

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM PRÓTESE DENTÁRIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

NATALIA SABRINA SANTOS LAURINDO

**REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA EM PACIENTE COM
EROSÃO DENTÁRIA: RELATO DE CASO**

VOLTA REDONDA

2023

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM PRÓTESE DENTÁRIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA EM PACIENTE COM
EROSÃO DENTÁRIA: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Especialista em Prótese dentária.

Aluno: Natalia Sabrina Santos Laurindo

Orientador: Tereza Cristina Favieri de Melo Silva

Coorientador: Claudio Luís de Melo Silva

VOLTA REDONDA

2023



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Reabilitação Funcional e Estética em paciente com erosão dentária: Relato de caso”

Elaborado por: Natalia Sabrina Santos Laurindo

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Pós-graduação de Prótese Dentária

Aprovada em

Banca Avaliadora:

.....
Prof.^a Doutora Tereza Cristina Favieri de Melo Silva

.....
Prof. Doutor Claudio Luís de Melo Silva

RESUMO

A erosão dentária são lesões que acometem a superfície de esmalte por processo químico sem presença bacteriana, de origem multifatorial geralmente por meios intrínsecos, extrínsecos ou idiopáticos, deixando a superfície do dente lisa e rasa, e se não tratada, podendo acometer a vitalidade dos dentes. O tratamento deve abranger medidas preventivas, remoção da possível causa e alguns casos tratamento restaurador. Este trabalho consiste em um protocolo clínico em que a paciente de 55 anos apresenta erosão dentaria severa em ambas as arcadas, comprometendo a estética e a oclusão. Devido ao avanço dos sistemas restauradores há um aumento das possibilidades de reabilitação estética e funcional de dentes acometidos pela erosão dentária. Este trabalho tem como objetivo aumentar a dimensão vertical perdida com a confecção de table-tops de resinas bise acrílica e a reabilitação da forma, função mastigatória e devolver a estética. Será realizado no Centro Universitário de Volta Redonda UniFoa.

Palavras-chave: Reabilitação; Estética; Erosão dentária.

ABSTRACT

Dental erosion is a lesion that affects the surface of enamel by chemical process without bacterial presence, of multifactorial origin usually by intrinsic, extrinsic or idiopathic means, leaving the surface of the tooth smooth and shallow, and if untreated, it can affect the vitality of the teeth . The treatment should cover preventive measures, removal of the possible cause and some cases restorative treatment. This work consists of a clinical protocol in which the 55 year-old patient presents with severe dental erosion in both arches, compromising aesthetics and occlusion. Due to the advancement of restorative systems there is an increase in the possibilities of aesthetic and functional rehabilitation of teeth affected by dental erosion. This work aims to increase the vertical dimension lost with the making of table-tops of acrylic bis-a resins and the rehabilitation of the form, masticatory function and aesthetic return. It will be held at the University Center of Volta Redonda UniFoa.

Key-words: Rehabilitation; Aesthetics; Tooth erosion

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Perfil	19
Figura 2 Frente	19
Figura 3 Intra-oral – oclusão anterior	20
Figura 4 Arcada inferior – vista oclusal.....	20
Figura 5 Arcada superior – vista oclusal	20
Figura 6 Exame radiográfico periapical completo	21
Figura 7 Modelo de trabalho- vista anterior.....	21
Figura 8 Modelo de trabalho- arcada superior	22
Figura 9 Modelo de trabalho- arcada inferior.....	22
Figura 10 Jig de Lucia – vista anterior	22
Figura 11: Jig e registro de oclusão com base pesada – vista anterior	22
Figura 12 Modelo no ASA – oclusão direita	23
Figura 13 Modelo no ASA – oclusão esquerda.....	23
Figura 14 Modelo no ASA – oclusão anterior	23
Figura 15 Enceramento diagnóstico – vista anterior	24
Figura 16 Enceramento - arcada superior	24
Figura 17 Enceramento - arcada inferior.....	24
Figura 18 Moldagem do enceramento - região anterior superior	24
Figura 19 Moldagem do enceramento - arcada inferior.....	25
Figura 20 Moldagem do enceramento - arcada superior	25

Figura 21 Guia de silicone com base pesada.....	25
Figura 22 Guia de silicone base pesada e base leve.....	25
Figura 23 Inserção de Resina bisacrílica	25
Figura 24 Inserção de Resina bisacrílica	25
Figura 25 Mock-up em posição	26
Figura 26 Dentes superiores com resina bisacrílica	26
Figura 27 Dentes inferiores com resina bisacrílica	26
Figura 28 Dentes anteriores com resina bisacrílica	27
Figura 29 Vista lateral-direita	27
Figura 30 Vista lateral-esquerda.....	27
Figura 31 Vista anterior – dentes preparados para coroa total após pinos cimentados	28
Figura 32 Vista anterior – escaneamento intraoral	38
Figura 33 Vista oclusal – escaneamento intraoral	29
Figura 34 Vista oclusal – escaneamento intraoral antagonista.....	29
Figura 35 Escaneamento intraoral – registro de mordida	29
Figura 36 Vista anterior – coroas totais cimentadas	30
Figura 37 Vista lateral direita	31
Figura 38 Vista lateral esquerda.....	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
ASA	Articulador Semi Ajustável
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
DVR	Dimensão Vertical de Repouso

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Termo de consentimento livre e esclarecido	38
APÊNDICE B	Autorização para uso de imagem	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Conceito	13
2.2 Fatores Etiológicos	13
2.2.1 Fatores Extrínsecos	13
2.2.2 Fatores Intrínsecos	14
2.2.3 Fatores Idiopáticos.....	15
2.3 Características Clínicas	15
2.4 Diagnóstico.....	15
2.5 Tratamento	16
2.6 Restabelecimento Funcional e Estético	16
3 RELATO DE CASO	18
4 DISCUSSÃO	31
5 CONCLUSÃO	34
6 REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES	38
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

A erosão dentária tem por definição o desgaste do esmalte mineralizado de origem não bacteriana. As lesões em si podem surgir por meios extrínseco, intrínseco (PEREIRA; ANAUATE-NETO; GONÇALVES, 2014) e idiopáticos (ASSIS; BARIN; ELLENSOHN, 2011).

A formação dessa lesão se dá quando a cavidade bucal atinge um pH inferior a 4,5, pois esse valor é crítico para fluorapatita e está abaixo do crítico para hidroxiapatita (pH crítico de 5,5) (THYLSTRUP A; FEJERSKOV, 2001).

Além da destruição que o ácido acomete na estrutura dental, a erosão é uma ação conjunta com mais fatores, como a atrição que tem como exemplo o bruxismo e a abrasão que a causa mais comum é a escovação intensa (TRUSHKOWSKY; OQUENDO, 2011).

Clinicamente, a lesão inicia-se com um desgaste superficial do esmalte, com ausência de manchas ou biofilme, deixando o dente com uma superfície lisa e rasa, resultando na diminuição do brilho. Em casos mais graves, podem resultar em exposição pulpar, perda de vitalidade (PEREIRA; ANAUATE-NETO; GONÇALVES, 2014) diastemas, perda da dimensão vertical e hipersensibilidade dentinária (SANTOS et al., 2015).

Dimensão vertical é a medida do plano vertical em uma relação espacial da mandíbula com a maxila, dividida em dimensão vertical de repouso (DVR) e dimensão vertical de oclusão (DVO) (COSTA; REBOLLAL; BRAZ, 2012).

Vários métodos foram propostos para determinação de alteração da DVO, seja por diminuição ou aumento. Os métodos mais comuns utilizados são pelas proporções faciais, fonéticos e métricos (DANTAS, 2012).

Para reabilitações orais extensas devem ser realizados modelos de estudos e posteriormente sua montagem em articulador (BUGIGA et al., 2016) com o objetivo

de obter movimentos mandibulares para restabelecer a relação estática e dinâmica dos modelos (CUNHA; MARCHINI, 2014).

Reabilitações de grande porte apresentam comprometimento da dentina, onde ela se encontra esclerosada e vitrificada, sendo um desafio para as técnicas restauradoras, por não ser um tecido altamente mineralizado dificultando a adesão do material restaurador. Foi desenvolvida a técnica de três passos para simplificar a execução de reabilitações orais extensas, sendo primeiro devolverem a oclusão ao paciente, segundo restabelecer a dimensão vertical de oclusão e terceiro restabelecer a guia anterior (LORO, 2015).

Para reabilitação oral em pacientes com erosão dentária a resina composta é o material restaurador mais indicado, pois apresenta excelente adesão e a possibilidade de não precisar desgastar dentes já comprometidos (LORO, 2015).

O objetivo desse estudo será realizar o tratamento da erosão no intuito de devolver a forma e função dos dentes acometidos e restabelecer a estética promovendo assim o conforto e autoestima da paciente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito

A erosão dental é caracterizada pela ação de ácidos sobre a estrutura do dente de origem não bacteriana, causando a desmineralização da matriz inorgânica do esmalte dentária sendo uma perda patológica crônica e localizada (CATELAN; GUEDES; SANTOS, 2010).

Segundo Imfeld (1996), a classificação pode ser dividida de acordo com sua etiologia:

- Erosão extrínseca: resultado de ácidos exógenos, fora do organismo;
- Erosão intrínseca: resultado de ácidos endógenos, dentro da cavidade oral;
- Erosão idiopática: quando o diagnóstico não se faz possível por meio de exames clínicos e anamnese.

Eccles (1979) classificou a erosão baseado na severidade e extensão das lesões por meio do exame clínico das superfícies dentais:

- Classe I - Lesões superficiais (envolvendo somente esmalte);
- Classe II - Lesões localizadas (envolvendo dentina em menos de um terço da superfície);
- Classe III - Lesões generalizadas (envolvendo dentina em mais de um terço da superfície. III-a: superfícies vestibulares; III-b: superfícies linguais e palatinas; III-c: superfícies incisais e oclusais; III-d: múltiplas superfícies envolvidas severamente).

2.2 Fatores Etiológicos

2.2.1 Fatores Extrínsecos

As lesões bucais de erosão dental por fatores extrínsecos são de ácidos provenientes de fora do organismo que acomete a superfície dentária. Dentre vários fatores a dieta ácida é a principal causa da erosão dental por fator extrínseco. O consumo excessivo de comidas e bebidas ácidas está diretamente ligado a esses

tipos de lesão, esses alimentos e bebidas tem um poder erosivo muito grande e alteram a capacidade tampão da saliva (ZAITOUNI, 2014).

Os maiores consumos referentes aos ácidos extrínsecos estão ligados a frutas críticas e refrigerantes. As lesões decorrentes por esse fator situam-se com maior prevalência na vestibular, no terço cervical em dentes anteriores, pois a limpeza nessas áreas é menor do que em outras regiões e a capacidade tampão da saliva demora mais para ocorrer, apesar de poder ocorrer em qualquer elemento dentário (ZAITOUNI, 2014).

Outro fator causal para erosão dentária extrínseca é por medicamentos. Algumas formulações de medicamentos possuem o pH menor que 5,5 e outros possuem o poder de causar refluxo gástrico, fazendo com que o ácido gástrico entre em contato com a cavidade bucal (ZAITOUNI, 2014).

Também são fatores extrínsecos o ar do ambiente que contém gases ácidos em ambientes industriais, piscinas com monitoramento de pH inadequado, pois apenas 2h diárias de natação por 4 semanas em uma piscina com pH 2,7 é o suficiente para causar erosão dentária (FUCK, 2011).

2.2.2 Fatores Intrínsecos

Os fatores intrínsecos são fatores internos do paciente. O mais comum são os refluxos, que são gases esofágicos que vão para a cavidade bucal com certa frequência e acabam causando a erosão dentária (GONÇALVES; DEUSDARÁ, 2011), pois o ácido do estômago possui um pH muito baixo, por volta de 1 A 1,5 (ZAITOUNI, 2014).

A erosão dentária pode também ser efeito de fatores psicossomático, mais comum em pacientes jovens que sofrem de bulimia e anorexia, também ocorre com bastante frequência em pacientes gestante por conta da azia e pacientes alcoólatras. Todos esses fatores provenientes de ácidos intrínsecos que tem contato frequentemente com a estrutura dental (CATELAN; GUEDES; SANTOS, 2010).

2.2.3 Fatores Idiopáticos

Quando a causa é desconhecida não apresentando sinais possíveis para adequado diagnóstico (FUCK, 2011).

2.3 Características Clínicas

Diversificando-se de acordo com sua origem, clinicamente, a lesão apresenta-se sem manchas e sem a presença de acúmulo de biofilme. Inicia-se com um desgaste superficial de esmalte resultando em um dente com aspecto de superfície lisa e rasa. As cavidades apresentam-se definidas ou localizadas, ou ainda, podendo ocorrer em toda superfície de esmalte apresentando contorno arredondado ou em forma de pires, com término indefinido (PEREIRA; ANAUATE-NETTO; GONÇALVES, 2014).

Quando o desgaste acomete a dentina tende a exibir uma descoloração castanho-escuro com ou sem sobreposição de ilhotas de esmalte descalcificadas. Sendo que quanto mais profunda a lesão na dentina, mais intensa a descoloração (CAVACO, 2015).

Os dentes acometidos resultam na perda de brilho do esmalte, sendo clinicamente a característica mais comum. E em casos mais severos, podendo ocorrer a exposição dentinária resultando em sensibilidade, perda de vitalidade de alguns elementos, além da perda de dimensão vertical não sendo possível o contato entre os bordos incisais ou superfícies oclusais (FRANZNER, 2011).

2.4 Diagnóstico

Para se fazer o correto diagnóstico da erosão dentária, é imprescindível ser minucioso na anamnese, obter o máximo de informação na histórica médica do paciente e no exame clínico observar de que forma se dá a lesão, sua localização e verificar o grau de higiene do paciente (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010),

como também levar em consideração de distúrbios alimentares do paciente, problemas gastrointestinais e uso de medicamentos (CATELAN; GUEDES; SANTOS, 2010).

As características clínicas da erosão dentária podem incluir vários fatores para que chegue até o diagnóstico para tal, sendo elas, exposição pulpar, diastemas, bordas incisais finas e fraturadas, perda da dimensão vertical, perda da estética e hipersensibilidade relatada pelo paciente (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010).

2.5 Tratamento

A maneira mais eficaz de evitar as lesões por erosão é eliminando os fatores etiológicos. Como forma de contribuir para o tratamento é necessário também adotar algumas medidas preventivas, como diminuir o consumo de ácidos ingeridos, o aumento de fluxo salivar precisa ser estimulado como mecanismo de defesa. Mesmo com algumas prevenções ainda é possível se ter erosão dental e o tratamento consiste nas restaurações das cavidades, o que torna o tratamento complexo, caro e com um tempo relativamente curto dependendo do material restaurador de escolha. Para se ter um tratamento correto é necessário verificar o grau, o fator etiológico e a localização da lesão, somente obtendo essas informações pode-se fechar um plano de tratamento (TUÑAS et al., 2016).

2.6. Restabelecimento Funcional e Estético

Dimensão vertical é definida como a medida do plano vertical em uma relação espacial da mandíbula com a maxila, relacionada com a altura do terço inferior da face. Dividida em dimensão vertical de repouso (DVR) caracterizada pela posição muscular não dependendo da presença de dentes e, dimensão vertical de oclusão (DVO) relacionada com a medida da distância vertical entre a maxila e mandíbula

quando os dentes estão se tocando, ou seja, em oclusão (COSTA; REBOLLAL; BRAZ, 2012).

O aumento excessivo da dimensão vertical pode ocasionar problemas na musculação facial do paciente nos processos de mastigação, fonação, como também aparência de face alongada aumentando a tensão muscular facial (BUGIGA et al., 2016).

A diminuição da dimensão vertical pode ocasionar uma queilite angular que é muita das vezes ocasionada pelo fechamento exagerado da DVO, como consequência também da diminuição da DVO a face fica com a pele flácida por conta da perda da tonicidade da musculatura facial (BUGIGA et al., 2016).

Vários métodos foram propostos para determinação de alteração da DVO, seja por diminuição ou aumento. Os métodos mais comuns utilizados são pelas proporções faciais, onde algumas dimensões faciais são semelhantes a medida da DVO do paciente, como a distância interpupilar, fonéticos que se baseia na posição da ponta dos incisivos mandibulares cerca de 1mm inferior e lingual à ponta dos incisivos maxilares, durante a pronúncia de determinados sons e métrico através da distância interoclusal que é a medida entre dois pontos (nariz e queixo) com a mandíbula em posição de repouso (DANTAS, 2012).

Para reabilitações orais extensas devem ser realizados modelos de estudos e posteriormente sua montagem em articulador (BUGIGA et al., 2016) com o objetivo de estimular a simulação de importantes movimentos mandibulares para estabelecer a relação estática e dinâmica dos modelos (CUNHA; MARCHINI, 2014).

Para se restabelecer a estética e a função oral do paciente irá depender do grau de desgaste do tecido dentário, essa reabilitação pode ser feita com materiais que estão no mercado atualmente, como resinas compostas, restaurações em cerâmicas, retentores intrarradiculares quando necessário, mas deve-se levar em conta o quanto de estrutura dental ainda resta para escolher um material compatível com o tecido remanescente (ROSA, 2017).

O tratamento minimamente invasivo deve ser sempre a primeira escolha, pois na erosão ocorre o desgaste dentário, perda de estrutura, logo precisa-se de uma reabilitação em que não precise desgastar mais estrutura. Quando se tem mais que a metade do elemento ainda hígido, pode-se optar pela restauração com resina composta, quando há comprometimento maior que a metade do elemento deve optar pelas restaurações indiretas tanto em dentes anteriores quanto em posteriores (ROSA, 2017).

3. RELATO DE CASO

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) – (UNIFOA) com número CAAE 06535318.9.00005237 e aprovado em 14/03/2019.

Paciente L.F.C, gênero feminino, 41 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento odontológico na clínica integrada do UniFOA, em Volta Redonda queixando-se da estética e já havia passado por alguns dentistas, e que eles realizaram algumas restaurações, mas todas elas quebravam, não solucionando sua queixa.

No exame extra-oral notou-se assimetria no terço inferior, onde apresentava aprofundamento dos sulcos nasogenianos, protuberância do mento e intrusão dos lábios, caracterizando em um aspecto de perda da dimensão vertical. (Figuras 1 e 2)

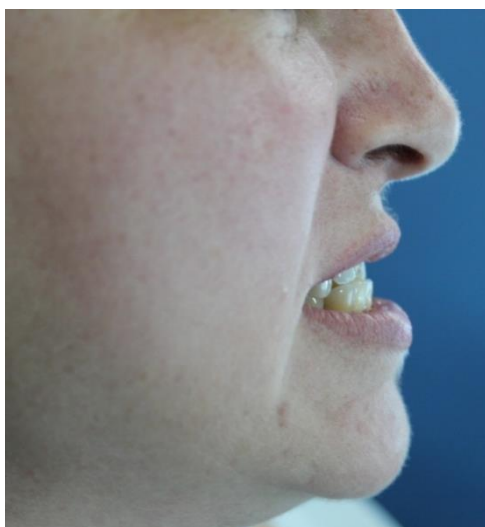


Figura 1: Perfil



Figura 2: Frente

Foram observados no exame intra-oral desgastes severos de esmalte em ambas as arcadas, nas faces oclusais dos dentes posteriores, na incisal dos incisivos, nas faces vestibulares e palatinas dos incisivos centrais superiores (Figuras 3 a 5)



Figura 3: Intra-oral- oclusão anterior



Figura 4: Arcada Inferior- vista oclusal



Figura 5: Arcada Superior- vista oclusal

Na anamnese a paciente não relatou em sua rotina nem em sua alimentação nada que justificasse a severidade do caso, com isso, ela foi orientada a fazer um diário de dieta durante uma semana, onde foi analisado e não encontrado algo que justificasse os desgastes na maioria dos elementos dentários.

No exame radiográfico periapical complementar, evidenciou a ausência de lesões ou perda óssea. (Figura 6)

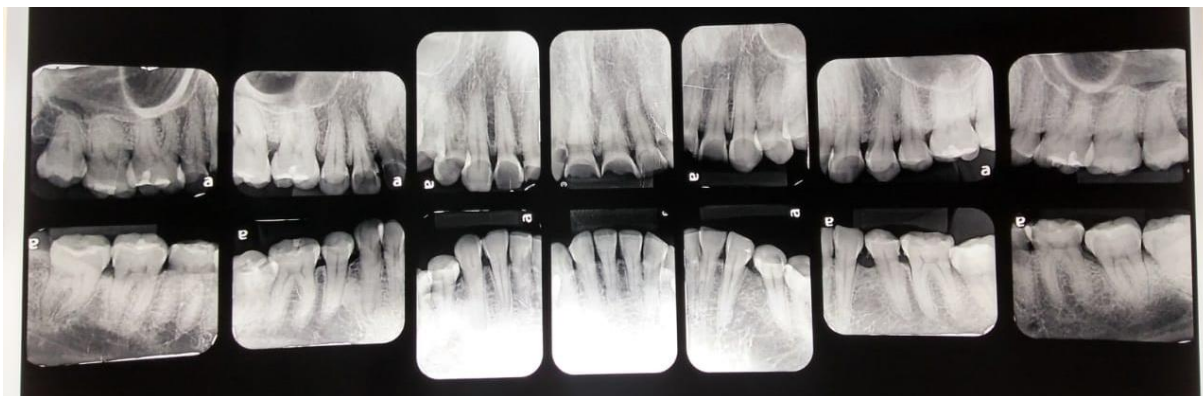


Figura 6: Exame Radiográfico Periapical Completo

A paciente também foi encaminhada fazer o exame de Endoscopia onde indicou Hérnia de Hiato - uma doença que causa refluxos, azias, arrotos involuntários. Desta forma, conclui-se que os desgastes do esmalte são erosão dentaria de origem intrínseca.

De acordo com a classificação de Eccles, a paciente foi considerada Classe III, onde são lesões generalizadas envolvendo dentina em mais de um terço da superfície.

Seguido o planejamento, as moldagens de estudo foram confeccionadas com Hydrogum de ambas as arcadas e vertidos com gesso pedra tipo 3 e, ainda, realizado o registro da oclusão com cera 7. (Figuras 7 a 9)



Figura 7: Modelo de trabalho - oclusão anterior



Figura 8: Modelo de trabalho- oclusão superior



Figura 9: Modelo de trabalho- oclusão inferior

Com objetivo de determinar o comprimento da dimensão a ser restabelecido nos elementos anteriores, um jig com resina acrílica foi confeccionado. (Figura 10 e 11)



Figura 10: Jig – vista anterior



Figura 11: Jig e – vista anterior

Posteriormente os modelos foram montados no articulador semi-ajustável juntamente com o registro de oclusão e com o auxílio do arco facial. (Figura 12 a 14)

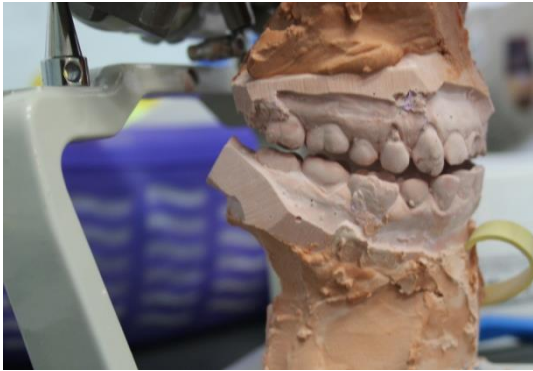


Figura 12: Modelo no ASA- oclusão direita



Figura 13: Modelo no ASA – oclusão esquerda



Figura 14: Modelo no ASA – oclusão anterior

Com o compasso de Willis, foi medida a proporção que seria ideal para a paciente para se estabelecer a oclusão.

Após os modelos de estudo serem enviados ao laboratório - sendo submetidos ao enceramento diagnóstico de apoio posterior e estética anterior - foram realizadas moldagens com Silicona de Adição no enceramento e incrementados com resina bisacrílica (Structur Z (voco) – cor A2) para confecção do mock-up. (Figura 15 a 19)



Figura 15: Enceramento diagnóstico – vista anterior



Figura 16: Enceramento - oclusão superior



Figura 17: Enceramento– oclusão inferior

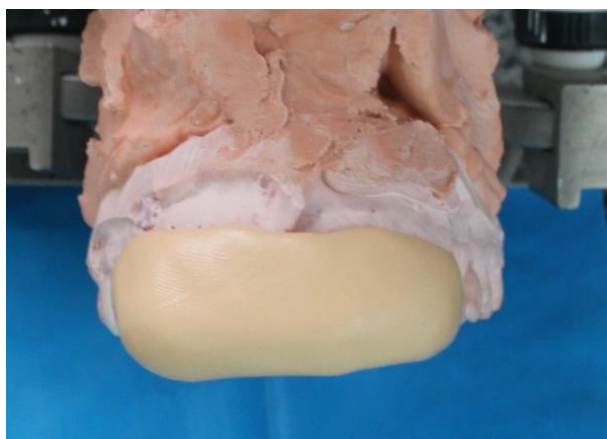


Figura 18: Moldagem do enceramento - anterior



Figura 19: Moldagem do enceramento – inferior



Figura 20: Moldagem do enceramento – superior



Figura 21: Guia de silicone

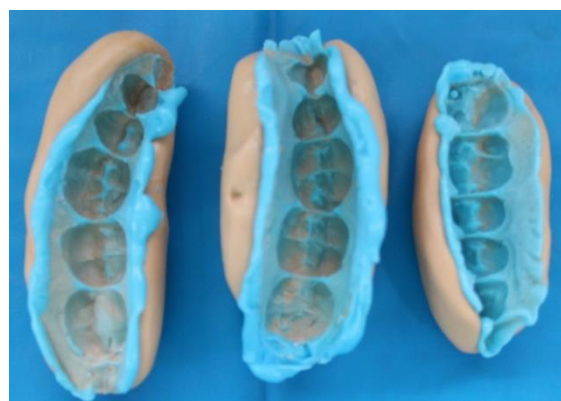


Figura 22: Guia de silicone

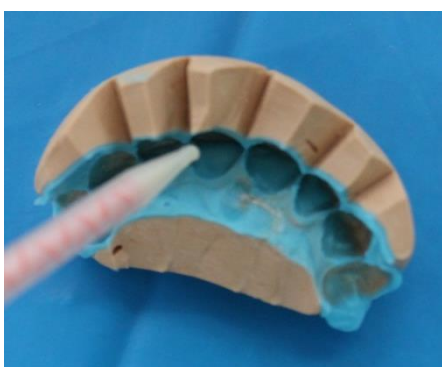


Figura 23: Inserção de Resina Bisacrílica



Figura 24: Inserção de Resina Bisacrílica

Em seguida, com as guias de silicone confeccionadas, os elementos dentários foram preparados com ácido fosfórico (por 15 segundos) e adesivo. Foi inserida a resina bisacrílica nas guias e levadas em posição. Aguardamos o tempo de presa e finalizamos com os ajustes das ameias cervicais para melhor higienização da paciente.(Figura)

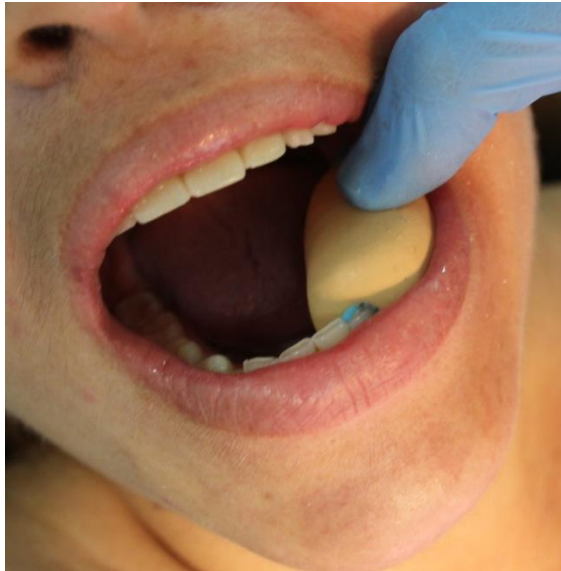


Figura 25: Mock-up em posição



Figura 26: Dentes superiores com Resina Bisacrílica

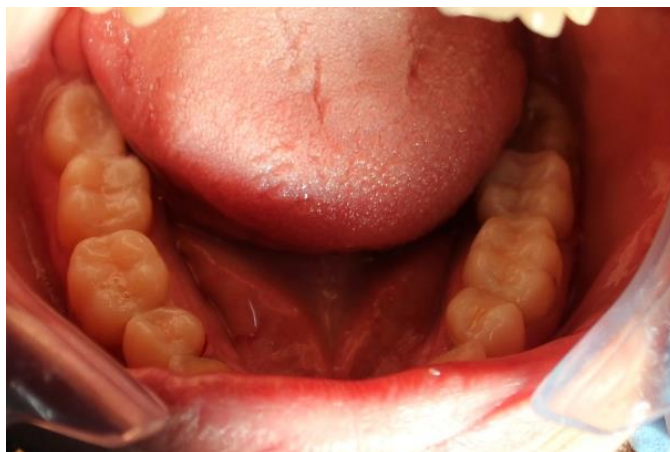


Figura 27: Dentes inferiores com Resina Bisacrílica



Figura 28: Dentes anteriores superiores com Resina Bisacrílica



Figura 29: Vista Lateral Direita



Figura 30: Vista Lateral Esquerda

Após os ajustes, com os dentes já posicionados e fixados corretamente, a paciente foi orientada quanto a higiene bucal – escovação diária normalmente e utilização do passa fio.

Devido a pandemia, a paciente ficou um período de dois anos com mock-up de resina bisacrílica. Para tratamento definitivo foram realizadas as restaurações com resina composta dos dentes posteriores na clínica integrada, tratamento de endodontia nos elementos 11,12,21 e 22 e posteriormente pino de fibra de vidro Exacto da Angelus reembasado com resina composta Z350, cimentado com cimento resinoso dual Relyx U200, núcleo de preenchimento e preparo para coroa total.



Figura 31 Vista anterior – dentes preparados para coroa total após pinos cimentados

Após os preparos prontos, foi inserido o fio retrator Ultrapack Ultradent - 000 e escaneado com escâner intraoral da Dentsply Sirona, CEREC Omnicam, apresentando uma imagem em 3D e em cor natural.



Figura 32 – vista anterior – escaneamento intraoral



Figura 33 - vista oclusal – escaneamento intraoral.



Figura 34 Vista oclusal – escaneamento intraoral antagonista



Figura 35 Escaneamento intraoral – registro de mordida

Optamos por escolher como forma de tratamento definitivo coroas de PMMA (Poli (metacrilato de metila)) que são uma resina acrílica, possui baixo custo e posteriormente a paciente pode trocar por outro material mais resistente.

Antes da cimentação das coroas, foram feitas as provas de encaixe, adaptação e ordem de cimentação. As peças protéticas foram limpas com álcool e posteriormente aplicado silano da Angelus. Nos preparos não foi preciso fazer nenhum tipo de condicionamento devido o cimento ser autoadesivo eliminando assim etapas de condicionamento ácido, primer e adesivo. Foram feitas somente remoção do excesso de cimento do provisório.

O cimento resinoso Relyx U200 foi colocado na peça e levado em posição no dente preparado, removeu-se os excessos com auxílio de um pincel e posteriormente fio dental. Fotoativação com Valo com 40 segundos em cada face dental. Acabamento e polimento final foram realizados.



Figura 36 Vista anterior - coroas totais cimentadas



Figura 37 Vista lateral direita



Figura 38 Vista lateral esquerda

A paciente foi orientada sobre a higienização, uso do fio dental e as visitas periódicas ao dentista.

4 - DISCUSSÃO

Em decorrência do aumento da prevalência de erosão dental conseqüentemente, aumentou o interesse (MARIMOTO, 2014) para um precoce e correto diagnóstico destas lesões cervicais não cariosas.

Segundo Demarco et al. (2015) a erosão é caracterizada pela perda irreversível de esmalte, pela ação de ácidos de origem não bacteriana (SILVA et al, 2019) podendo ter relação com outros fatores como atrição e abrasão (TRUSHKOWSKY; OQUENDO, 2011).

Essas lesões, de acordo com Eccles (1979), são classificadas conforme a severidade e extensão através do exame clínico e ainda, com sua etiologia (IMFELD, 1996), onde a dieta ácida é a principal causa para o fator extrínseco (ZAITOUNI, 2014), os refluxos gastrointestinais por fator intrínseco (GONÇALVES; DEUSDARÁ, 2011) e podendo também ser efeito de fatores psicossomático, mais comum em pacientes jovens que sofrem de bulimia e anorexia (CATELAN; GUEDES; SANTOS, 2010). E de fator idiopático quando a causa é desconhecida não apresentando sinais possíveis para adequado diagnóstico (FUCK, 2011). No caso relatado, após a realização de endoscopia e com diagnóstico de Hérnia de Hiato com refluxos gástrico, foram caracterizados os desgastes dentários de etiologia endógena e classe III, onde são lesões generalizadas envolvendo dentina em mais de um terço da superfície.

A lesão inicia-se com um desgaste superficial do esmalte, com aspecto liso e raso, resultando na perda de brilho do esmalte (PEREIRA; ANAUATE-NETTO; GONÇALVES, 2014) sendo clinicamente a característica mais comum (FRANZNER, 2011). Quando o desgaste acomete a dentina tende a exibir uma descoloração castanho-escuro, sendo que quanto mais profunda a lesão mais intensa a descoloração (CAVACO, 2015) resultando exposição pulpar, bordas incisais finas e fraturadas, perda da dimensão vertical, perda da estética e hipersensibilidade (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010), ao realizar o exame clínico do caso

relatado observou-se dentina com a perda de brilho, perda da dimensão vertical, os incisivos com as bordas finas e fraturadas, e conseqüentemente, perda de estética.

Para um correto diagnóstico, é imprescindível ser minucioso na anamnese, obter o máximo de informação na histórica médica e no exame clínico (VASCONCELOS; VIEIRA; COLARES, 2010) sendo necessário verificar o grau, o fator etiológico e a localização da lesão, para em seguida realizar um planejamento inicial (TUÑAS et al., 2016) deve-se levar em consideração os distúrbios alimentares do paciente, problemas gastrointestinais e uso de medicamentos (CATELAN; GUEDES; SANTOS, 2010). Durante a anamnese do caso, a paciente somente relatou ser Hipertensa controlada, fazendo o uso do medicamento Losartana Potássica (50 mg), porém não há estudos que comprovem alterações no organismo que podem causar erosão dental.

A maneira mais eficaz de evitar as lesões por erosão é eliminando os fatores etiológicos, adotar medidas preventivas, como diminuir o consumo de ácidos ingeridos, o aumento de fluxo salivar precisa ser estimulado, como mecanismo de defesa (TUÑAS et al., 2016) Irá depender do grau de desgaste do tecido dentário para restabelecer a função e a estética do paciente. O tratamento minimamente invasivo deve ser sempre a primeira escolha (ROSA, 2017).

Segundo Costa; Rebolal; Braz (2012) a dimensão vertical está relacionada com a altura do terço inferior da face e é definida como a medida do plano vertical em uma relação espacial da mandíbula com a maxila, dividida em dimensão vertical de repouso (DVR) caracterizada pela posição muscular não dependendo da presença de dentes e, dimensão vertical de oclusão (DVO) quando os dentes estão se tocando, ou seja, em oclusão. Vários métodos foram propostos para determinação de alteração da DVO, seja por diminuição ou aumento. Os mais utilizados em Odontologia, são o método da estética, métrico, deglutição e o fonético (TRENTIN, et al.,2016) Neste caso foi utilizado o teste métrico por meio do compasso de Willis.

O aumento excessivo da dimensão vertical pode ocasionar problemas na musculação facial, nos processos de mastigação e deglutição, dificuldade na fonação, como também aparência de face alongada aumentando a tensão muscular facial (GOIATO; DOS SANTOS, SÔNEGO, 2013) em relação à diminuição, pode ocasionar

uma queilite angular, hipotonicidade muscular (BUGIGA et al., 2016) evidenciação das rugas e linhas de expressão e intrusão labial (GOIATO; DOS SANTOS, SÔNEGO, 2013). No caso apresentado, observou-se a perda da dimensão vertical, tendo como característica a protuberância do mento, a intrusão dos lábios e os desgastes severos dos dentes.

De acordo com Bugiga et al. (2016) para reabilitações orais extensas devem ser realizados modelos de estudos e posteriormente sua montagem em articulador com o objetivo de estimular a simulação de importantes movimentos mandibulares e estabelecer a relação estática e dinâmica dos modelos (CUNHA; MARCHINI, 2014). No presente caso, ambas as arcadas foram moldadas para obtenção de modelo de estudo e posteriormente montadas em ASA, assim devolvendo a dimensão vertical perdida e para a confecção de mock'ups de resina bisacrílica como trabalho provisório e posteriormente, restaurações definitivas.

Devido a constante busca por estética e no avanço da tecnologia, os materiais odontológicos tendem a promover melhores técnicas de tratamento, porém é necessário identificar a expectativa e a condição financeira do paciente (DIEGUES, et al., 2018).

Dentre os materiais restauradores, a resina composta tem como vantagem ser um material mais conservador, não necessita de etapa laboratorial e pode ser feita em única sessão, porém, apresenta baixa resistência e alteração de cor ao longo dos anos (DIEGUES, et al., 2018). Já a cerâmica apresenta características favoráveis, como resistência a compressão, integridade marginal, estabilidade de cor (AMOROSO, et al., 2012) no entanto, como desvantagem, necessita de etapa laboratorial, assim, elevando o custo do tratamento, além do desgaste do antagonista (DIEGUES, et al., 2018). No caso relatado a paciente ficou por aproximadamente três meses com as restaurações provisória (o mock'up) para que houvesse uma melhor adaptação no restabelecimento da dimensão vertical de oclusão e a musculatura se acostumasse com o aumento da mordida. Inicialmente, optou-se por remover o mock'up e restaurar com resina composta, porém este planejamento foi modificado devido à fratura dos dentes anteriores, onde a dentina se encontrava esclerosada não sendo possível uma adesividade correta, conclui-se que o tratamento endodôntico

junto com a confecção de pino de fibra intra radicular e coroa será a melhor opção para tratamento definitivo para aqueles elementos.

5. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que é fundamental o diagnóstico diferencial das lesões cervicais não cariosas e associação destas com a lesão de cárie. Deve ser observado a altura do terço inferior da face para que se possa restabelecer a dimensão vertical de oclusão. A análise e o equilíbrio funcional são prioritários para que posteriormente seja realizado o tratamento estético de forma definitiva. O conjunto desses procedimentos resultará em melhora significativa da autoestima do paciente.

6. REFERÊNCIAS

- AMOROSO, A.P., FERREIRA, M.B., TORCATO, L.B., PELLIZZER, E.P., MAZARO, J.V.Q., GENNARI FILHO, H. Cerâmicas odontológicas: propriedades, indicações e considerações clínicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, São Paulo, v.33, n.2, p. 19-25, 2012.
- ASSIS, C.D. BARIN, C.S.; ELLENSOHN, R.M. Estudo do potencial de erosão dentária de bebidas ácida. UNOPAR. **Cient. Ciênc. Biol Saúde**. Londrina, v.13, n.1, p.11-5, 2011.
- BUGIGA, F.P.; COLPO, F.L.; ANZOLIN, D.; KREVE, S. Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos - relato de caso clínico. **J Oral Invest**, Passo Fundo, v.5, n.2, p.45-52, 2016.
- CATELAN, A; GUEDES, A.P. A; SANTOS, P.H. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. **RFO**, v. 15, n. 1, p. 83-86, São Paulo, 2010.
- CAVACO, Gabrielle Sophie Pires. **Lesões Cervicais Não-Cariosas – Abordagem Histórica, Características Clínicas, Hipersensibilidade Dentinária e Tratamento**. 2015. 59p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) — Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.
- COSTA, S.C.; REBOLLAL, J.; BRAZ, D.B.V. **Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas**. Nova Odessa, São Paulo: Napoleão, 2012.
- CUNHA, V.P.P.; MARCHINI, L. **Prótese total contemporânea na reabilitação bucal**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2014.
- DANTAS, E.M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão da reabilitação protética. **Rev. Odonto**, São Paulo, v.20, n.40, p. 41-8, 2012.
- DIEGUES, M.A., MARQUES, E., MIYAMOTTO, P.A.R., PENTEADO, M.M. Cerâmicas x Resinas Composta: o que utilizar? **Revista UNINGÁ**, Maringá, v.51, n.1, pg.87-94, 2018.
- ECCLES, J.D. Dental erosion of non industrial origin. A clinical survey and classification. **J ProsthetDent**, EUA, v.42, n.6, p.649-53, 1979.
- FONTES, C.L., LUCIANO, L.C.O., FERREIRA, M.C., PASCHOAL, M.A.B. Abordagem da erosão dentária na clínica odontopediátrica; relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid**. São Paulo, v.28, n.3, p. 262-9, 2016
- FRANZNER, B. **Erosão Dentária: revisão de literatura**. 2011. 42p. Monografia (Curso de Especialização em Odontopediatria) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- FUCK, G.D.B. **Erosão dental: diagnóstico e tratamento**. 2011. 35p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de odontologia, Faculdade de Ciências Biológicas da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2011.

GOIATO, M.C., DOS SANTOS, M.D., SÔNEGO, M.V. Abordagem clínica dos registros utilizados para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em prótese total. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 34, n. 1, p. 45, 2013.

GONÇALVES, P.E.; DEUSDARÁ, S.T. Lesões cervicais não cariosas na prática odontológica atual: diagnóstico e prevenção. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.20, n.5-6, p.145-152, 2011.

IMFELD, T. Dental erosion. Definition, classification and links. **J Oral Sci**, Europa, v. 104, n.2, p.151-5, 1996.

MANGUEIRA, D.F.B.; PASSOS, I.A.; OLIVEIRA, A.F.B.; SAMPAIO, C.S. Erosão dentária: etiologia, diagnóstico, prevalência e medidas preventivas. **Arquivos em odontologia**, v.45 n.4 p.220-5, 2009.

MARIMOTO, S; SESMA, N; AGRA, C.M.; GUEDES-PINTO, A.C.; HOJO, K.Y. Erosão Dentaria: etiologia, mecanismos e implicações. **Journal of Bi dentistry and Biomaterials**. Ibirapuera, v.4, n.1, p.6-23, 2014.

MESSIAS, D.C.F.; SERRA, M.C.; TURSSI, C.P. Estratégias para prevenção e controle da erosão dental. RGO - **Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, suplemento 0, p. 7-13, 2011.

PEREIRA, J.C.; ANAUATE-NETTO, C.; GONÇALVES, S.A. **Dentística: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ROSA, J.S.O. **Reabilitação Oral em paciente com erosão dental e Síndrome de Ehlers-Danlos: Relato de Caso**. 2017. p.65. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2017.

SILVA, E.T.C. et al. Lesiones cervicales no cariosas: consideraciones etiológicas, clínicas y terapéuticas. **Revista Cubana de Estomatología**. v.56, n.4, p.1-15, 2019.

SANTOS, F.D.G.; CARDOSO, I.C.G.; ALVES, D.C.B.; MENDONÇA, S.M.S. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. **Rev. Odontol**. São Paulo, v.27, n.1. p. 33-42, 2015.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **A química da cárie dentária e o Flúor - Mecanismos de ação**. In: Thylstrup A, Fejerskov O. Cariologia clínica. 2.ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 231-57

TRENTIN, L.M., REGINATO, V.F., MAROLI, A. BORGES, M.T.R., SPAZZIN, A.O., BACHI, A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. **J Oral Invest**, v.5, n.1, p. 50-60, 2016.

TRUSHKOWSKY, R.D.; OQUENDO, A. Treatment of dentin hypersensitivity. **Dental Clinics**, North America, v.55, p. 599-608, 2011.

TUÑAS, I.T.C.; MEDEIROS, U.V.; TEDESCO, G.; BASTOS, L.F. Erosão dental ocupacional: aspectos clínicos e tratamento. **Rev. Bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v.73, n.3, p. 206-11, 2016.

VALENGA, S. **Métodos para determinação da dimensão vertical de oclusão.** 2016, 26p. Trabalho de conclusão de curso (especialização em prótese dentária) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia, Piracicaba, 2016.

VASCONCELOS, F.M.; VIEIRA, S.C.M.; COLARES, V. Erosão Dental: Diagnóstico, Prevenção e Tratamento no Âmbito da Saúde Bucal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** Pernambuco, v.14, n.1, p.59-64, Camaragibe, 2010.

ZAITOUNI, F. **Abordagem Clínica Da Erosão Dentária.** 2014. 60P. Trabalho para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro(a) Senhor(a):

Eu, Yvona C. F. M. S. J., Cirurgião Dentista, portador do
CPF 89844196898, RG 05819000-0, estabelecido em

cujo telefone de contato é _____, vou desenvolver uma pesquisa
cujo título é "Reabilitação estética em paciente com erosão".

O objetivo deste estudo é relatar o seu quadro clínico, incluindo os dados retirados da história e fotos e/ou radiografias, além das informações obtidas através de exame clínico.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento à respeito da alteração dentária encontrada, que em futuros tratamentos poderá beneficiar outros pacientes.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Poderá, caso sinta necessidade, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, cujo endereço é: UniFOA - Campus Universitário Olezio Galotti - Prédio 1 - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8540. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

A sua **não identificação**, **não** poderá ser garantida pois os dados serão relacionados unicamente a você e as fotografias facilitarão o reconhecimento. Entretanto, serão resguardados o nome, endereço e filiação.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o Sr.(a) e outra arquivada com o pesquisador responsável.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Reabilitação estética em paciente com erosão". Discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em permitir a minha participação nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que a minha **não identificação, não será possível** pois os dados se referem unicamente a mim e as fotografias facilitarão meu reconhecimento. Entretanto, o endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Volta Redonda, 31 / 08 / 18

Luciana de Souza Faria
Assinatura do participante

Nome: Luciana de Souza Faria

Endereço: Rua 01, nº 151 - Padre Jesuino - Volta Redonda

RG: 10172048-0 Fone: (24) 99992-8679

JCPA
Assinatura do pesquisador



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: "Reabilitação estética em paciente com erosão dentária", sob minha responsabilidade, conforme folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa, no Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA, CNPJ 32.504.995/0001-14. Este trabalho tem como objetivo avaliar a presença de alterações dentárias, provenientes do arquivo da disciplina de Dentística.

Atenciosamente,

Nome do orientador
Pesquisadora responsável

De acordo em 31/08, 2018.

Dra. Rosiléa Chain Hartung Habibe
Coordenadora do Curso de Odontologia do UniFOA

APÊNDICE B Autorização para uso de imagem



AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Paciente: Luciana de Souza Faria

Endereço: Rua Vm, nº 151, Parque Jasmim, Volta Redonda

Tel: (24) 999928679

Autorizo gratuita e espontaneamente, a utilização pelo pesquisador responsável, de minhas imagens fotográficas para as finalidades descritas a seguir: Publicação em Revistas Científicas, apresentação em Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação ou Especialização e exposição em Congressos Científicos.



A utilização desse material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Volta Redonda, 20 de Agosto de 2018.

Pesquisador Responsável
RG:

Assinatura do Paciente
RG: 10172 048-0

ANEXO A: Laudo médico

 	PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA Secretaria Municipal de Saúde Hospital Municipal Dr. Munir Rafful
<u>Endoscopia Digestiva Alta</u>	
Nome: <i>Luciana de Souza Faria</i>	Data: 04/09/2018
Solicitação: <i>Dr. Rosa</i>	Indicação: <i>DRGE</i>
Aparelho: <i>VIDEOENDOSCOPIO FUJINON 530 FP</i>	Pré-Medicação: <i>Xilocaína spray à 10% tópico em orofaringe+ Midazolam 5 mg IV.</i>
<u>LAUDO</u>	
<i>Esôfago: calibre, distensibilidade e motilidade de aspecto normal. Junção esôfago- gástrica (JEG) não coincidindo com o pinçamento hiatal. Mucosa normal.</i>	
<i>Estômago: Forma, volume, distensibilidade normais. JEG com dilatação quando vista à retroversão. Secreção em lago mucoso de volume e aspecto normal. Mucosa de fundo e corpo sem alterações. Mucosa de antro normal. Píloro centrado e pérvio.</i>	
<i>Duodeno: Bulbo e segunda porção duodenal sem sinais de alteração.</i>	
<i>Conclusão: Hérnia hiatal por deslizamento.</i>	
<i>Atenciosamente,</i>	
<i>Myrna S. M. Jones</i> Gastroenterologia Endoscopia Digestiva CRM 5275290-8	

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA EM PACIENTE COM EROÇÃO DENTÁRIA: RELATO DE CASO

Pesquisador: Tereza Cristina Favieri de Melo Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06535318.9.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.199.916

Apresentação do Projeto:

Apresentação de um caso clínico com planejamento reabilitador funcional e estético de um paciente com erosão dentária. Para a previsibilidade do resultado reabilitador e para restabelecer a dimensão vertical perdida será confeccionado enceramento diagnóstico e mock-up. Todos os procedimentos realizados são embasados na literatura e visam a preservação de estruturas dentárias, harmonia e equilíbrio, levando em consideração as características individuais do paciente. Os procedimentos propostos no estudo têm a finalidade de mostrar uma prévia dos resultados, para aprovação da reabilitação proposta.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse estudo será realizar o tratamento da erosão no intuito de devolver a forma e função dos dentes acometidos e restabelecer a estética promovendo assim o conforto e autoestima da paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Sem risco

Benefícios: Aumentar o conhecimento dos pesquisadores e leitores sobre as lesões cervicais não cariosas

Endereço: Avenida Paulo Erelé Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br

Continuação do Parecer: 3.199.916

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se mostra relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão dentro das normas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1275684.pdf	26/02/2019 21:01:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	26/02/2019 21:00:31	Tereza Cristina Favieri de Melo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	26/02/2019 21:00:14	Tereza Cristina Favieri de Melo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoedesquisamodificado.pdf	26/02/2019 20:59:52	Tereza Cristina Favieri de Melo Silva	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_TEREZA_FAVIERI_ASSINADA.pdf	12/02/2019 15:23:02	Ana Carolina Gioseffi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizacaodeimagem.jpg	14/12/2018 10:21:49	Tereza Cristina Favieri de Melo Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	pedidoautorizacao.jpg	14/12/2018 10:19:56	Tereza Cristina Favieri de Melo Silva	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/12/2018 10:18:06	Tereza Cristina Favieri de Melo Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	14/12/2018 10:17:17	Tereza Cristina Favieri de Melo	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Erelí Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 3.199.916

Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	14/12/2018 10:17:17	Silva	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 14 de Março de 2019

Assinado por:

**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br