

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**JOSIANE SILVA FERREIRA**  
**TATIANE ROBERTA DE SOUZA PEREIRA GAMA**

**PLANEJAMENTO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO ESTÉTICA –  
RELATO DE CASO**

**VOLTA REDONDA**

**2017**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**PLANEJAMENTO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO ESTÉTICA –  
RELATO DE CASO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Odontologia do UniFOA requisito para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Alunas: Josiane Silva Ferreira

Tatiane Roberta de Souza Pereira Gama

Orientador: Claudio Luis de Melo Silva

Coorientador: Fabio Amaral de Araujo

**VOLTA REDONDA**

**2017**

### FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária:Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

F383pFerreira, Josiane Silva.

Planejamento integrado de reabilitação estética – relato de caso. / Josiane Silva Ferreira; Tatiane Roberta de Souza Pereira Gama. – Volta Redonda: UniFOA, 2017.

45 p. II.

Orientador (a): Claudio Luis de Melo Silva

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2017.

1. Odontologia - TCC. 2. Estética - planejamento. 3. Reabilitação oral. I. Silva, Claudio Luis de Melo Silva. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6

## DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho primeiramente a Deus por nos abençoar e nos permitir que realizássemos esse trabalho, nos auxiliando na conquista do nosso objetivo. Ao nosso orientador Claudio, que, com muito carinho e conhecimento nos ajudou e contribuiu grandemente para nossa formação profissional, às nossas famílias, professores e amigos, que nos apoiaram, nos deram amor e incentivo ao longo de todos esses anos. Nosso muitíssimo obrigada! Amamos vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado chegar até o fim dessa jornada de 5 anos com saúde e dedicação, aos meus pais João e Lurdinha, e minha Irma Juliana por todo amor, confiança e apoio que me foram depositados, sem vocês nada disso seria possível. Agradeço imensamente aos professores, meus amigos e futuros colegas de profissão, minha eterna gratidão a todos vocês! Também agradeço muito a minha dupla Tatiane, pela amizade, apoio, e todos momentos que passamos juntas, desde o início do curso ate essa oportunidade que tivemos de realizar este trabalho para conclusão da nossa graduação. Ao nosso querido orientador Dr. Claudio Melo, faltam-me palavras para agradecer todo bom exemplo e inspiração que tenho tido, agradeço muito pelo carinho, e dedicação depositados em nosso trabalho, muito obrigada!

- Josiane Silva Ferreira.

Agradeço a Deus, por me ajudar nessa caminhada. Aos meus pais e meu esposo pelo carinho e incentivo durante todos os anos da faculdade. A minha amiga e companheira Josiane que me ajudou a concluir esse trabalho. Ao meu orientador Claudio que contribuiu imensamente para o meu conhecimento e a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

- Tatiane Roberta de Souza Pereira Gama.

## EPÍGRAFE

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

## **RESUMO**

Ter um sorriso estético e harmônico tem se tornado cada vez mais almejado pelos pacientes, com toda essa procura pelo sorriso “perfeito”, os materiais estéticos evoluíram muito, e se tornaram cada vez mais resistentes, com uma longevidade muito grande, devido a isso, deve-se realizar um planejamento integrado com uma equipe interdisciplinar, munindo-se de diversas ferramentas para melhorar a visualização dos problemas estéticos, e propor soluções que sejam possíveis esteticamente e funcionalmente para se obter resultados agradáveis tanto para o profissional, quanto para o paciente. O presente estudo buscou apresentar o relato de um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 24 anos, que queixava-se de possuir dentes muito pequenos e separados a partir disso foi realizado todo um planejamento integrado para a reabilitação estética da paciente em questão, em que realizou-se a anamnese, exame clínico, moldagem, fotografias, DSD, enceramento diagnóstico, mock-up e planejamento da cirurgia periodontal. Concluiu-se que o planejamento é imprescindível no tratamento reabilitador estético, deve ser realizado de forma integrada e multidisciplinar, utilizando-se todas as ferramentas possíveis para se ter um resultado de excelência. Sem planejamento as chances de erro e insatisfação são muito grandes.

Palavras-chave: Planejamento; Estética; Reabilitação oral.

## **ABSTRACT**

Having an aesthetic and harmonic smile is becoming more and more desired between patients. With all this search for a “perfect” smile, the aesthetic materials have evolved a lot and have become more resistant, with a better longevity, due to that, an integrated planning must be made by an interdisciplinarity team, making use of many tools that help finding aesthetic problems and propose solutions that are aesthetically and functionally possible, in order to obtain satisfying results to the professional and the patient. The present study aimed to present a clinical case of a female client, 24 years old, who complained about having really small and separated teeth, and from that, an integrated planning was created to the patient's

aesthetic rehabilitation, in which were made the anamnesis, clinical examination, molding, photos, DSD, diagnostic wax-up, mockup and a periodontal surgery's planning. It was concluded that the planning is indispensable while making an aesthetic rehabilitation treatment, it needs to be made in an integrated and multidisciplinary way, using all possible tools to obtain an excellent result. Without the planning, there is a big chance of mistakes being made and, therefore, dissatisfaction.

Key words: Planning; Aesthetics; Oral rehabilitation.

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Reabilitação estética**

A busca constante para se ter um sorriso estético e harmônico aumenta muito o nível de exigência e de expectativa dos pacientes. Com isso, propicia-se o desenvolvimento de materiais novos e técnicas na Odontologia, com o objetivo de procedimentos mais conservadores com resultados cada vez mais previsíveis esteticamente (GOLDSTEIN, 1969).

Ultimamente a busca pela estética aumentou muito, e com a evolução dos materiais, as cerâmicas tem se tornado uma opção muito boa para procedimentos restauradores indiretos estéticos. Esse material está tornando-se popular devido a sua capacidade de reproduzir a aparência dos dentes naturais, inclusive o comportamento biomecânico, resistência à compressão, lisura de superfície, resistência ao desgaste, brilho, pequeno acúmulo de placa, características físicas, mecânicas e ópticas semelhantes as do esmalte (SOARES et al., 2005).

Algumas pessoas apresentam um sorriso esteticamente comprometido devido à excessiva exposição da gengiva, o que gera um visual desequilibrado nas proporções ideais de estética vermelha (gengiva) e branca (dentes). Com isso, a odontologia moderna busca corresponder às expectativas estéticas dos pacientes utilizando procedimentos minimamente invasivos, que possibilitem a manutenção da saúde, da função e da estética em longo prazo (LOBO, 2011).

Se conduzir com cautela os passos clínicos e laboratoriais (procedimentos de preparo, moldagem, prova, cimentação e ajuste da faceta), sem esquecer a importância da indicação para cada caso, o resultado será um sucesso, garantindo longevidade ao trabalho e satisfação paciente (BENETTI et al. , 2003).

## **1.2 Planejamento estético**

Todo tratamento estético dental tem como objetivo criar um design que preencha as necessidades estéticas, funcionais, e emocionais do paciente. Se o resultado final não atingir as expectativas estéticas do paciente, todas as técnicas e materiais modernos acabam sendo inúteis. Devido a isso, a equipe interdisciplinar deve utilizar todas ferramentas que estiverem ao alcance para melhorar a visualização dos problemas estéticos, criar soluções possíveis, e mostrar essas soluções de forma eficiente para o paciente e orientar com precisão os métodos clínicos e laboratoriais para atingir resultados aguardados (COACHMAN; CALAMITA; SCHAYDER, 2012).

As cerâmicas reforçadas com dissilicato de lítio possuem alta resistência mecânica e ao desgaste, sem comprometimento das propriedades ópticas que são o principal para a qualidade estética da restauração, por esse motivo, as facetas cerâmicas são uma opção para se recuperar estética e função, melhorando os problemas de alteração de cor, forma e posição (SOARES et al., 2005).

A associação entre clareamento dentário e facetas cerâmicas com preparos minimamente invasivos proporciona resultados estéticos satisfatórios, se levar em consideração o princípio da conservação de estrutura dentária. Além disso, o sucesso das reabilitações com facetas cerâmicas depende de um minucioso exame clínico, um correto diagnóstico e indicação baseada em evidências científicas, permitindo a obtenção de um sorriso estético e harmonioso, com garantia de longevidade clínica (RODRIGUES, 2012).

É muito importante que se realize o planejamento oclusal da reabilitação estética, analisando se há perda da dimensão vertical de oclusão (DVO), segundo Cardoso (2007) quando ocorre a perda da dimensão vertical de oclusão, é necessário que se faça a confirmação e que se proponha ao paciente o tratamento específico. Para o diagnóstico existem alguns métodos, o de Willis e teste fonético ou teste de Silvermam. No teste de Willis é utilizado um compasso que faz

marcações externas, na mandíbula e na maxila, essas medições são feitas quando o paciente está em posição de repouso. Após essas medições é feita a marcação do paciente em oclusão superior e inferior, se a medição passar de 3mm houve diminuição da DVO, já o teste fonético, usamos palavras com a letra S, buscando a DVO. Com o diagnóstico realizado, poderão ser confeccionados provisórios, onde os posteriores são instalados primeiro e ajustados em dimensão vertical, e após isso, os anteriores poderão ser confeccionados e cimentados provisoriamente. Então o paciente usará os provisórios e com o acompanhamento necessário será observado a necessidade de ajustes, caso o paciente não sinta nenhum incomodo serão confeccionados os trabalhos definitivos.

Dentro do planejamento oclusal, também é muito importante que se respeite as guias anteriores na oclusão do paciente, para que não hajam danos ao sistema estomatognático futuramente. Segundo Cardoso (2007) a guia anterior é quando a mandíbula faz movimento póstero anterior, e os dentes inferiores passam pela palatina dos dentes superiores e a desocclusão pelo canino acontece no movimento de lateralidade, o canino inferior desliza sobre o canino superior entrando em desocclusão. Quando a desocclusão está em grupo a medida que a mandíbula se movimenta ocorre a desocclusão nos dentes posteriores no lado de trabalho. É muito importante ao realizar qualquer trabalho restaurador que este não atrapalhe a oclusão do paciente, o cirurgião dentista antes de realizar os trabalhos restauradores devem observar quais os elementos são usados nos movimentos laterais direito, esquerdo e protrusivo a fim de manter os movimentos corretos.

### **1.3 Oclusão**

A dimensão vertical de oclusão condiz com a altura do terço inferior da face, quando os dentes estão em contato entre as cúspides, ou seja, em oclusão total (BERTERETCHE; HUE, 2002).

A dimensão vertical de repouso constitui-se na posição de equilíbrio postural, ela é definida pela ausência de contatos interdentários, na qual os côndilos se encontram em uma posição neutra, sem qualquer contração, na altura das estruturas articulares e seus componentes anatomicos (BERTERETCHE; HUE, 2002).

Segundo BERTERETCHE, HUE (2002), o espaço funcional livre é a distância das superfícies oclusais dos dentes superiores e inferiores, quando a mandíbula

permanece em repouso, em outras palavras, seria a distância que separa a DVO da DVR.

#### **1.4 Modelos de estudo**

É necessário ter um modelo de estudo preciso e mais detalhado, por esse motivo deve-se optar por uma moldagem realizada com silicona de adição, sugere-se que seja feita uma moldagem de dois passos que resultará numa cópia com maior precisão das estruturas (CLAVIJO; BOCABELLA; KABBACH, 2013).

Ao adquirir os modelos de estudo do paciente, pode-se com ele, ter uma visualização muito melhor dos dentes e tecidos vizinhos, permitindo uma visão tridimensional em que se torna possível observar o que não é visível clinicamente, ou seja, conseguimos visualizar o formato dos dentes e sua relação junto com os antagonistas, posição e inclinação dos elementos e detalhes periodontais (HIGASH et al., 2006 ).

O enceramento diagnóstico é realizado em cima dos modelos de estudo facilitando assim, a visualização do formato, posicionamento e proporção da reabilitação futura, que deve ser planejada para se realizar acordando com a melhor organização funcional e estética possível (HIGASH et al.,2006 ).

#### **1.5 DSD**

O DSD é um utensílio usado para melhorar a visão do profissional em seus diagnósticos. Através do DSD é concedida a descoberta de fatores clínicos que, às vezes, podem passar despercebidos pelas fotografias e até mesmo no exame do modelo de estudo (PASTOR; COACHMAN; CALAMITA, 2014).

São desenhadas linhas e formas de alta qualidade sobre a tela do computador, permitindo uma melhor visão, percebendo também os fatores que são prejudiciais, como assimetrias e desarmonias faciais. Quando o problema é encontrado, a solução é simplificada através da técnica apropriada (PASTOR; COACHMAN; CALAMITA, 2014).

Segundo Coachman, Calamita, Schayder (2012), para se fazer o uso do DSD são necessárias três fotos: foto de face com sorriso amplo e dentes entre abertos; foto de face em repouso; e foto intraoral do arco superior. E através delas, são colocadas 2 linhas no centro do slide formando uma cruz, A foto facial é colocada

atrás das linhas. A foto da face é movimentada atrás das linhas até que seja atingida uma posição esteticamente harmônica. A cruz é transferida para a região do sorriso, o que permite uma análise comparativa entre face e dentes. Podem ser feitas simulações para melhorar o entendimento da posição/ proporção ideal dos incisivos. Isso permitirá uma análise dentogengival efetiva em relação à face. Mensurar a relação largura-altura dental no slide é muito simples e proporciona uma análise da proporção atual e uma comparação com o que seria ideal. Pode-se inserir o contorno dental, permitindo ser copiado de um acervo de formas dentais para acelerar o processo. Todos os desenhos deverão ser feitos de acordo com aquilo que se quer visualizar e/ou comunicar a partir desse momento, e não há regras, porém deve ser feita uma análise personalizada de cada caso. Através da cruz facial, os desenhos sobrepostos e a foto intraoral, a visualização de problemas estéticos ficam mais evidentes de forma simples. A régua digital pode ser calibrada sobre a foto de forma a permitir a mensuração das relações importantes que ficaram evidentes através dos desenhos. Utilizando a régua digital e um paquímetro, podemos transferir a cruz facial para o modelo, o que guia o enceramento de diagnóstico de forma a se esquivar dos problemas de desvio da linha média e inclinação do plano oclusal.

A ferramenta de desenho digital do sorriso pode tornar o diagnóstico mais verdadeiro e o plano de tratamento mais completo, reduzindo também o tempo e materiais do profissional. O sorriso que foi desenhado pelo técnico, é usado como base para o enceramento ajustando os arranjos e formas de acordo com as informações passadas pelo cirurgião dentista (PASTOR; COACHMAN; CALAMITA, 2014).

O DSD é um instrumento multiuso que auxilia a equipe de profissionais envolvidos na reabilitação estética mediante o tratamento, aperfeiçoando na compreensão dos problemas estéticos e ampliando a aceitação do tratamento pelo paciente. A inserção de linhas de referência e desenhos sobre as fotos facial e intraoral ajuda a avaliar as limitações e a visão, princípios estéticos e fatores de risco. Serão garantidos melhores resultados através desses dados críticos, que irão guiar o tratamento em todas as suas fases (COACHMAN; CALAMITA; SCHAYDER, 2012).

## **1.6 Enceramento diagnóstico**

O objetivo do enceramento diagnóstico é determinar as modificações para um novo sorriso, e é guiado pelo DSD (PASTOR; COACHMAN; CALAMITA, 2014).

Quando existem muitas alterações a serem realizadas, um planejamento restaurador utilizando modelos de estudos e um ensaio intra-oral proporciona ao dentista trabalhar com grande previsibilidade dos resultados, o que gera uma quantidade menor de erros (HIGASH et al., 2006).

O enceramento de diagnóstico estético guiado torna-se uma referência significativa para todas condutas cirúrgicas, ortodônticas e restauradoras. Inúmeras guias podem ser produzidas com esse enceramento para controlar esses passos. O passo seguinte para avaliar a precisão do DSD e do enceramento de diagnóstico é desenvolver um teste intraoral através de um “mock-up” feito com Bis-Acril e uma muralha de silicone. Depois que obtivermos a aprovação do paciente, e avaliação estética final, podemos prosseguir o tratamento de forma previsível e controlada. (COACHMAN; CALAMITA; SCHAYDER, 2012).

É considerável realizar o enceramento diagnóstico para os pacientes que possuem problema em imaginar como ficarão as possíveis transformações que podem ser efetuadas em seu sorriso depois da reabilitação estética, e também auxilia na comunicação entre dentista / paciente (HIGASH et al., 2006).

### **1.7 Mock-up**

Quando existem muitas alterações a serem realizadas, um planejamento restaurador utilizando modelos de estudos e um ensaio intra-oral proporciona ao dentista trabalhar com grande previsibilidade dos resultados, o que gera uma quantidade menor de erros (HIGASH et al., 2006).

Para realizar o mock-up será necessário usar o modelo de estudo que foi confeccionado a partir do modelo digital. Será utilizado para moldagem a silicona de adição base leve e pesada para uma melhor fidelidade dos detalhes, depois será recortada no nível da gengiva para delimitar a margem gengival. Após isso será utilizada a resina bisacrilica, que será colocada no modelo do mock-up e levada até a boca sobre os dentes, e então, se remove alguns excessos após a reação de presa, deixando sempre a margem gengival bem acabada (PASTOR; COACHMAN; CALAMITA, 2014).

É imprescindível após o término do ensaio restaurador, que o profissional e o paciente examinem o resultado, modificações intra-orais e ajustes podem ser efetuados caso seja preciso, com o objetivo de suprir a expectativa de cada paciente (HIGASH et al., 2006).

### **1.8 Resina bisacrílica**

A resina bisacrílica é uma resina composta utilizada para realizar restaurações provisórias. Possui sua polimerização de forma química, ao ser misturada automaticamente em pistolas, que possuem pontas parecidas com as utilizadas nos sistemas de silicóna de adição, e possuem cores variadas. Após a realização da moldagem do enceramento diagnóstico com silicóna de adição, temos um molde, que se preenche com uma resina bisacrílica, posiciona-se nos elementos e se aguarda até que haja a completa reação de presa. Quando chegar ao final da polimerização, podemos remover o molde, e então analisar o ensaio realizado (HIGASH et al., 2006).

O objetivo desse estudo foi apresentar o relato de um caso clínico no qual foi realizado um planejamento para uma reabilitação estética do sorriso, descrevendo todo o protocolo de um planejamento para facetas de dissilicato de lítio, abordando todas as fases, desde a fotografia inicial, moldagem, enceramento diagnóstico e mock-up.

## **2. RELATO DE CASO**

Esse trabalho foi submetido ao CoEPS e aprovado, segundo o CAAE: 65411317.5.0000.5237.

Paciente T.R.S.P.G. 24 anos, sexo feminino, procurou o UniFOA, queixando-se que seu sorriso a incomodava por possuir dentes muito separados e pequenos. No exame clínico e radiográfico, observou-se que a paciente possuía saúde periodontal e nenhuma lesão de cárie, apresentava microdontia e overbite acentuado. Foram realizadas fotografias intraorais e extraorais para realizar o planejamento da reabilitação estética (figuras 1 a 7).



Figura 1- Vista frontal da paciente, mostrando o overbite acentuado.



Figura 2 – Dentes anteriores em desocclusão mostrando a microdontia.



Figura 3 - Vista lateral esquerda dos dentes em oclusão.



Figura 4 - Vista lateral direita dos dentes em oclusão.



Figura 5 – Imagem mostrando sorriso da paciente do com visão lateral esquerda.



Figura 6 – Imagem mostrando sorriso da paciente do com visão lateral direita.



Figura 7 – Imagem mostrando sorriso da paciente com visão frontal.

Foi realizado na fotografia frontal o DSD, conforme figura 8.



Figura 8 – Imagem mostrando DSD realizado em foto da paciente com vista frontal e os dentes em oclusão.

Foi realizada a moldagem para o planejamento, realizada com silicona de adição base pesada e base leve (futura-DFL), e o modelo vazado em gesso pedra tipo IV (Durone). E montado em articulador semi ajustável (bioart) (figura 9), para realização do enceramento diagnóstico (figuras 10 e 11), que foi guiado pelo DSD e observou-se que houve a necessidade de fazer o enceramento na oclusal para aumento da DVO e correção do overbite acentuado (figura 12).

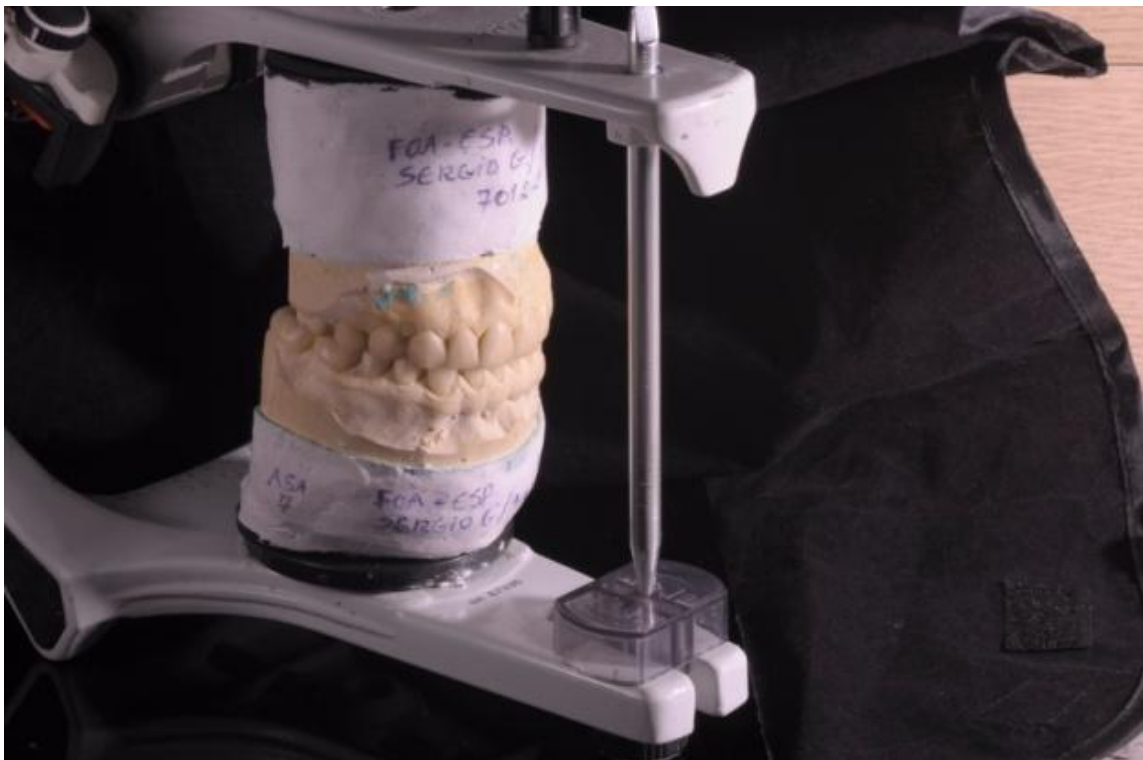


Figura 9 – Enceramento diagnóstico em modelo montado em articulador semi ajustável.



Figura 10 – Imagem mostrando enceramento diagnóstico nos dentes superiores.



Figura 11 – Imagem mostrando enceramento diagnóstico nos dentes inferiores.



Figura 12 – Imagem mostrando enceramento diagnóstico na oclusal e incisal dos dentes.

O próximo passo foi a realização do mock-up (figuras 17, 18 e 20). Realizou-se a moldagem do enceramento com silicona de adição base pesada e base leve (figuras 13 a 15) (Futura-DFL), e usou-se a resina bisacrílica (figuras 16,19 e 20) (Protemp-3M) para a confecção do ensaio intraoral.

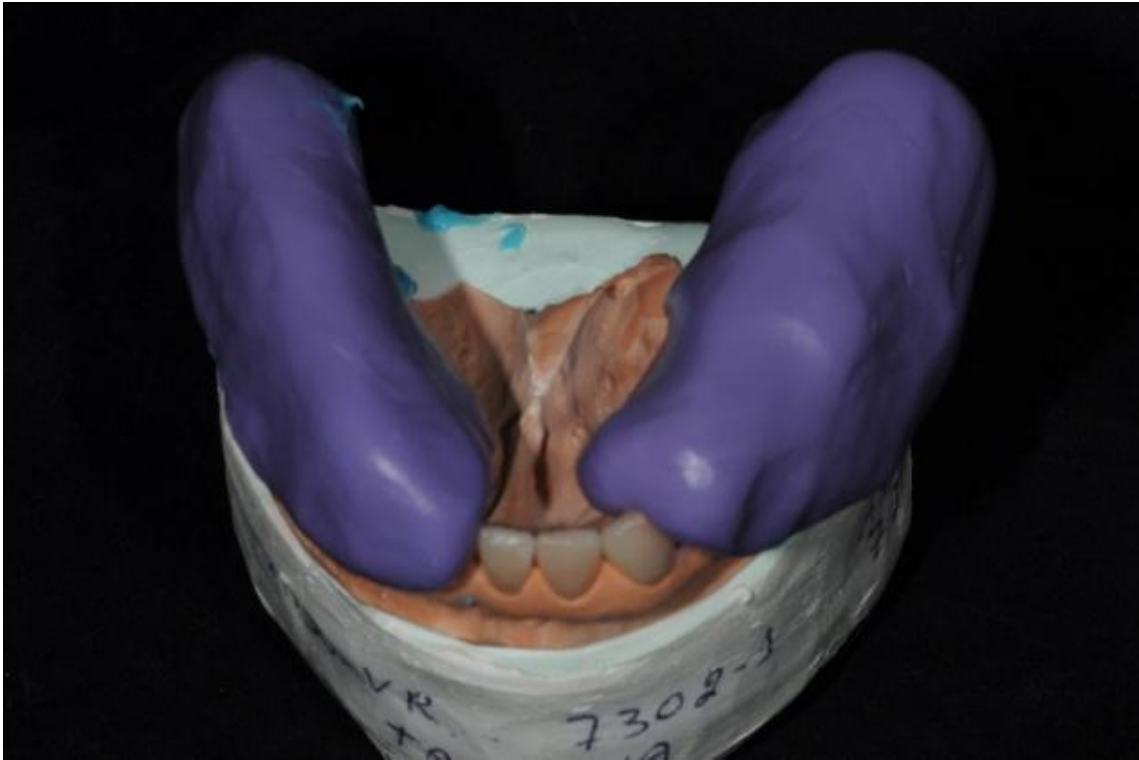


Figura 13 – Moldagem do enceramento diagnóstico com silicóna de adição base pesada nos dentes posteriores, onde se ajustou a oclusão.



Figura 14 – Moldagem do enceramento diagnóstico com silicóna de adição base leve nos dentes posteriores, onde se ajustou a oclusão.



Figura 15 – Moldes dos dentes posteriores confeccionados com silicona de adição de base leve e base pesada.



Figura 16 – Resina acrílica sendo aplicada no molde dos dentes posteriores.



Figura 17 – Resina bisacrílica sendo aplicada nos dentes.



Figura 18 – Mock-up nos dentes posteriores, ajustando a DVO e corrigindo mordida profunda.

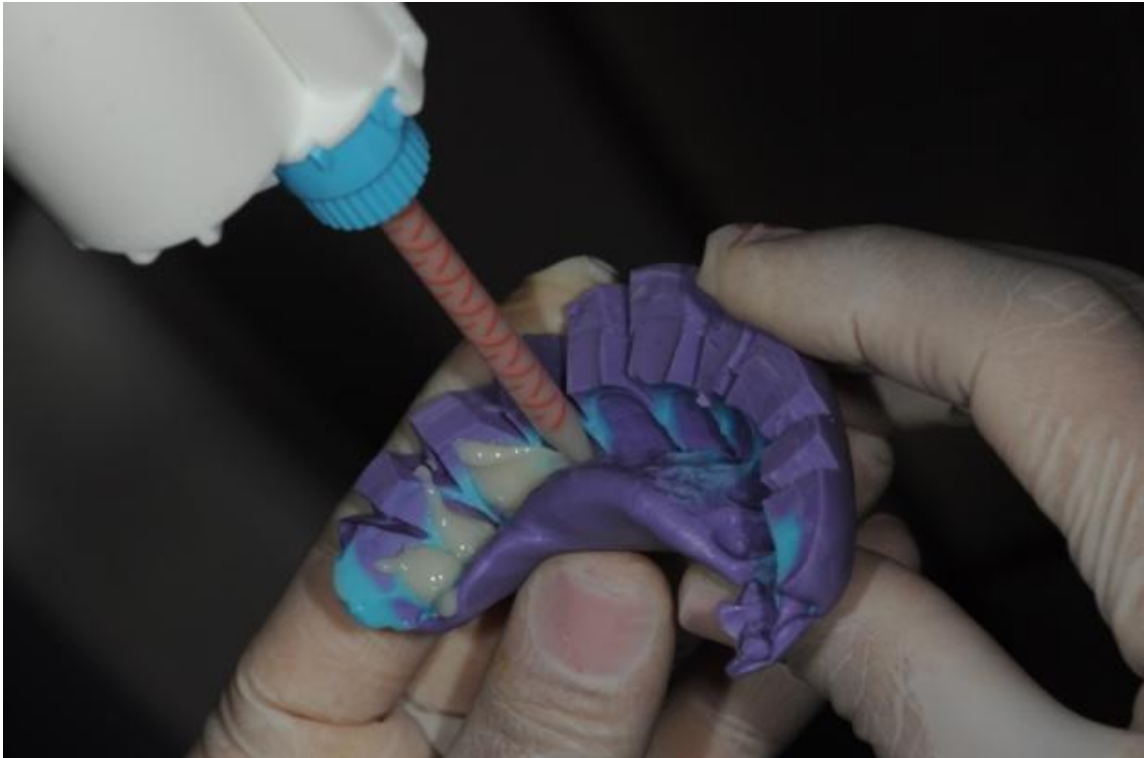


Figura 19 – Resina acrílica sendo aplicada no molde dos dentes anteriores.



Figura 20 – Resina acrílica sendo levada aos dentes anteriores para melhorar a parte estética.

Ao examinar o mock-up (figuras: 21 a 24), observou-se a necessidade de ajuste e da realização da cirurgia periodontal, e foi mostrado a paciente para que a mesma pudesse avaliar como ficará seu sorriso futuramente.



Figura 21 – Mock-up nos dentes posteriores, mostrando a DVO estabelecida e correção do overbite acentuado.



Figura 22- Vista lateral direita do sorriso da paciente com mock-up.



Figura 23 - Vista lateral da esquerda do sorriso da paciente com mock-up.



Figura 24- Vista frontal do sorriso da paciente com mock-up.

Através do mock-up foi observado a quantidade de tecido periodontal que será necessário retirarmos através da gengivectomia (figuras 25 e 26) para melhor harmonização do sorriso.



Figura 25 – Marcação do periodonto com caneta para observar a quantidade de tecido que deverá ser retirado na cirurgia periodontal.



Figura 26 - Sorriso frontal mostrando antes e depois do mock-up.

### 3. DISCUSSÃO

O exame clínico é uma parte muito importante do planejamento, é através dele que se observa as alterações que necessitam de uma intervenção. Caso a dimensão vertical não condiga com a normalidade, como ocorreu no caso, em que

foi percebido que a paciente possuía overbite acentuado que segundo Brito, Leite e Machado (2009) é quando os incisivos superiores revestem os incisivos inferiores além do que normalmente se encontra clinicamente. Também foi observado que a paciente possui microdontia, que é a condição do paciente que possui dentes em tamanho menor do que o habitual (GUTTAL et al, 2010).

A moldagem foi realizada com silicona de adição. Segundo Clavijo, Bocabella e Kabbach (2013) sempre que for possível, deve-se optar por esse material, pelo fato de o mesmo proporcionar um modelo mais preciso e mais detalhado, e também sugere-se que seja realizada uma moldagem de dois passos, que resultará em uma cópia com mais precisão de todas estruturas.

A fotografia é uma parte muito importante para o planejamento, com ela pode-se observar melhor os detalhes, acompanhar os resultados adquiridos (comparando as fotografias iniciais e finais), documentar, e o mais importante para o nosso caso, planejar as restaurações minimamente invasivas. Com as fotos, foi realizado o DSD e obteve-se um guia para a confecção do enceramento diagnóstico (CLAVIJO; BOCABELLA; KABBACH, 2013).

DSD (digital smile design), criado por Cristian Coachman, tornou-se uma importante ferramenta auxiliar nos planejamentos estéticos. Esta ferramenta ajuda o cirurgião dentista a devolver para o paciente um sorriso harmônico a partir de formas e proporções, bem como a harmonia associada aos dentes e gengiva. Através de simulações, permite ao profissional e ao paciente um melhor entendimento das possibilidades do tratamento e a criação de possíveis soluções. Coachman e Calamita (2012) afirmaram que o método tradicional para a reabilitação estética impõe muita responsabilidade sobre o técnico de laboratório e que na maioria das vezes não possui todas as informações necessárias para a realização do trabalho idealizado, podendo assim perder a chance de chegar no resultado esperado pelo paciente. Dessa forma, o DSD veio com a finalidade de facilitar o trabalho do profissional e de toda a equipe, para que possam visualizar e realizar o planejamento com maiores detalhes do sorriso ideal para cada tipo de rosto.

Esse plano de tratamento, que inclui o desenho do sorriso, trouxe a previsibilidade dos tratamentos, em casos de diferentes complexidades. Neste trabalho, esta ferramenta digital calibrou a medida da foto com as proporções reais do dente e a partir daí pode-se analisar a proporção atual e uma comparação com a proporção ideal. Para o dentista visagista, o DSD é uma ferramenta importante em

seus planejamentos, uma vez que o utilizam para realizar o desenho de acordo com a interpretação da imagem pessoal do indivíduo. Este planejamento virtual vai apresentar uma previsão da reabilitação estética do paciente, guiando assim o enceramento diagnóstico para que possam, juntos, avaliar e chegar o mais perto possível do desejado de ambos, considerando os anseios do paciente e as possibilidades de execução. Levando assim à personificação do sorriso (COACHMAN et al., 2011).

Hallawell (2010) verificou que o visagismo tem o poder de personalizar o sorriso, podendo então, enfatizar ou mascarar uma característica em especial que o paciente queira em sua aparência. O visagismo faz uma ponte entre o que o consumidor deseja do tratamento e a transposição dessa vontade num esboço de sorriso que mostre essa idealização através de imagens, do enceramento e do mock-up, levando a um resultado mais fiel ao que o paciente deseja e precisa.

O enceramento diagnóstico foi realizado no modelo de estudo e guiado pelo DSD, tornando possível determinar as mudanças que serão realizadas no sorriso, foi feita a moldagem desse enceramento com silicona de adição base leve e base pesada, que foi utilizado posteriormente para a realização do mock-up, segundo Lobo et al. (2013) o enceramento é um instrumento que ajuda na determinação do melhor tratamento restaurador, através dele e sua transferência para a boca (mock-up) se pode ter a visualização da forma dos elementos, curvaturas, oclusão, fonética, a harmonia e satisfação do paciente, é realizado seguindo padrões laboratoriais e clínicos que condizem com as características físicas do paciente e expectativas do mesmo. As estruturas são esculpidas em cera em laboratório, guiada pelo DSD.

Pagani et al. (2013) descreveu o enceramento diagnóstico como um procedimento diagnóstico, em que as restaurações serão realizadas em cera no modelo de estudo, com a finalidade de otimizar os processos do trabalho. No modelo, são construídas em cera as formas que os elementos a serem reabilitados terão. Este procedimento também auxilia na seleção do material restaurador e expõe a necessidade de cirurgias pré protéticas. Por meio do enceramento observa-se se o espaço interoclusal que o paciente possui é o necessário para a realização das restaurações planejadas, podendo assim realizar ajustes prévios com o objetivo de se alcançar o ideal, como ocorreu no caso, a princípio seria realizado apenas as facetas nos elementos anteriores, mas com a realização do enceramentos

percebeu-se que seria necessário fazer o aumento nos dentes posteriores para correção da mordida profunda.

O enceramento diagnóstico proporciona uma comunicação melhor dos desejos do paciente, pois o mesmo pode visualizar o planejamento da reabilitação numa fase onde é possível fazer modificações, com esse enceramento, pode ser realizado uma restauração provisória, que é um ensaio em que o paciente e o profissional podem visualizar e ainda propor mudanças (PAGANI et al., 2013).

Com a moldagem do enceramento em mãos, partimos para a realização do mock-up, que segundo Pagani et al. (2013) é um auxílio visual para o paciente compreender e se convencer sobre a necessidade do tratamento, com ele é possível, ver como as mudanças estarão em harmonia com as estruturas da face e fonética.

Realiza-se uma matriz em silicóna de adição que é confeccionado ao moldar o modelo com enceramento diagnóstico, que é levada aos dentes preenchida com resina bisacrílica, espera que haja a reação de presa, e então se realiza alguns ajustes necessários, se retira excessos, e fotografa novamente o paciente de vários ângulos, para a visualização do que se deve melhorar, esse mock-up deve ser usado pelo paciente por uns dias para avaliação de fala, conforto oclusal e estética (PAGANI et al., 2013).

Foi usado a resina bisacrílica (Protemp<sup>TM</sup> 4 – 3M) que é uma resina indicada para procedimentos provisórios. A mesma possui uma manipulação rápida e fácil, qualidade estética, resistência mecânica, e possui lisura superficial, o que é mais saudável ao periodonto, também possui fluorescência semelhante ao dente, brilho natural sem polimento, melhor estabilidade de cor e um tempo de trabalho mais econômico.

Com a instalação do mock-up, tem-se a noção da quantidade de tecido que deverá ser retirado para a melhor adaptação das facetas. Segundo Lobo et al. (2013) o planejamento dessa cirurgia é essencial para serem definidos os objetivos finais de um tratamento e os passos clínicos a serem realizados.

É fundamental fazer um exame clínico eficaz e junto com ele observar a expectativa do paciente e explicar ao paciente todas as formas possíveis de seu tratamento. Para um planejamento eficaz requer fotografias intra orais e extra orais, filmagem dinâmica durante uma conversa, investigação de focos infecciosos na cavidade oral, a oclusão é extremamente importante como os dentes estão

posicionados e saúde gengival, os modelos de estudo para um bom planejamento, exames de tomografia para verificar a quantidade de tecido nos processos alveolares. Deve ser explicado todas as etapas clínicas ao paciente, os pontos positivos e negativos de todas as opções de tratamento e deixá-lo em livre escolha (LOBO et al., 2013).

Segundo Lobo et al. (2013) a margem gengival é uma área delicada para um tratamento estético pois depende da recuperação dos tecidos e sintonia entre as proporções da face para um aspecto natural. A estética periodontal tem como objetivo realçar a beleza das coroas dentais sem comprometer a saúde do sorriso. Antes de começar qualquer tratamento, deve-se observar a quantidade e a cor da gengiva e a altura dos dentes em relação a gengiva, observando que os laterais têm a flexibilidade na margem gengival de 1,0mm coronal quando comparado aos incisivos centrais e então, deixar em harmonia o zênite gengival de incisivos a caninos.

O objetivo do aumento de coroa clínica estética é reconduzir as margens gengivais com a finalidade de se ter um sorriso mais harmônico, antes do procedimento deve-se analisar clinicamente e radiograficamente para que se respeite o espaço biológico, que é constituído pelo sulco gengival, epitélio juncional e sulco de inserção conjuntiva, para que se tenha uma boa cicatrização e evite processos inflamatórios. Nesse tipo de cirurgia não há necessidade de sutura, devido à sua simplicidade, resultando em uma cicatrização mais rápida (LOBO et al., 2013).

#### **4. CONCLUSÃO**

O presente estudo permite concluir que o planejamento é uma parte de grande importância para o tratamento reabilitador estético, e deve ser realizado de forma integrada e multidisciplinar, utilizando todos os recursos possíveis para se alcançar um resultado de excelência, com satisfação para o paciente e para os profissionais envolvidos. Sem planejamento as chances de erro e insatisfação são muito grandes.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENETTI, A. R.; MIRANDA, C. B.; AMORE, R.; PAGANI, C. Facetas indiretas em porcelana - alternativa estética, **j. bras.dentística& estética**. v. 2, n. 7, p. 186-94, 2003.

BERTERETCHE, M. V.; HUE, O. Dimensões Verticais. In: **Oclusão Princípios Práticos**. 1.ed. Local: Editora ARTMED, 2002. Capítulo: 4, p.45-46.

BRITO, H. H. A.; LEITE, H. R.; MACHADO, A. W. OrtodonOrtop Facial 128. **R Dental Press**, Maringá, v.14, n.3, p.128-157, 2009.

CARDOSO, A. C. Aplicação clínica dos princípios de oclusão. In: **Oclusao para você e para mim**. 1.ed. Local: Editora SANTOS, 2007. Capítulo 5, p.135 - 8.

CARDOSO, A. C. Oclusão e seus princípios básicos. In: **Oclusao para você e para mim**. 1.ed. Local: Editora SANTOS, 2007. Capítulo 1 ,p.10 - 2.

CLAVIJO, V; BOCABELLA, L; KABBACH, W. Restaurações cerâmicas com mínimo preparo dental. In: **Especialidades em foco beleza do sorriso**. São Paulo: Napoleão, 2013. Capitulo 1, p. 22-65.

COACHMAN, C. et al. Desenho digital do sorriso: do plano de tratamento à realidade clínica. In: PAOLUCCI, B. et al. Visagismo: a arte de personalizar o desenho do sorriso. São Paulo: **Vm Cultural**, 2011. p. 147-162.

COACHMAN, C.; CALAMITA, M. Digital smile design: a tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. **QuintessenceDent. Odontol.**, v.35, p.103, 2012.

COACHMAN, C.; CALAMITA, M.; SCHAYDER, A., Digital smile design: uma ferramenta para planejamento e comunicação em odontologia estética. **Rev. Dicas de Prótese Laboratorial**.v.1, n.2, p. 36-41, 2012.

GOLDSTEIN, R. E. Study of need for esthetic in dentistry. **J Prosthet Dent**.v.21, p.589-98, 1969.

GUTTAL, K. S.; NAIKMASUR, V. G.; BHARGAVA, P.; BATHI, R. Frequency of Developmental Dental Anomalies in the Indian Population.**Eur j dent**. V.4, n.3, p. 263-9, 2010.

HALLAWELL, P. Visagismo: harmonia e estética. 6ª ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2010. 292p.

HIGASHI, C.; GOMES, J. C.; KINA, S.; ANDRADE, O. S.; HIRATA, R. , Planejamento estético em dentes anteriores. **Livro: Odontologia Estética – Planejamento e técnica**, cap. 7, p. 139-54, 2006.

LOBO, M., Aumento de coroa anterior estético minimamente traumático: caso clínico selecionado. **Brasil dentistry clínica**. p.26-9, 2011.

LOBO, M; JÚNIOR, S. S; CELESTINO, M.; ANDRADE, O. S. Planejamento integrado e execução clínica de procedimentos minimamente invasivo. In: **Especialidades em foco beleza do sorriso**. São Paulo: Napoleão, 2013. Capítulo 5, p. 184-203.

PAGANI, C.; ROCHA, D. M.; SAAVEDRA, G. S. F. A.; CARVALHO, R. F. Previsibilidade estética: a utilização do ensaio restaurador (mock-up) na construção da beleza do sorriso. In: **Especialidades em foco beleza do sorriso**. São Paulo: Napoleão, 2013. Capítulo 3, p. 114-145.

PASTOR, F. P.; COACHMAN, C.; CALAMITA, M. Planejamento Digital Estético: Protocolo Digital Smile Design (DSD). In: **Estética do sorriso capítulo em reabilitação protética**. 1.ed. Local: Editora Napoleão, 2014. Capítulo 3, p. 01-18.

Protemp™ 4 Material Provisório à Base de Bisacril. disponível em: <[http://solutions.3m.com.br/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=137580029900&locale=pt\\_BR&assetType=MMM\\_Image&assetId=1361700681240&blobAttribute=imageFile](http://solutions.3m.com.br/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=137580029900&locale=pt_BR&assetType=MMM_Image&assetId=1361700681240&blobAttribute=imageFile)>. Acesso em: 05 set. 2017.

RODRIGUES, R. B.; VERÍSSIMO, C; PEREIRA, R. D.; QUEIROZ, C. L.; NOVAIS, V. R.; SOARES, C. I. et al., Clareamento dentário associado à facetas Indiretas em cerâmica: Abordagem minimamente invasiva. **RevOdontoBras Central**. v.21, n.59, p. 520-5, 2012.

SOARES, P. V.; ZEOLA, L. F.; SOUZA, P. G.; PEREIRA, F. A.; MILITO, G. A.; MACHADO, A. C., Reabilitação Estética do Sorriso com Facetas Cerâmicas Reforçadas por Dissilicato de Lítio, **RevOdontoBras Central**. v. 21, n. 58, p. 538-43, 2005.

**ANEXO A:** Termo de consentimento para uso de imagem**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM  
PELO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Paciente: Tatiane Roberta de Souza Pereira

Endereço: Endereço: Rua 8, nº 145, Bairro de Fátima, Barra do Pirai, RJ, Tel.: 24 99834 4049

Autorizo, gratuita e espontaneamente, a utilização pelo Cirurgião Dentista de minhas imagens intra-orais e extra-orais, para as finalidades descritas a seguir:

Publicação em revistas científica. Exposição em congressos científicos. Utilização para fins publicitários, veiculados pela televisão.

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

Volta Redonda, RJ 13/02/2017 às 17:00hs

---

Cláudio Luis de Melo Silva – CRO-RJ 13081

---

Tatiane Roberta de Souza Pereira

## ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CoEPs



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS DE DISSILICATOS DE LÍTIO - RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Cláudio Luis de Melo Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65411317.5.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.005.184

**Apresentação do Projeto:**

O estudo trata-se de um relato de caso sobre reabilitação oral nos elementos dentais de um Paciente cuja finalidade será otimizar a estética com destruição mínima de tecido dentário com o restabelecimento da harmonia do sorriso. Serão utilizados laminados cerâmicos de uma cerâmica a base de dissilicato de lítio.

**Objetivo da Pesquisa:**

O trabalho tem a pretensão de apresentar o relato de um caso clínico de uma reabilitação estética do sorriso, descrevendo protocolo de confecção dos preparos convencionais, moldagem, etapa laboratorial e cimentação de facetas cerâmicas reforçadas com dissilicato de Lítio

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Não há risco pois a técnica já é descrita e consolidada na literatura odontológica.

**Endereço:** Avenida Paulo Ertel 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: 2.005.184

Benefícios: Restabelecimento da harmonia do sorriso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante pois proporciona aprendizados aos alunos de uma necessidade que vem crescendo no mercado de trabalho odontológico que é o sorriso estético aliado a harmonia com o rosto

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866736.pdf	06/04/2017 16:39:30		Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_CLAUDIO_LUIS_DE_MELO_SILVA_ASSINADA.pdf	14/03/2017 15:58:09	Úrsula Adriane Fraga Amorim	Aceito
Outros	Autorizaimagem.pdf	15/02/2017 17:04:11	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaraçaoinfraestrutura.pdf	15/02/2017 17:02:41	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	13/02/2017 18:00:59	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Consentimento.docx	13/02/2017 18:00:11	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	13/02/2017 17:59:25	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Avenida Paulo Ertel 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: 2.005.184

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VOLTA REDONDA, 06 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Úrsula Adriane Fraga Amorim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Paulo Ezequiel 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

## ANEXO C: Normas para publicação no Cadernos UniFOA

# Diretrizes para Autores

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:

(1) **Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas relevantes (máximo de 8 laudas); (2) **Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de máximo de 15 laudas); (3) **Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de máximo de 3 laudas); (4) **Resenhas** - resenha crítica de livros científicos, publicado nos últimos dois anos (máximo de máximo de 1 lauda); (5) **Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior do Cadernos UniFOA (máximo de 1 lauda); (6) O limite máximo de laudas refere-se ao texto e às referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações).

**Obs.: Trabalhos em formato de TCC ou Monografia não serão aceitos.**

Apresentação do Texto:

Serão aceitas contribuições em português ou inglês. O original deve ser submetido eletronicamente, fonte Arial ou Times New Roman, tamanho 12, folha A4 com as seguintes margens: superior e esquerda (3 cm); inferior e direita (2 cm). Para entrelinhas, deve-se aplicar espaçamento de 1,5 cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constarão: título completo (no idioma original e em inglês), sem nome(s) do(s) autor(es) e sem sua(s) respectiva(s) instituição(ões). Esses dados devem ser inseridos durante a submissão diretamente no formulário do sistema, no passo "3. INCLUSÃO DE METADADOS", onde há um botão "Incluir autor". Isto permitirá que sejam incluídos os coautores do trabalho. Deve-se informar no campo "Instituição/Afiliação" a instituição ou afiliação do autor ou coautor.

**Ilustrações:** além de inseridas no texto, tabelas, figuras, gráficos deverão ser enviados em alta qualidade, coloridas e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Por questões de custo, as imagens serão impressas em tons de cinza, mas a versão online conterá imagens coloridas. O Envio deverá ser feito separadamente no passo "4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES", no formato do programa em que foram gerados (Excel, jpg, png, etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de 7 tabelas e/ou figuras).

**Resumos:** Com exceção das contribuições enviadas à seção Resenha, todos os artigos submetidos em português deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 1.500 caracteres (com espaços), ou 260 palavras, não deverão conter citações, parágrafos ou tópicos e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, em português e inglês.

**Nomenclatura:** devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas.

**Pesquisas envolvendo seres humanos:** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão estar de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. A demonstração desta adequação, incluindo apresentação do número do CAAE (***Certificado de Apresentação para Apreciação Ética***) deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo. Em caso de dúvida e em não havendo Comitê especializado na IES de origem, o(s) autor(res) pode(m) entrar em contato com [coeps@foa.org.br](mailto:coeps@foa.org.br) (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) para mais esclarecimentos.

**Pesquisa envolvendo animais:** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo animais deverão anexar cópia do Certificado de aprovação do projeto da pesquisa que originou o artigo, expedido pelo CEUA (Comitê de Ética no Uso de Animais) de sua Instituição, em atendimento à Lei 11794/2008.

**Agradecimentos** - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar de autoria devem constar dos “Agradecimentos”, desde que haja permissão dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

**Referências:** as referências devem ser identificadas indicando-se autor(es), ano de publicação e número de página, quando for o caso.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es) e devem seguir o estabelecido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

*Obs.: Apenas as obras citadas no corpo do texto devem aparecer nas referências.*

#### **Exemplos:**

##### **1 Livro:**

MOREIRA FILHO, A. A. **Relação médico paciente: teoria e prática.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2005.

##### **2 Capítulo de Livros**

RIBEIRO, R. A.; CORRÊA, M. S. N. P.; COSTA, L. R. R. S. Tratamento pulpar em dentes decíduos. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 581-605.

##### **3 Dissertação e Tese**

EZEQUIEL, Oscarina da Silva. **Avaliação da acarofauna do ecossistema domiciliar no município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, Brasil.** 2000. Dissertação (Mestrado em Biologia Parasitária) - FIOCRUZ, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

CUPOLILO, Sonia Maria Neumann. **Reinfecção por Leishmania L amazonensis no modelo murino: um estudo histopatológico e imunohistoquímico.** 2002. Tese (Doutorado em Patologia) - FIOCRUZ, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

#### 4 Artigos

ALVES, M. S.; RILEY, L. W.; MOREIRA, B. M. A case of severe pancreatitis complicated by *Raoultella planticola* infection. **Journal of Medical Microbiology**, Edinburgh, v. 56, p. 696-698, 2007. COOPER, C. W.; FALB, R. D. Surgical adhesives. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 146, p. 214-224, 1968.

#### 5 Documentos eletrônicos

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 4 Ago. 2007.

#### Nota:

- Artigos que não estejam rigorosamente dentro das normas acima serão automaticamente rejeitados.
- Após o parecer dos avaliadores, o(s) autor(es) terão 15 dias corridos para efetuar as alterações, sugestões ou correções. O não cumprimento do prazo implicará no arquivamento automático do manuscrito.
- Recomenda-se que os autores consultem um artigo recentemente publicado na Revista Cadernos UniFOA para verificar os detalhes de formatação.

#### Envio de manuscritos

Os artigos devem ser submetidos através do sistema de avaliação da revista, disponível em [www.unifoa.edu.br/revistas](http://www.unifoa.edu.br/revistas), selecionando a revista desejada. O autor principal deve se cadastrar e submeter o trabalho, informando durante a submissão, sob sua responsabilidade, os dados completos de todos os coautores envolvidos no trabalho.

## Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. Trabalhos em formato de TCC ou Monografia não serão aceitos.
3. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12 pontos; emprega negrito em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto e não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

## Declaração de Direito Autoral

Declaração de Transferência de Direitos Autorais - Cadernos UniFOA como autor(es) do artigo abaixo intitulado, declaro(amos) que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista Cadernos UniFOA, concordo(amos) que os direitos autorais e ele referentes se tornarão propriedade exclusiva desta revista, vedada qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei(emos) constar o agradecimento à Revista Cadernos UniFOA, e os créditos correspondentes. Declaro(emos) também que este artigo é original na sua forma e conteúdo, não tendo sido publicado em outro periódico, completo ou em parte, e certifico(amos) que não se encontra sob análise em qualquer outro veículo de comunicação científica.

O **AUTOR** desde já está ciente e de acordo que:

- A obra não poderá ser comercializada e sua contribuição não gerará ônus para a **FOA/UniFOA**;
- A obra será disponibilizada em formato digital no sítio eletrônico do **UniFOA** para pesquisas e *downloads* de forma gratuita;
- Todo o conteúdo é de total responsabilidade dos autores na sua forma e originalidade;
- Todas as imagens utilizadas (fotos, ilustrações, vetores e etc.) devem possuir autorização para uso;
- Que a obra não se encontra sob a análise em qualquer outro veículo de comunicação científica, caso contrário o Autor deverá justificar a submissão à Editora da FOA, que analisará o pedido, podendo ser autorizado ou não.

O **AUTOR** está ciente e de acordo que tem por obrigação solicitar a autorização expressa dos coautores da obra/artigo, bem como dos professores orientadores antes da submissão do mesmo, se obrigando inclusive a mencioná-los no corpo da obra, sob pena de responder exclusivamente pelos danos causados.

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## Cadernos UniFOA

Campus Três Poços - Av. Paulo Erlei A. Abrantes, 1325 - Três Poços  
Prédio 3 - Sala 2 (Casarão)  
Volta Redonda - RJ - CEP: 27240-560  
Tel.: (24) 3340-8400 - Ramal: 8350