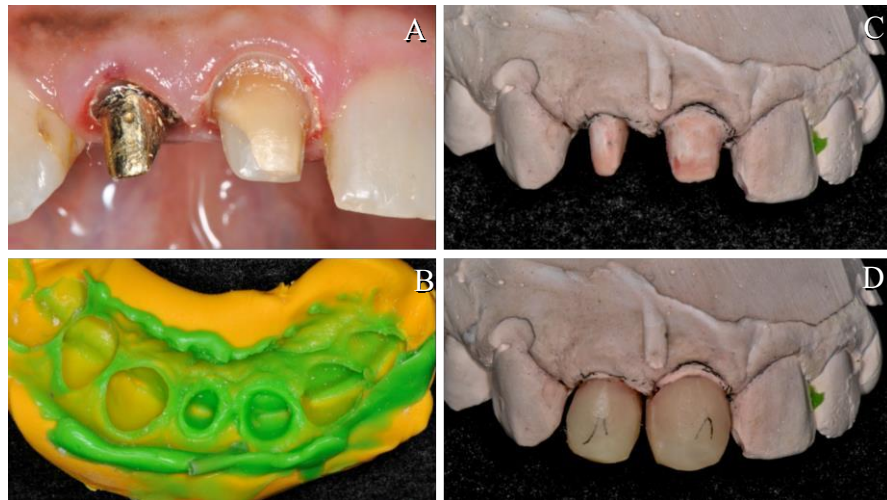


Figura 12 - Preparo dos dentes 11 e 12 (A); Moldagem dos preparos dos dentes 11 e 12 para confecção dos casquetes individuais (B); Modelo parcial obtido em gesso (C); Casquetes individuais dos dentes 11 e 12 (D).

Após 2 semanas, a fim de se ter certeza da localização definitiva da margem gengival (Figura 13), foi realizada a quinta etapa clínica para moldagem de trabalho com a finalidade de reprodução negativa dos preparos dentais e regiões adjacentes. Para isso, foi utilizada a técnica de moldagem com casquetes individuais. Essa técnica baseia-se na utilização de um casquete de resina acrílica com alívio interno e reembasado com RAAQ na região cervical, que promove afastamento gengival por ação mecânica imediato. Nesse caso clínico, os casquetes foram preenchidos com elastômero do tipo poliéter (Poliéter Impregum Soft; 3M) e removidos no molde de alginato (Figura 14A). Após a desinfecção, o molde de trabalho foi enviado ao laboratório para confecção das infraestruturas em cerâmica pura na cor A2 (EMAX; Ivoclar Vivadent) (Figura 14B).



Figura 13 - Preparos dos dentes 11 e 12, com ênfase na margem gengival.

Na sexta etapa clínica, realizou-se a prova das infraestruturas em cerâmica pura dos dentes 11 e 12 (Figura 14B). As infraestruturas foram consideradas aprovadas, pois apresentaram boa adaptação marginal e adequado espaço para aplicação da cerâmica de cobertura nas faces vestibular, palatina e incisal. Posteriormente, realizou-se o registro intermaxilar para remontagem dos modelos com as infraestruturas em ASA para aplicação da cerâmica de cobertura (EMAX, Ivoclar Vivadent AG). O modelo remontado permite reproduzir o tecido gengival ao redor das coroas para permitir relacionamento correto com a papila interproximal e perfil de emergência, o que permite ao técnico em prótese obter melhores resultados durante a aplicação da cerâmica (Figura 14C).

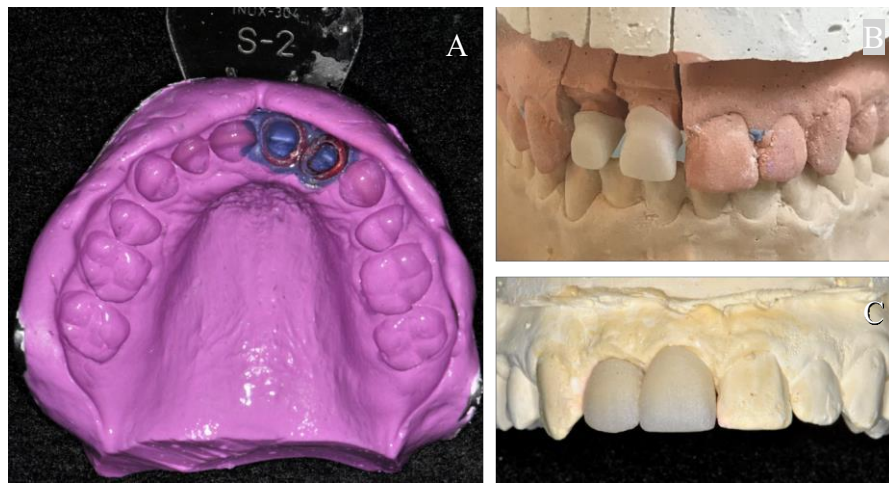


Figura 14 - Molde de trabalho com casquetes individuais dos dentes 11 e 12 (A); Infraestruturas em cerâmica pura na tonalidade A2 (B); Coroas cerâmicas dos dentes 11 e 12 após aplicação da cerâmica de cobertura e ajustes (C).

Na sétima etapa clínica foi realizada o ajuste funcional e estético das coroas livres de metal dos dentes 11 e 12. O primeiro ajuste clínico realizado foi o do contato proximal, seguido do ajuste do perfil de emergência, ajuste da guia anterior, ajuste estético (forma, contorno, textura de superfície e cor com caracterização extrínseca utilizando pigmentos). Após os ajustes clínicos, a coroa do dente 11 recebeu o glaze e então usada como referência quanto a cor e forma para confecção da faceta em resina composta do dente 21, que por sua vez, serviu como referência para confecção da faceta em resina composta do dente 22. (filtek z350; 3M) (Figura 15). Após o acabamento e polimento da faceta de resina composta, as coroas foram cimentadas de forma adevida sobre os dentes utilizando cimento autoadesivo (SeTPP; SDI) (figuras 16 e 17).



Figura 15 – Confeção das facetas de resina composta nos dentes 21 e 22.



Figura 16 – Visão frontal do sorriso após conclusão o tratamento.



Figura 17 – Aspecto final do sorriso, visão frontal e lateral.

4 DISCUSSÃO

O planejamento integrado com base em um diagnóstico criterioso é a base para o sucesso de reabilitações protéticas que aliam estética e saúde bucal. Nesse relato de caso clínico podemos perceber a importância do planejamento integrado para obtenção de um sorriso anterior que seja estético e funcional. Portanto, previamente aos procedimentos especializados, é imperativo que haja bom controle de placa e equilíbrio oclusal. Logo, nesse caso clínico, após a adequação do meio bucal, iniciou-se o tratamento protético provisório, seguido do tratamento periodontal cirúrgico e por último do tratamento reabilitador com próteses fixas e facetas de resina composta.

Do ponto de vista da saúde periodontal, é comumente recomendado que os procedimentos referentes ao tratamento protético definitivo, como refinamento do preparo e moldagem, iniciem-se após a completa cicatrização do periodonto de proteção (de 45 a 60 dias após a cirurgia periodontal). Após esse período, é realizado o refinamento do preparo dentário e a moldagem de trabalho com afastamento gengival. Atualmente, existem diversas abordagens para realizar a retração gengival durante o procedimento de moldagem, com o objetivo de obter uma reprodução precisa do término cervical do preparo dental. Duas técnicas amplamente reconhecidas são aquelas que envolvem meios mecânicos de afastamento, como o uso de casquetes e fios retratores. (PERGORARO, 2013).

No caso clínico em questão, optou-se pela técnica de moldagem com casquetes individuais uma vez que a paciente apresenta biotipo gengival intermediário. Essa abordagem é preferida por ser menos invasiva (menor risco de retração gengival) e causar menor desconforto ao paciente (RIBEIRO, 2005). Apesar disso, é importante destacar que a técnica do fio retrator apresenta vantagens notáveis, como a redução do número de sessões clínicas, eliminando etapas como a moldagem tradicional, a produção do modelo de gesso, a confecção do casquete e seu reembasamento (RIBEIRO, 2005). Todavia, o ato de inserir o fio no sulco gengival requer habilidade e cuidado, pois pode ser traumático para o tecido gengival se não for realizado com precisão, não sendo portanto indicada para pacientes com biotipo gengival fino. Portanto, ao escolher entre as técnicas de retração gengival, é fundamental considerar as necessidades específicas do paciente e avaliar os benefícios e riscos associados a cada abordagem. Conforme Pergoraro, “a melhor técnica de moldagem é aquela em que o cirurgião-dentista obtém resultados excelentes, preservando a saúde gengival, independentemente do método de afastamento gengival e dos materiais empregados” (PERGORARO, 2013).

No que diz respeito às técnicas restauradoras para facetas, existem duas opções principais: a técnica direta com resina composta e a técnica indireta com cerâmica, cada uma

com suas próprias vantagens e desvantagens (MANGANI *et al.*, 2007). No caso clínico descrito, a escolha recaiu sobre a técnica direta, devido a quantidade satisfatória de remanescente dental para adesão e a vontade da paciente em não desgastar mais seus dentes. As restaurações diretas em resina composta são minimamente invasivas e mais conservadoras, quando comparadas às restaurações indiretas, podendo ser realizadas com ou sem desgaste dental, dependendo das necessidades do paciente (BAGIS *et al.*, 2008). Nesse caso clínico, como a paciente já havia uma faceta de resina insatisfatória no dente 21, não foram necessários desgastes adicionais além daqueles referentes a remoção da resina antiga. É importante mencionar que a eficácia dessa técnica depende da habilidade do profissional, uma vez que ele é responsável por aspectos como textura, forma, contorno e cor das restaurações, além de estar mais sujeita a alterações de cor e pigmentação ao longo do tempo, bem como a possíveis fraturas (BARATIERI *et al.*, 2001).

As facetas indiretas em cerâmica possuem indicações semelhantes às facetas diretas em resina composta (BARATIERI *et al.*, 2001), e oferecem vantagens, sendo uma alternativa para profissionais menos familiarizados com resinas compostas, já que são fabricadas em laboratório por ceramistas. Apresentam propriedades mecânicas e características biológicas, físicas e químicas que garantem resultados estéticos duradouros (BARATIERI *et al.*, 2011). No entanto, o maior número de sessões clínicas e o custo elevado são algumas desvantagens dessa técnica (BARATIERI *et al.*, 2011). Todavia, quando materiais com características semelhantes são utilizados na reabilitação estética do sorriso, a previsibilidade estética é maior.

Quanto ao tipo de cerâmica, nesse caso clínico foi confeccionadas coroas de dissilicato de lítio, como as do sistema eMax, as quais são conhecidas pela alta estética e resistência (GONZAGA *et al.*, 2020). Feitas de dissilicato de lítio, um material cerâmico, proporcionam durabilidade e uma aparência natural semelhante ao esmalte dentário. São ideais para dentes anteriores devido à translucidez e integração harmoniosa com o sorriso (GONZAGA *et al.*, 2020). A vantagem é que não possuem estrutura metálica interna, evitando a tonalidade acinzentada (BRUNETTO *et al.*, 2019). Independente do material, vale ressaltar que o êxito das restaurações indiretas está diretamente ligado à cimentação apropriada, ou seja, à união micromecânica entre a superfície do dente, a cerâmica e os agentes de cimentação. O propósito dessa união deve ser a criação de um complexo restaurador homogêneo, capaz de suportar as tensões originadas pelas forças de mastigação (AGUIAR *et al.*, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, este trabalho de conclusão de curso enfatizou a importância do planejamento integrado na odontologia, especialmente na reabilitação oral, onde estética e saúde bucal se interligam de maneira crucial. Essa integração multidisciplinar permite uma avaliação completa e o planejamento adequado da ordem de tratamento, elementos essenciais para alcançar resultados satisfatórios.

Em todas as etapas do processo, desde o diagnóstico até a cimentação protética, a atenção aos detalhes e a coordenação entre as diferentes dimensões da odontologia estética e da saúde bucal são cruciais. Portanto, este estudo destaca que o planejamento integrado é o alicerce para a reabilitação oral bem-sucedida, permitindo a obtenção de sorrisos saudáveis e funcionais reconhecendo a importância de aplicar cada abordagem no momento adequado ao longo do tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] AGUIAR, Emília M. G. *et al.* Diferentes sistemas cerâmicos na reabilitação oral: relato de caso clínico. **Revista Odontológica Brasileira Central**, v. 25, n. 72, ano 2016. Disponível em: <https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/989/835>. Acesso em: 5 out. 2023.
- [2] ALVES, N. Vieira; TRIGUEIRO, T. A.; LANDIM, E. V.; TAVARES, G. R. Reabilitação Estética e Funcional do Sorriso: Revisão de Literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 9, 2016. DOI: 10.16891/226. Disponível em: <<https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/518>>. Acesso em: 3 out. 2023.
- [3] BAGIS, B.; AYDOĞAN, E.; BAGIS, Y. Tratamento Restaurador Direto de Laterais Maxilares Ausentes com Faceta de Laminado de Resina: Um Relato de Caso. **The Open Dentistry Journal**, Turquia, p. 93-95, fevereiro de 2008. DOI: 10.2174/1874210600802010093. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2581530/pdf/TODENTJ-2-93.pdf>>. Acesso em: 7 out 2023.
- [4] BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades. Edição Especial. Chile: Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ltda, 2001.
- [5] BARNABÉ, William *et al.* Reabilitação estética anterior com facetas e coroas cerâmicas: relato de caso clínico. **Revista Odontológica Brasil Central**, [S.L.], v. 28, n. 87, p. 260-265, out 2019. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1363/2794>. Acesso em: 05 out. 2023.
- [6] BASTOS, Lara Faria. **Planejamento digital do sorriso: uma revisão de literatura**. 2022. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2022. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/1918/1/Lara%20Faria%20Bastos.pdf>. Acesso em: 04 out. 2023.
- [7] BRAGA, M. L. de A.; ALMEIDA, I. F. de; BORGES, F. de S. Q.; FEITOSA, H. A. .; COSTA, L. E. D.; FEITOSA, F. de S. Q. Evaluation of the perception of smile satisfaction and the influence of digital social media on the population. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e46810615727, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15727.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15727>. Acesso em: 3 oct. 2023.

[8] BRUNETTO, J. L.; CAMPANER, M.; JORGE, C. de F.; MAZZA, L. C.; BITENCOURT, S. B.; CHIORLIN, A. B.; SHIBAYAMA, R.; PESQUEIRA, A. A. Reabilitação estética anterior associando prótese metalocerâmica e prótese fixa metal-free: relato de caso. **Archives of health investigation**, [S. l.], v. 8, n. 1, 2019. DOI: 10.21270/archi.v8i1.3249. Disponível em:

<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3249>. Acesso em: 5 out. 2023.

[9] CARRIJO, Denise Jesus *et al.* Restaurações estéticas anteriores diretas e indiretas: revisão de literatura. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. 5, p. 1-11, julho-setembro, 2019. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2716/1990>. Acesso em: 04 out. 2023.

[10] GAGNIER, J.J. et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. **Global Advances in Health and Medicine**, [S.l.], v. 2, n. 5, p. 38-43, 2013. Disponível em:

<https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7bf6264760855ebc3c27c/1572323170831/2013-CARE-Guidelines-BMJ-CR.pdf>. Acesso em: 5 out. 2023.

[11] HIGASHI, C.; GOMES, J. C.; KINA, S.; ANDRADE, O. S.; HIRATA, R. Odontologia Estética – Planejamento E Técnica. In: KINA, S.; ANDRADE, O. S.; HIRATA, R. (Orgs.). Capítulo 7: Planejamento estético em dentes anteriores. 2006.

[12] JUSTO, Flávio Roberto Machado *et al.* PLANEJAMENTO INTEGRADO NO TRATAMENTO REABILITADOR – RELATO DE CASO. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research – Bjsr**, [S.I.], v. 19, n. 1, p. 86-89, jun./ago. 2017. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170605_152453.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

[13] MANGANI, F.; CERUTTI, A.; PUTIGNANO, A.; BOLLERO, R.; MADINI, L. Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers. **The European journal of esthetic dentistry: official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry**, v. 2, n. 2, p. 188-209, 2007. Disponível em: <https://art.torvergata.it/retrieve/handle/2108/43350/101588/ejed_2007_02_s0188.pdf>.

Acesso em: 7 de outubro de 2023.

[14] MENDOZA RIVERA, Susana et al. Multi-disciplinary prosthetic rehabilitation: Clinical case report. **Revista Odontológica Mexicana**, Ciudad de México, v. 16, n. 2, p. 112-122, abri-jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2012000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2023.

[15] OKIDA, Ricardo Coelho *et al.* A utilização do DSD (Digital Smile Design) para otimização da estética dental. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 38, n. 3, p. 09-14, set.-dez. 2017. Disponível em:

<https://revaracatuba.odo.br/revista/2017/12/TRABALHO1.pdf>. Acesso em: 04 out. 2023.

[16] PEGORARO, L. F. et al. **Prótese Fixa: Bases para o planejamento em reabilitação oral**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 487 p.

[17] SOARES, Paulo V. *et al.* Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **Revista Odontológica Brasil Central**, [S.I.], v. 21, n. 58, jul-set 2012. Disponível em:

<https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/656/643>. Acesso em: 05 out. 2023.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**A importância do planejamento integrado na reabilitação oral: relato de caso**” sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof Dra, Germana de Villa Camargos e Maria Antônia Alves Ferreira.

Nesta pesquisa nós temos o objetivo de relatar as etapas multiprofissionais envolvidas na reabilitação oral.

O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Germana de Villa Camargos, cirurgiã-dentista e professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade federal de Uberlândia, na área de Prótese Removível. Caso você concorde em participar, por favor assine ao final do documento. Fique à vontade para pensar um pouco sobre a proposta e depois nos procurar se você quiser ser um voluntário. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016).

Na sua participação, você permitirá que o seu caso clínico seja publicado em meios científicos, como revistas, congressos e reuniões científicas de profissionais da saúde ou áreas relacionadas. Serão divulgadas informações e fotos do caso (que serão tiradas durante a execução do tratamento), de forma a não expor a sua identidade (serão usadas tarjas pretas nos olhos ou as fotos não mostrarão o rosto). Todo o procedimento e a conduta realizados durante os atendimentos serão tornados públicos, assim como o questionário sobre a sua saúde, o procedimento denominado anamnese, que esclarecerá a sua condição geral de saúde. As informações obtidas no exame clínico, a condição da sua saúde bucal e, se necessário, os exames de imagem, serão incluídos. O diagnóstico e a conduta clínica e cirúrgica para o seu caso também serão divulgados. A continuação da sua reabilitação com próteses removíveis será realizada independentemente da pesquisa. Para a execução do tratamento, será utilizado o mesmo protocolo das clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Os arquivos com os dados do seu tratamento ficarão sob responsabilidade da Prof Dra Germana de Villa Camargos por um período de no mínimo 2 (dois) anos (Resolução nº 510/16, Capítulo VI, Art. 28: IV – serão mantidos os dados da pesquisa e as gravações originais, mesmo depois de transcritas, em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 2 (dois) anos após o término da pesquisa).

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada por meio do uso de tarjas pretas.

Você tem o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

É compromisso do pesquisador responsável a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

Os riscos relacionados a pesquisa consistem em possível identificação do paciente, quebra de sigilo, confidencialidade e constrangimento durante a exposição de imagens

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

(documentação fotográfica realizada durante o caso), cabendo aos pesquisadores prever possíveis riscos médicos e/ou psicológicos. Caso seja necessário, o encaminhamento a um profissional especializado será oferecido gratuitamente a você. Os pesquisadores se comprometem a manter sigilo e a sua identidade preservada, assim como dados que possibilitem sua identificação, a fim de garantir o anonimato, tomando todas as providências cabíveis para minimizar riscos.

O benefício da realização da pesquisa é que, por meio deste trabalho, pesquisadores, docentes, discentes, cirurgiões dentistas e a população como um todo terão esclarecimento a respeito da necessidade de planejamento integrado e todas as etapas prévias, envolvidas na reabilitação com próteses removíveis. As informações específicas deste caso clínico serão compartilhadas com profissionais de saúde e especialistas para aumentar o conhecimento existente, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. O consentimento do participante será obtido por meio de assinatura do documento em PDF do TCLE que foi aplicado durante as idas do paciente ao HO no Bloco 4L da FOUFU.

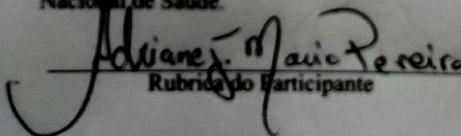
Este termo está assinado pelo (a) pesquisador(a) responsável, e contém seu telefone e endereço para que você possa tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

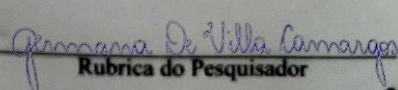
Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos pesquisadores.

Em qualquer momento, caso tenha qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Maria Antônia Alves Ferreira através do número de telefone (34) 99266-7702, ou presencialmente na instituição Universidade Federal de Uberlândia, bloco 4 L, endereço Rua República do Piratini, 1102 – Umuarama / Uberlândia-MG.

Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

 Mariana de Villa Camargo
Rubrica do Participante

 Mariana de Villa Camargo
Rubrica do Pesquisador

Uberlândia, 09 de outubro de 2023.

Germana De Villa Camargo
Professora Dra Germana de Villa Camargos

Maria Antônia Alves Ferreira
Maria Antônia Alves Ferreira

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Adriane Z. Maic Pereira
Assinatura do participante de pesquisa

Adriane Z. Maic Pereira Germana De Villa Camargo
Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador

ANEXO 2 – PROTOCOLO DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA (CEP)

Portal do Governo Brasileiro

Plataforma Brasil [principal](#) [sair](#)

Público **Pesquisador** **Alterar Meus Dados** **Germana De Villa Camargos - Pesquisador | V3.8.2**

Cadastros Sua sessão expira em: 39min 22

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A importância do planejamento integrado na reabilitação oral: relato de caso
 Pesquisador Responsável: Germana De Villa Camargos
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE:
 Submetido em: 11/10/2023
 Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
 Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Federal de Uberlândia
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
 Projeto Original (PO) - Versão 1
 Currículo dos Assistentes
 Documentos do Projeto
 Folha de Rosto - Submissão 1
 Informações Básicas do Projeto - Subm
 Outros - Submissão 1
 Projeto Detalhado / Brochura Investigaç
 TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 Apreciação 1 - Universidade Federal de Ub
 Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	Germana De Villa Camargos	1	11/10/2023	11/10/2023	Em Recepção e Validação Documental	Não	 

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	11/10/2023 13:56:13	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal de Uberlândia	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Ano de submissão do Projeto	Tipo do centro	Código do Comitê que está analisando o projeto
n n n n n n	a a . dv . t x x x . l l l l	

Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação

Dígito verificador

Sequencial, quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s)

[Voltar](#)