

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

ANA PAULA DE ALMEIDA GOMES
CAMILA GOBBI DE CARVALHO BARBOSA

**REABILITAÇÃO ORAL ASSOCIANDO PRÓTESE FIXA SOBRE
DENTES E IMPLANTES: RELATO DE CASO**

VOLTA REDONDA

2020

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

**REABILITAÇÃO ORAL ASSOCIANDO PRÓTESE FIXA SOBRE
DENTES E IMPLANTES: RELATO DE CASO**

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

Alunas: Ana Paula de Almeida Gomes
Camila Gobbi de Carvalho Barbosa

Orientador: Cláudio Luis de Melo Silva

Coorientador: Rodrigo Xavier de Freitas

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

G633r Gomes, Ana Paula de Almeida
Reabilitação oral associando prótese fixa sobre dentes e implantes:
relato de caso. / Ana Paula de Almeida Gomes; Camila Gobbi de Carvalho
Barbosa. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

39 p. II

Orientador (a): Cláudio Luís de Melo Silva

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Reabilitação bucal. 3. Dimensão vertical. 4. Estética dentária. I. Silva, Cláudio Luís de Melo. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Reabilitação Oral Associando Prótese Fixa Sobre Dentes e Implantes: Relato de Caso”

Elaborado por: Ana Paula de Almeida Gomes e Camila Gobbi de Carvalho Barbosa

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovado em 30 de novembro de 2020.

Banca Avaliadora:

.....
Prof.º Doutor Cláudio Luís de Melo Silva

.....
Prof.º Mestre Rodrigo Xavier de Freitas

.....
Prof.º Doutor Pedro Ernesto Ribeiro Carvalho

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais e meus irmãos que serviram de alicerce para as minhas realizações, bem como minha família e amigos. Também dedico a universidade e aos meus professores pela qualidade de ensino oferecido, em especial, meu orientador e coorientador pela disposição e valiosas contribuições dadas durante esse processo tornando possível a realização desse sonho. Essa conquista também é de cada um de vocês. Muito obrigada!

Ana Paula de Almeida Gomes

Aos meus pais e minha família, dedico a conclusão deste trabalho. Mais uma etapa concluída com todo o apoio e suporte de vocês que sempre me incentivaram e estiveram torcendo e acompanhando todo o processo de perto. Dedico também a todos os professores da universidade por serem responsáveis pelo meu crescimento como profissional, ressaltando em especial meu orientador e coorientador os quais estiveram sempre presentes e disponíveis a ajudar e enriquecer ainda mais o trabalho. Muito obrigada.

Camila Gobbi de Carvalho Barbosa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e, sobretudo, agradeço a Deus pela minha vida e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho, aos meus pais, Ana Raquel e Paulo Roberto por todo investimento, confiança e incentivo para chegar até aqui. Aos meus irmãos, Pedro Henrique e Paulo Vitor que sempre estiveram do meu lado e acreditaram no meu potencial, ao meu namorado Pedro por todo companheirismo, paciência e suporte. Aos meus familiares e amigos que torceram por mim durante toda essa trajetória. Também agradeço a minha amiga e dupla que foi sem dúvidas peça fundamental pra concretização desse sonho, muito obrigada por todo conhecimento compartilhado e por toda parceria. Ao meu orientador e coorientador que aceitaram e conduziram o trabalho com paciência e dedicação, sempre disponível a compartilhar conhecimento contribuindo para um melhor aprendizado. Muito obrigada!

Ana Paula de Almeida Gomes

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado durante todo esse caminho e me ajudado a superar todas as dificuldades encontradas as quais, no final, viraram grandes aprendizados. Aos meus pais Monica e Ricardo por todos os esforços feitos para que eu chegasse até aqui, por toda a confiança e por estarem sempre ao meu lado; assim como minha família e amigos que também acreditaram em meus sonhos e conquistas. Agradeço imensamente a minha dupla, amiga e parceira por todos os momentos durante esses 5 anos os quais foram essenciais para que chegássemos a essa realização tão sonhada por nós. Por último, mas definitivamente não menos importante, deixo meus agradecimentos ao meu orientador e coorientador que desde o primeiro momento abraçaram a ideia do trabalho e não mediram esforços para que fosse conduzido da melhor maneira possível. Muito obrigada!

Camila Gobbi de Carvalho Barbosa

EPÍGRAFE

“A lei da mente é implacável.
O que você pensa, você cria;
O que você sente, você atrai;
O que você acredita, torna-se realidade.”

Buda

RESUMO

Diversos fatores podem ocasionar perdas dentárias no indivíduo, prejudicando a harmonia facial e a fisiologia do sistema estomatognático, influenciando principalmente na mastigação, na fonação e no equilíbrio articular. Em casos mais complexos que envolvem perdas dentárias múltiplas, é necessário o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO), assim como a procura pela estética e aumento da autoestima é constantemente requisitada. Diversas são as possibilidades de procedimentos para reabilitação oral desses pacientes, dentre elas pode-se citar prótese total ou parcial removível e próteses fixas. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação oral com prótese implanto suportada associada à prótese dento suportada, em que foram restabelecidos a DVO, estética, função e equilíbrio do sistema estomatognático. O tratamento do paciente de 56 anos, leucoderma e do gênero masculino, foi realizado na clínica odontológica do Centro Universitário de Volta Redonda e após anamnese, exame clínico, análise das fotografias, da panorâmica e dos modelos de estudo observou-se perda de função mastigatória, estética e colapso na dimensão vertical de oclusão. O paciente negou alergias e relatou ser diabético e hipertenso, porém em tratamento controlando as morbidades. A reabilitação oral foi realizada através da confecção de prótese fixa tipo protocolo Branemark anterior modificado sobre dentes e implantes. Conclui-se que a satisfação do paciente se fez muito evidente com a melhora funcional e estética através da instalação da prótese provisória tipo protocolo anterior modificado a partir de resina acrílica PMMA, respondendo de maneira satisfatória a todos os requisitos necessários até essa fase da reabilitação, restabelecendo a dimensão vertical de oclusão, devolvendo a eficiência mastigatória, assim como reequilibrando o sistema estomatognático influenciando psicossocialmente em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Reabilitação bucal; Dimensão vertical; Estética dentária.

ABSTRACT

Several factors can cause tooth loss in the individual, impairing facial harmony and the physiology of the stomatognathic system, influencing mainly on chewing, phonation and joint balance. In more complex cases involving multiple tooth losses, it is necessary to reestablish the vertical dimension of occlusion (VDO), as well as the search for aesthetics and increased self-esteem are constantly required. There are many possibilities of procedures for the oral rehabilitation of these patients, among them we can mention total or partial removable prosthesis and fixed prosthesis. The objective of this work will be to report a clinical case of oral rehabilitation with implant supported prosthesis associated with dental supported prosthesis, in which the VDO, aesthetics, function and balance of the stomatognathic system will be restored. The treatment of the 56 years old, leucoderma, male patient, was carried out at the dental clinic of the University Center of Volta Redonda and after anamnesis, clinical examination, analysis of the photographs, panoramic radiography and the study models, it was observed loss of masticatory function, aesthetics and collapse in the vertical dimension of occlusion. The patient denied allergies and reported being diabetic and hypertensive, but under treatment to control these morbidities. Oral rehabilitation was performed through the confection of a modified Branemark protocol fixed prosthesis over teeth and implants. It is concluded that patient satisfaction was evident with the improvement of functional and aesthetic by the installation of the provisional prosthesis modified protocol from PMMA acrylic resin, satisfactorily answering all the necessary requirements until this rehabilitation phase, restoring the vertical dimension of occlusion, returning masticatory efficiency, as well as rebalancing the stomatognathic system psychosocially influencing his quality of life.

Keywords: Mouth Rehabilitation; Vertical Dimension; Esthetics, Dental

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Intraoral- oclusão anterior.....	16
Figura 2 Intraoral- oclusão direita.....	16
Figura 3 Intraoral- oclusão esquerda.....	16
Figura 4 Radiografia panorâmica inicial	16
Figura 5 Frente sorrindo.....	17
Figura 6 Frente.....	17
Figura 7 Perfil direito	17
Figura 8 Perfil esquerdo	17
Figura 9 Prótese Parcial Removível Provisória	18
Figura 10 Intraoral oclusão anterior com a prótese provisória removível (PPR).....	19
Figura 11 Oclusão direita com PPR	19
Figura 12 Oclusão esquerda com PPR	19
Figura 13 Fase de instalação do implante.....	20
Figura 14 Fase de instalação do implante.....	20
Figura 15 Fase de instalação do implante.....	20
Figura 16 Implante instalado	20
Figura 17 Radiografia panorâmica com os implantes instalados.....	21
Figura 18 Cicatrizadores	21
Figura 19 Moldagem das arcadas	22
Figura 20 Modelo de gesso com registro de oclusão	22

Figura 21 Jig de Lucia	22
Figura 22 Exodontia seriada.....	23
Figura 23 Instalação do mini pilar.....	23
Figura 24 Cilindros provisórios	23
Figura 25 Ajuste da prótese fixa provisória	23
Figura 26 a e b Prótese tipo protocolo anterior modificado instalada – vista anterior e lateral.....	24
Figura 27 Enceramento diagnóstico	24
Figura 28 Guias de silicone incolor.....	24
Figura 29 Reanatomização dos molares superiores	25
Figura 30 Frente pré tratamento.....	25
Figura 31 Frente pós tratamento	25
Figura 32 Oclusão anterior pré tratamento.....	26
Figura 33 Oclusão anterior pós tratamento	26
Figura 34 Oclusão direita pré tratamento	26
Figura 35 Oclusão direita pós tratamento.....	26
Figura 36 Oclusão esquerda pré tratamento	26
Figura 37 Oclusão esquerda pós tratamento.....	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATM	Articulação Têmporo-Mandibular
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
PMMA	Polimetilmetracrilato
PPR	Prótese Parcial Removível
SE	Sistema Estomatognático
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Parecer Consubstanciado do CoEPs	36
ANEXO B Normas da Revista Cadernos UniFOA.....	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 RELATO DE CASO	15
3 DISCUSSÃO	28
4 CONCLUSÃO	32
5 REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS	36

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida do indivíduo é diretamente relacionada a uma condição de saúde oral adequada, visto que, as funções das estruturas quando realizadas corretamente oferecem benefícios para a saúde geral do paciente, diferentemente de quando os componentes do sistema são danificados ocorrendo perda de função (CARVALHO et al., 2019). Traumas, cáries, alterações periodontais e patologias podem estar associados à perda dentária que causará ao paciente alterações na fisiologia do sistema estomatognático desde distúrbios na mastigação até desordens articulares (HADDAD et al., 2008).

Devido à desarmonia facial ocasionada pelo edentulismo, a procura pela estética e aumento da autoestima é constantemente requisitada por esses pacientes (CASTRO et al., 2020). Portanto o equilíbrio entre a estética vermelha que engloba lábios, mucosa e gengiva, incluindo o contorno do zênite gengival, e a estética branca que nada mais é do que os elementos dentários, garantem a recomposição do equilíbrio do sorriso e da harmonia facial implicando, de forma positiva, na autoimagem do paciente (QUESADA et al., 2014; CARDOZO, 2017).

A perda total ou parcial de elementos dentários compromete, além da estética, a harmonia na dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente, que é definida como a altura do terço inferior da face quando as superfícies oclusais estão em contato. Sendo assim, o restabelecimento da DVO também é de extrema importância para o funcionamento correto do sistema estomatognático e para o sucesso do tratamento reabilitador (CÉZAR; SILVA, 2019).

Inúmeras são as possibilidades de procedimentos para reabilitação oral desses pacientes, dentre elas podemos citar próteses provisórias, prótese total ou parcial removível, próteses fixas que podem ser dento suportada ou implanto suportada e ainda a associação das técnicas (DANTAS, 2012; OLIVEIRA, 2014).

Para pacientes com perdas dentárias totais ou parciais pode-se optar pela utilização de próteses fixas implanto suportadas que são, na maioria das vezes, a primeira opção de escolha visto que, proporcionam maior eficácia da função

mastigatória, maior conforto e diminui o reparo e manutenção (ROCHA et al., 2013). Entretanto, quando há opção de associar o uso de implantes com prótese dento suportada a distribuição de forças ocorre de forma mais equilibrada uma vez que, diferente dos implantes, os dentes possuem ligamento periodontal que é responsável pela propriocepção, fazendo com que as forças mastigatórias sejam mantidas dentro dos limites fisiológicos (MISCH; BIDEZ, 2006; SILVA, 2020).

É importante ressaltar que os estudos sobre implantes foram introduzidos por Branemark em meados de 1960 em que contemplou o potencial de cicatrização, remodelação e a interação osso, medula e sangue definindo assim o princípio de osseointegração que seria o contato íntimo entre osso alveolar do paciente e o implante colocado (OLIVEIRA, 2014).

O uso de implantes osseointegrados promove aos pacientes além da estabilidade oclusal a promoção da harmonia facial, garantindo um bom prognóstico desde que todo o protocolo seja seguido corretamente (FAVERANI et al., 2011) por meio de exames pré operatórios, elaboração de um plano de tratamento correto envolvendo saúde dos tecidos periodontais, sobrecarga oclusal, diâmetro e distribuição dos implantes na arcada, hábito e história médica do paciente (QUESADA et al., 2014; ROMANOS, 2017).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação oral com prótese implanto suportada associada à prótese dento suportada, em que serão restabelecidos a DVO, estética, função e equilíbrio do sistema estomatognático.

2 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) – UniFOA com número CAAE 34490920.7.0000.5237 e aprovado em 12 de julho de 2020 (Anexo A).

Paciente P.R.G. de 56 anos, gênero masculino, leucoderma, compareceu a clínica odontológica do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) no dia 31 de maio de 2019, queixando da estética e da dificuldade de alimentar-se.

Foi realizada uma anamnese minuciosa em que o mesmo negou alergias e relatou ser diabético e hipertenso, porém em tratamento controlando as morbidades com os seguintes medicamentos: Losartana Potássica 50mg para a hipertensão e NesinaMet (alogliptina 12,5mg + cloridrato de metformina 850mg) para a diabetes.

Para a realização do exame clínico e um planejamento adequado, foram solicitadas fotografias intraorais (Figuras 1 a 3) e radiografia panorâmica (Figura 4) onde observou-se tratamento endodôntico nos elementos 11, 12, 13, 23, 24 e 25; ausência dos elementos 18, 21, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47, 48; remanescentes radiculares 12, 14, 22 e 23; presença de implante na região dos elementos 21, 35, 36, 44, 45, 46, e 47; prótese sobre implantes na região dos elementos 21, 44, 45, 46 e 47; perda óssea acentuada na região dos elementos 11, 12 e 22, e os demais elementos apresentavam inserção óssea de nível satisfatório.

O paciente relatou que os implantes da região dos elementos 34 e 36 estavam em fase de finalização de tratamento e a colocação da prótese sobre cada implante seria feita em outra clínica odontológica.



Figura 1: Intraoral- oclusão anterior



Figura2: Intraoral- oclusão direita



Figura 3: Intraoral- oclusão esquerda



Figura 4: Radiografia Panorâmica inicial

Os tecidos moles dos lábios, língua, bochechas, mucosa oral e tecido da faringe não apresentavam alterações da normalidade. Não apresentava dor ou desconforto na articulação têmporo-mandibular (ATM), mas a aparência facial do paciente mostrou sinais de colapso na dimensão vertical de oclusão (DVO) (Figuras 5 a 8), significando que o sistema estomatognático se adaptou a esta diminuição gradual do terço inferior da face, uma vez que há oclusão do hemi-arco direito envolvendo os implantes e os elementos dentários. Foram analisadas também a higiene oral, o comprometimento sistêmico e a expectativa do paciente diante do tratamento.



Figura 5: Frente sorrindo



Figura 6: Frente



Figura 7: Perfil direito



Figura 8: Perfil esquerdo

Foi solicitado ao paciente as especificações do implante do elemento 21 e, após avaliação, decidiu-se pela não utilização do mesmo na reabilitação devido à dificuldade de posicionamento.

O plano de tratamento foi realizado conforme as seguintes etapas:

- Prótese parcial removível provisória em resina acrílica;
- Exodontia dos elementos 12, 14, 22, 23 e 25;
- Instalação dos implantes na região dos elementos 12, 14, 23 e 25;
- Reabertura dos implantes;
- Confecção do protocolo anterior modificado provisório de resina acrílica;
- Reanatomização dos molares superiores e dos elementos anteriores inferiores com resina composta;
- Confecção da prótese fixa tipo protocolo com barra metálica;
- Confecção de placa neuromiorelaxante;

O procedimento foi iniciado a partir da moldagem das arcadas para a confecção da prótese parcial removível provisória em resina acrílica (Figura 9) para restabelecer a estética dos remanescentes radiculares que serão extraídos.

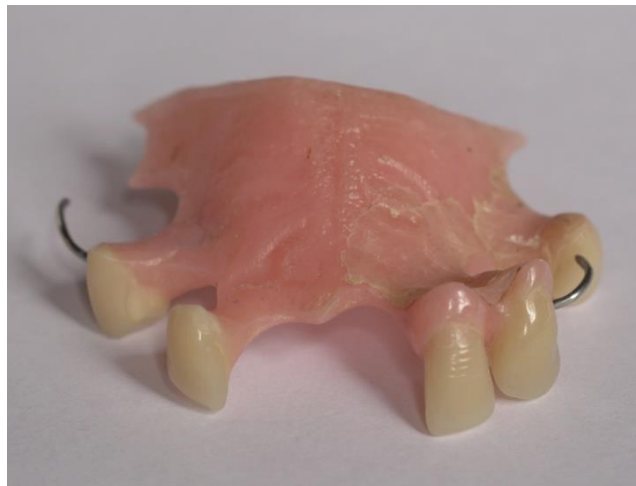


Figura 9: Prótese Parcial Removível Provisória

Iniciaram-se as extrações dos restos radiculares dos elementos 12 e 14 e adaptação da prótese parcial removível (Figuras 10 a 12). A seguir, prosseguiram as extrações dos remanescentes dos elementos 22, 23 e 25 de maneira atraumática

para preservar o contorno das papilas gengivais e o osso alveolar. Após as cirurgias o paciente foi medicado com 500mg de Amoxicilina a cada 8 horas por 7 dias e Dipirona Sódica 500mg a cada 6 horas por 5 dias.



Figura 10: Intraoral-oclusão anterior com a prótese provisória removível (PPR)



Figura11: Oclusão direita com PPR



Figura12: Oclusão esquerda com PPR

Aguardou-se o tempo de cicatrização de 90 dias para a cirurgia de instalação dos implantes osseointegrados na região dos elementos 12 e 14 (Figuras 13 a 16). Em outra sessão foram instalados os implantes na região dos elementos 23 e 25. Foram prescritos os mesmos medicamentos anteriormente citados após as exodontias.

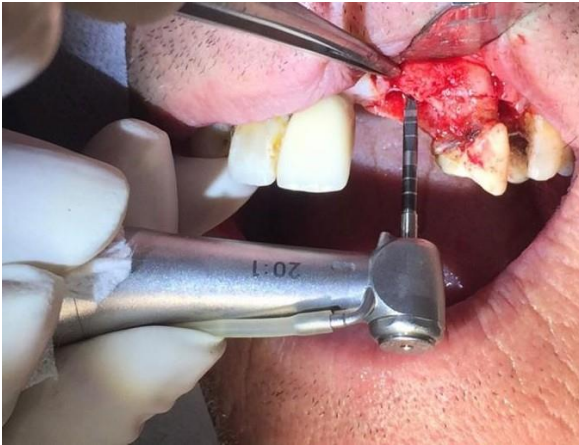


Figura13: Fase de instalação do implante

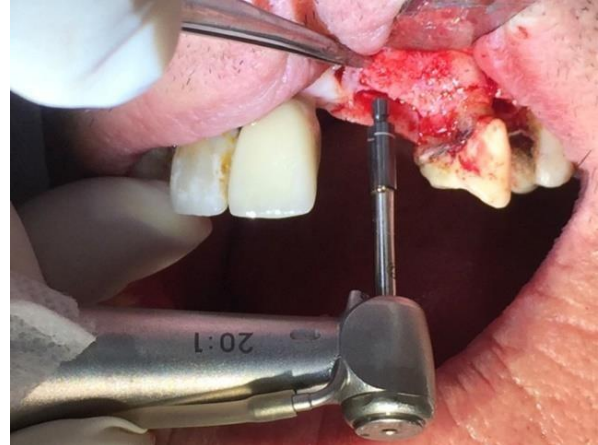


Figura 14: Fase de instalação do implante

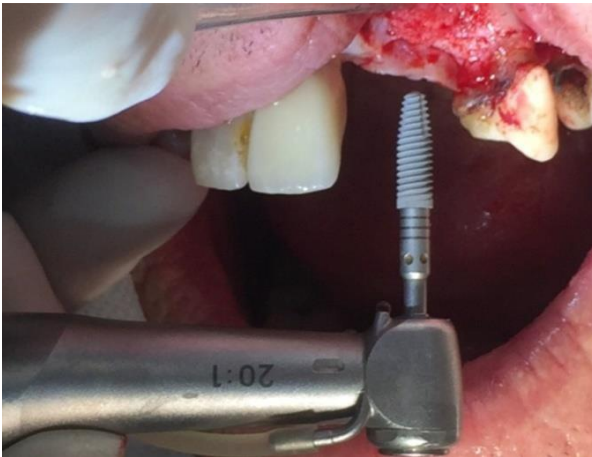


Figura 15: Fase de instalação do implante



Figura 16: Implante instalado

Após 120 dias (4 meses), foi realizada nova radiografia panorâmica (Figura 17) onde nenhuma alteração patológica foi observada nos sítios dos implantes e realizou-se a reabertura através de uma pequena incisão no rebordo na posição de cada implante e colocação de cicatrizadores (Figura 18). Por meio desse procedimento constatou-se ausência de mobilidade e sintomatologia, caracterizando a osseointegração.



Figura 17: Radiografia Panorâmica com os implantes instalados



Figura18: Cicatrizadores

Foram realizadas moldagens das arcadas superior e inferior (Figura 19) utilizando alginato melhorado (Hydrogum - Zhermack). Tal moldagem superior foi realizada com a prótese parcial provisória, para orientar o técnico em prótese na montagem dos dentes artificiais. A seguir, utilizou-se silicona de adição base pesada e leve Adsil (ColteneVigodent) para moldagem da arcada superior, para confecção do protocolo anterior modificado em resina acrílica e realização de enceramento nos molares superiores para posterior reanatomização dos mesmos.

Os moldes foram desinfetados com hipoclorito de sódio a 1% por 10 minutos e a seguir foram vazados com gesso tipo IV Durone (DentsplySirona) (Figura 20).

Para determinação do espaço interoclusal e registro de mordida foi construído um Jig de Lucia (Figura 21), utilizando resina acrílica Pattern Duralay (Reliance) e silicona de adição (Figura 20).



Figura 19: Moldagem das arcadas



Figura 20: Modelo de gesso com registro de oclusão



Figura 21: Jig de Lucia

Os modelos articulados foram enviados ao laboratório de prótese para confecção da prótese provisória fixa tipo protocolo Branemark anterior modificado em resina acrílica polimetilmetacrilato (PMMA- CAD CAM) e enceramento diagnóstico dos molares superiores segundo a nova DVO.

Foram realizadas as exodontias dos elementos 11, 13 e 24 (Figura 22) com posterior colocação da prótese de transição fixa através da instalação dos mini pilares sobre os implantes (Figura 23) com torque de 25N, e os cilindros provisórios em titânio (Figura 24) foram parafusados sobre os mini pilares com torque de 15N, marcados e cortados com disco de carborundum na altura referente à prótese, que

foi desgastada na região dos cilindros (Figura 25) e adaptada a eles por meio de resina acrílica.

Foi feito o acabamento, registro de oclusão e a prótese provisória, com as mesmas características da prótese final, foi parafusada de forma satisfatória repondo todos os elementos da região do 14 ao 25, protegendo a ferida cirúrgica, evitando perda óssea e recessão gengival (Figura 26 a e b).



Figura 22: Exodontia Seriada



Figura 23: Instalação do mini pilar



Figura 24: Cilindros provisórios



Figura 25: Ajuste da prótese fixa provisória

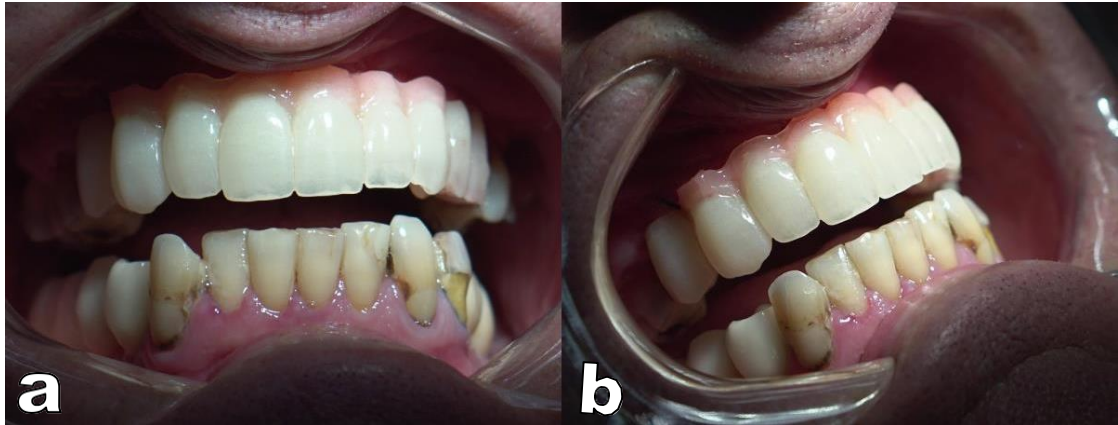


Figura 26 a e b: Prótese tipo protocolo anterior modificado instalada- vista anterior e lateral

Após 7 dias e com a remoção das suturas das exodontias dos elementos 11, 13 e 24, foi realizada a reanatomização dos molares superiores (16, 17 e 26) com resina composta, tendo como referência o enceramento diagnóstico (Figura 27) previamente executado no modelo, utilizando guias de silicone incolor (Zhermack-elite transparent) (Figura 28) para que a passagem de luz do fotopolimerizador fosse possível para correta reprodução da anatomia oclusal, restabelecendo o equilíbrio da oclusão do paciente.



Figura 27: Enceramento diagnóstico



Figura 28: Guias de silicone incolor



Figura 29: Reanatomização dos molares superiores

Em sessões subsequentes foi realizada a troca das restaurações dos elementos 32 e 42, e reanatomização dos elementos 31, 32, 33, 34, 41, 42 e 43 (Figura 32 a 34). Posteriormente foi feito acabamento e polimento das restaurações.

A reabilitação realizada no paciente atingiu todas as expectativas, devolvendo DVO, função, estética e equilíbrio do sistema estomatognático (Figura 30 a 36).



Figura 30: Frente pré tratamento



Figura 31: Frente pós tratamento



Figura 32: Oclusão anterior pré tratamento



Figura 33: Oclusão anterior pós tratamento



Figura 34: Oclusão direita pré tratamento



Figura 35: Oclusão direita pós tratamento



Figura 36: Oclusão esquerda pré tratamento



Figura 37: Oclusão esquerda pós tratamento

O caso clínico encontra-se em fase de finalização em que o paciente passará por período de transição de 6 meses com a prótese de transição fixa, para posterior

confeção da prótese definitiva metaloplástica com barra metálica fundida concomitantemente com a adaptação da placa miorreloxante.

3 DISCUSSÃO

Um indivíduo saudável é aquele que apresenta, além da ausência de doença, condições de bem estar social com um equilíbrio de fatores psicológicos e sociais, estabelecendo uma harmonia no meio em que se vive. A odontologia participa desse equilíbrio através da manutenção do sistema estomatognático (SE) que está diretamente relacionado com a preservação e reabilitação das funções de fala, mastigação, deglutição, assim como da estética (FERNANDES NETO; NEVES; SIMAMOTO JUNIOR, 2013), mantendo dessa forma a fisiologia e harmonia entre todos os componentes anatômicos do SE, ou seja, sem causar danos patológicos a essas estruturas (CARDOSO, 2003; CAVALCANTI et al., 2015).

De acordo com Haddad et al. (2008) e Carvalho et al. (2019) a perda dentária causará ao paciente alterações na fisiologia do sistema estomatognático desde distúrbios na mastigação, desarmonia na dimensão vertical de oclusão, até desordens articulares. Sendo assim, a qualidade de vida do indivíduo é diretamente relacionada a uma condição de saúde oral adequada, visto que, as funções das estruturas quando realizadas corretamente oferecem benefícios para a saúde geral do paciente, diferentemente de quando os componentes do sistema são danificados ocorrendo perda de função (DANTAS, 2012; CÉZAR; SILVA, 2019). A aparência facial do paciente relatado apresentou sinais de colapso da dimensão vertical devido às perdas dentárias e demonstrou características de aprofundamento do sulco nasogeniano e curvatura de lábio invertida.

Levando em consideração a desarmonia facial causada pelo edentulismo, um planejamento protético deve envolver um plano de tratamento adequado permitindo uma melhor previsibilidade dos resultados finais. Para isso, deve-se documentar a maior quantidade de dados sobre o paciente, analisando-o como um todo, através de uma anamnese detalhada, exame clínico completo, exames complementares, modelos de estudo de qualidade e fotografias intra e extraorais (PERGORARO et al., 2013; VOLPATO et al., 2013; ZIROLDO, 2013; VIDOTTI; LANZA; PERGORARO, 2014; MOREIRA JUNIOR et al., 2018).

De acordo com Dantas (2012) e Oliveira (2014), para a reparação e substituição de elementos perdidos existem as próteses provisórias, próteses totais (dentaduras), próteses fixas e próteses parciais removíveis que serão escolhidas visando um melhor prognóstico de reabilitação oral para o paciente. Porém no presente estudo foram utilizadas a prótese parcial removível provisória no período de transição das extrações iniciais e prótese parcial fixa provisória após as extrações múltiplas, para equilíbrio do sistema estomatognático e para posterior colocação da prótese parcial fixa.

Ressaltando a importância da prótese provisória, Cho et al. (2007) e Texeira et al. (2019) afirmaram que durante o período de cicatrização das extrações realizadas para a futura colocação dos implantes, o paciente necessita de uma prótese de transição para que as funções mastigatórias, fonéticas e estéticas não sejam prejudicadas; além de adaptar o paciente ao resultado final de todo o processo e proteger a mucosa em cicatrização.

Diante da situação encontrada no paciente, optou-se pela confecção da prótese provisória fixa sobre implantes após a realização de todas as extrações planejadas. A prótese fixa é uma proposta reabilitadora permanente às estruturas remanescentes cujo objetivo está relacionado à substituição de um único elemento ou até mesmo uma reabilitação total (SHILLINGBURG et al., 2007; VIDOTTI; LANZA; PERGORARO, 2014), com a finalidade de devolver função mastigatória, promover maior conforto e diminuir o reparo e manutenção (ROCHA et al., 2013).

Para um resultado de excelência em casos reabilitadores com prótese fixa, além de um correto planejamento, é necessário que haja o contato íntimo entre o osso alveolar do paciente e o implante colocado, denominado osseointegração, processo com ausência de sintomas onde há fixação rígida e estabilidade no osso durante aplicação de cargas funcionais (ALLBREKTSSON et al., 1981; BRANEMARK, 2005; OLIVEIRA, 2014; MEDEIROS, 2017).

Tal condição foi observada no caso relatado depois de 120 dias após a colocação dos implantes, em que por meio de nova radiografia panorâmica observou-se características de nível ósseo satisfatórias indicando a osseointegração

dos implantes, confirmada através da reabertura dos mesmos, garantindo a estabilidade e permitindo o sucesso do tratamento a longo prazo.

Desde 1969 a reabilitação com implantes osseointegrados tem demonstrado bons resultados e pode ser realizada de duas maneiras distintas: através de carga imediata em que a instalação da prótese ocorre em média de 72 horas após as exodontias dos elementos, simplificando o procedimento e reduzindo o período de cicatrização; ou tardia, que consiste na instalação dos implantes após o período de 2 a 3 meses de cicatrização antes que a carga funcional seja aplicada (MISCH; SCORTECCI, 2006; CANELLAS et al., 2019). No trabalho realizado optou-se pela carga tardia, devido às condições sistêmicas do paciente e condições anatômicas dos tecidos periodontais que apresentavam sinais de inflamação.

Vários fatores estão relacionados com o sucesso desse tipo de reabilitação oral, dentre eles podemos citar as propriedades físico-químicas da superfície que atuam na interface osso implante e a saúde dos tecidos peri-implantares que deverão ser analisados tridimensionalmente antes da colocação do implante (BOTTINO; ITINOCHE; GUIMARÃES, 2007; FAVERANI et al., 2011). Além disso, para a longevidade do tratamento deve-se considerar a sobrecarga oclusal, diâmetro, textura e localização do implante, hábitos e história médica do paciente (QUESADA et al., 2014; ROMANOS, 2017).

Apesar dos altos índices de sucesso, a reabilitação com implantes gera questionamentos no que diz respeito à biomecânica, distribuição de forças nas estruturas de suporte e propriocepção do paciente. Devido à ausência de ligamento periodontal, a dissipação de forças no implante difere do dente uma vez que no elemento dentário a percepção dolorosa é rápida e aguda, desencadeando um mecanismo de proteção através de sinais clínicos e radiográficos. (ALMEIDA; FREITAS JÚNIOR; PELLIZZER, 2006; MISCH; BIDEZ, 2006; DOMINICI, 2019; SILVA, 2020).

Para tratamento utilizando prótese tipo protocolo clássico onde envolve reabilitação total, são utilizados de 6 a 8 implantes na maxila (DOMINICI, 2019). Entretanto, ao analisar o perímetro do arco do paciente em questão, foi planejada a reabilitação da prótese tipo protocolo modificado utilizando 4 implantes distribuídos

na região de segundo pré molar a segundo pré molar, devido à presença dos molares em boas condições contra indicando a exodontia, garantindo propriocepção e melhor distribuição de forças nas estruturas de suporte. Dessa forma, foi possível a instalação da prótese provisória tipo protocolo anterior modificado, sem barra metálica a fim de lapidar as relações oclusais antes da confecção da prótese definitiva.

A população edêntula sofre reflexos negativos na autoestima com a perda dentária devido à diminuição da estética e origem de alterações psicológicas. Por ser dependente de fatores socioeconômicos, a estética influencia diretamente na vida dos indivíduos, pois sua autoimagem irá refletir em seu comportamento em sociedade e nas relações interpessoais (REZENDE; FAJARDO, 2016; BARRETTO et al., 2019; CASTRO et al., 2020; SCRASCIA et al., 2020).

Para que isso não ocorra, as próteses tanto provisórias como definitivas têm por função devolver harmonia e equilíbrio ao sistema estomatognático (TEIXEIRA et al., 2019), assim como no caso relatado em que por meio da utilização da prótese provisória fixa, devolveu ao paciente função mastigatória, suporte labial, harmonia da relação dente-gengiva através da gengiva artificial da prótese, equilíbrio muscular e recuperação da simetria da face. Dessa forma, as expectativas do paciente foram superadas, melhorando sua qualidade de vida fisicamente e psicologicamente.

É importante ressaltar que o paciente deve ser responsável, além da boa higiene, por cuidados com a mastigação de certos alimentos que por ventura esteja acostumado a ingerir e pelo controle de hábitos parafuncionais que podem gerar falhas no tratamento protético (VIDOTTI; LANZA; PERGORARO, 2014; LIVIO; SILVA; POLUHA, 2019). A colaboração e o comprometimento do paciente relatado foram essenciais para o sucesso do tratamento reabilitador até o momento.

4 CONCLUSÃO

Com base no planejamento proposto em que foi utilizada a prótese fixa sobre dentes e implantes foi possível restabelecer a dimensão vertical de oclusão do paciente, devolver a eficiência mastigatória, assim como reequilibrar o sistema estomatognático.

O material utilizado para a confecção da prótese provisória tipo protocolo anterior modificado (resina acrílica PMMA – CAD CAM) respondeu de maneira satisfatória a todos os requisitos necessários até essa fase da reabilitação, diminuindo consideravelmente o custo, protegendo os tecidos durante a cicatrização e preparando o paciente para a execução do procedimento reabilitador definitivo.

A satisfação do paciente se fez muito evidente com a melhora funcional e estética influenciando psicossocialmente em sua qualidade de vida, visto que múltiplas perdas dentárias afetam, além das condições funcionais, a sua autoestima.

5 REFERÊNCIAS

- ALBREKTSSON, T.; BRNEMARK, P.I.; HANSSON, H.A.; LINDSTRÖM, J. Osseointegrated titanium implants. Requirements for ensuring a long-lasting direct bone-to-implant anchorage in man. **Acta Orthop Scand**, Lund, v. 52, n. 2, p. 155-70, 1981.
- ALMEIDA, E.O.; FREITAS JÚNIOR, A.C.; PELLIZZER, E.P. Restaurações cimentadas versus parafusadas: parâmetros para seleção em prótese sobre implante. **Innov. Implant J., Biomater. Esthet.**, Mooca, v. 1, n. 1, p. 15-20, 2006.
- BARRETO, J.O; SOUSA, M.L.A.; SILVA-JÚNIOR, S.E.; FREIRE, J.C.P.; ARAÚJO, T.N.; FREITAS, G.B.; DIAS-RIBEIRO, E. Impactos psicossociais da estética dentária na qualidade de vida de pacientes submetidos a próteses: revisão de literatura. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v. 8, n. 1, p. 48-52, 2019.
- BOTTINO, M.A.; ITINOCHE, M.K.; GUIMARÃES, M.V.M. Inter-relação periodontia-implante-prótese. In: SABA-CHUJFI, E.; SANTOS-PEREIRA, S.A. **Periodontologia integração e resultados**. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- BRANEMARK, P. I. **The osseointegration book. From calvarium to calcaneus**. Berlin: Quintessence Books, 2005.
- CANELLAS, J.V.S.; MEDEIROS, P.J.D.; FIGUEREDO C.M.S.; FISCHER, R.G.; RITTO, F.G. Which is the best choice after tooth extraction, immediate implant placement or delayed placement with alveolar ridge preservation? A systematic review and meta-analysis. **J Craniomaxillofac Surg**, Scotland, v. 47, n. 11, p. 1793-802, 2019.
- CARDOSO, A.C. **Oclusão Pra Você e Pra Mim**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.
- CARDOZO, T.F. **Otimização da Estética Vermelha e Branca Revisão de Literatura**. 2017. 53 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2017.
- CARVALHO, L.F.; MELO, J.R.O.; RAMOS, J.G.; LIMA, R.A.; CARVALHO, F.A.A. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. **RvAcBO**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 40-8, 2019.
- CASTRO, G.Á.L.; CORRÊA, P.F.; COSTA M.D.M.A.; MARTINS, L.H.B.; SILVA, G.R.; DIETRICH, L. Reabilitação anterior de maxila com implantes osseointegrados: da prótese parcial removível a prótese parcial fixa. **ROC**, Patos de Minas, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2020.
- CAVALCANTI, Y.W.; DE OLIVEIRA, L.M.C.; BATISTA, A.U.D. Prótese Parcial Removível Provisória Tipo Overlay na Reabilitação Oral de Paciente com Colapso Oclusal Posterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 2, p. 143-50, 2015.

CÉZAR, H.F.; SILVA, F.B. Recuperação da Dimensão Vertical de Oclusão com Prótese Temporária Overlay: Relato de Caso. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v. 8, n. 6, p. 290-5, 2019.

CHO, S.C.; SHETTY, S.; FROUM, S.; ELIAN, N.; TARNOW, D. Fixed and removable provisional options for patients undergoing implant treatment. **Compendium**, Jamesburg, v. 28, n. 11, p. 604-9, 2007.

DANTAS, E.M. A Importância do Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão na Reabilitação Protética. **Revista Odonto**, São Paulo, v.20, n. 40, p.41-8, 2012.

DOMINICI, F.F.C.S. **Uma abordagem clínica sobre prótese total sobre implante**. 2019. 22p. Monografia (Pós-Graduação em Odontologia)- Faculdade de Sete Lagoas, São Luís, 2019.

FAVERANI, L. P.; RAMALHO-FERREIRA, G.; GAETTI-JARDIM, E. C.; OKAMOTO, R.; SHINOHARA, E. H.; ASSUNÇÃO, W. G.; GARCIA JUNIOR, I. R. Implantes Osseointegrados: Evolução e Sucesso. **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 1, p. 47-58, 2011.

FERNANDES NETO, A.J.; NEVES, F.D.; SIMAMOTO JUNIOR, P.C. **Oclusão**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

HADDAD, M.F.; PELLIZZER, E.P.; MAZARO, J.V.Q.; VERRI, F.R.; FALCÓN-ANTENUCCI, R.M. Conceitos Básicos para a Reabilitação Oral por meio de Implantes Osseointegrados - Parte I: Influência do Diâmetro e do Comprimento. **Rev Odontol Arac**, Araçatuba, v. 29, n. 1, p. 30-7, 2008.

LIVIO, E.M.; SILVA, R.S.; POLUHA, R.L. Higienização e manutenção de prótese total fixa sobre implante. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v. 8, n. 7, p. 390-3, 2019.

MEDEIROS, F.L.A. **Osseointegração de Implantes Dentários em Pacientes Diabéticos: Uma Revisão Integrativa da Literatura Científica**. 2017. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MISCH, C.E.; BIDEZ, M.W. Considerações Oclusais para a Prótese Implantossuportada: Oclusão Implantoprotégida. In: MISCH, C. E. **Prótese sobre Implantes**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2006.

MISCH, C.E.; SCORTECCI, G.M. Carga Imediata: Aplicações em Implantodontia. In: MISCH, C. E. **Prótese sobre Implantes**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2006.

MOREIRA JUNIOR, R.; RIBEIRO, P.D.; CONDEZO, A.F.B.; CINI, M.A.; ANTONI, C.C.; MOREIRA, R. Fundamentos da análise facial para harmonização estética na odontologia brasileira. **ClipeOdonto**, Taubaté, v. 9, n. 1, p. 59-65, 2018.

OLIVEIRA, A.S. **Técnicas em Próteses Dentárias: Noções Básicas, Classificação e Confecção**. São Paulo: Érica, 2014.

PERGORARO, L.F.; VALLE, A.L.; ARAUJO, C.R.P.; BONFANTE, G.; CONTI, P.C.R. **Prótese Fixa: Bases para o Planejamento em Reabilitação Oral**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

QUESADA, G.A.T.; RIZZARDI, M.; FRANCISCATTO, L.J.; ARRAIS, F.R. Condicionamento gengival visando o perfil de emergência em prótese sobre implante. **Saúde (Sta Maria)**, Santa Maria, v. 40, n. 2, p. 9-18, 2014.

REZENDE, M.C.R.A.; FAJARDO, R.S. Abordagem Estética na Odontologia. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v. 5, n. 1, p. 50-5, 2016.

ROCHA, S.S.; SOUZA, D.R.; FERNANDES, J.M.A.; GARCIA, R.R.; ZAVANELLI, R.A. Próteses Totais Fixas Tipo Protocolo Bimaxilares. Relato de Caso. **ROBRAC**, Goiânia, v. 21, n. 60, p. 21-7, 2013.

ROMANOS, G.E. Estratégias de Preservação Tecidual para Favorecer a Estabilidade a Longo Prazo dos Tecidos Moles e Duros. **PRD**, Nova Odessa, v. 2, n. 1, p. 89-97, 2017.

SCRASCIA, R.; FIORILLO, L.; GAITA, V.; SECONDO, L.; NICITA, F.; CERVINO, G. Implant-Supported Prosthesis for Edentulous Patient Rehabilitation. From Temporary Prosthesis to Definitive with a New Protocol: A Single Case Report. **Prosthesis**, Basel, v. 2, n. 1, p. 10-24, 2020.

SILVA, R.F. **Prótese sobre implante cimentada x parafusada: uma revisão narrativa da literatura**. 2020. 45p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2020.

SHILLINGBURG, H.T.; HOBBO, S.; WHITSETT, L.D.; JACOBI, R.; BRACKETT, S.E. **Fundamentos de Prótese Fixa**. 4 ed. São Paulo: Quintessence, 2007.

TEIXEIRA, A.B.V.; VALENTE, M.L.C.; CASTRO, D.T.; MORELLI, V.G. ; REIS, A.C. Prótese de transição x prótese sobre implantes: relato de caso. **ROBRAC**, Goiânia, v. 28, n. 84, p. 30-4, 2019.

VIDOTTI, H.A.; LANZA, M.D.S.; PERGORARO, L.F. Planejamento em prótese parcial fixa. In: PERGORARO, L.F.; REZENDE, C.E.; CUNHA, C.O.; STANCARI, F.H.; VIDOTTI, H.A.; SANTOS, L.A.; et al. **Fundamentos de Prótese Fixa**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

VOLPATO, C.A.M.; GARBELOTTO, L.G.D.; ZANI, I.M.; VASCONCELLOS, D.K. **Próteses odontológicas: uma visão contemporânea – fundamentos e procedimentos**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2013.

ZIROLDO, C.S. **Prótese parcial fixa dento implanto suportada – Revisão de literatura e apresentação de caso clínico**. 2013. 32p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em odontologia)- Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2013.

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação oral associando prótese fixa sobre dentes e implantes: relato de caso

Pesquisador: Cláudio Luis de Melo Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34490920.7.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.149.993

Apresentação do Projeto:

O trabalho é um relato de caso clínico descrevendo uma reabilitação oral em Paciente da clínica do UniFOA, onde serão realizados implantes dentários e reabilitação protética, devolvendo ao paciente a harmonia facial, estética e as funções do sistema estomatognático.

Objetivo da Pesquisa:

Será devolver ao paciente as condições de saúde e estética; e formular trabalho para apresentar o caso a comunidade científica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o tratamento envolverá etapas pós-operatória das exodontias e colocação de implantes podem ocorrer hemorragias, inchaço e dor.

Benefícios: Reabilitar a função mastigatória e estética no paciente e divulgar o conhecimento para comunidade científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos forma entregues.

Endereço: Avenida Paulo Erlei 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: 4.149.993

Recomendações:

Vide conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1567630.pdf	29/05/2020 21:35:23		Aceito
Outros	Usodeimagem.pdf	29/05/2020 18:19:59	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuencia.pdf	29/05/2020 18:18:59	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisa.pdf	29/05/2020 18:17:22	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/05/2020 18:16:35	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto1.pdf	29/05/2020 18:15:53	Cláudio Luis de Melo Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 12 de Julho de 2020

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Erlei 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 B: Normas da Revista Cadernos UniFOA



CADERNOS UniFOA

ISSN VERSÃO ON LINE: 1982-1816
ISSN VERSÃO IMPRESSA: 1809-9475

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos UniFOA é uma publicação quadrimestral cujo objetivo é publicar prioritariamente pesquisas originais e contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes e comunicações breves sobre temas relevantes e inéditos desenvolvidos em nível de Graduação, e Pós-graduação *Lato e Stricto Sensu*.

Seleção de artigos: na seleção de artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico.

Revisão por pareceristas: os manuscritos serão analisados por, no mínimo, dois consultores, resguardado o anonimato dos autores. A aprovação do trabalho, pela Comissão Editorial, será baseada no conteúdo científico, respaldado pelos pareceres dos consultores e no atendimento às normas. Alterações substanciais poderão ser solicitadas aos autores, mediante a devolução dos arquivos originais acompanhados das sugestões.

Ineditismo do material: o conteúdo do material enviado para publicação na Revista Cadernos UniFOA não pode ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outros locais. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam aprovação por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

Direitos Autorais: ao encaminhar um original à revista, os autores devem estar cientes de que, se aprovado para publicação, os direitos autorais do artigo, incluindo os de reprodução em todas as mídias e formatos, deverão ser concedidos exclusivamente para a Revista Cadernos UniFOA, através de formulário próprio preenchido durante o Passo 1 do processo de submissão.

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).

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), nome(s) do(s) autor(es) e sua(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência.

Ilustrações: as figuras deverão ser enviadas em alta qualidade, coloridas e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. É necessário o envio dos gráficos, separadamente, no formato do programa em que foram gerados (Excel 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). Por questões de custo, não é possível garantir, à priori, a impressão da revista com imagens coloridas.

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(es) pode(m) entrar em contato com 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 deve 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.

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/cadernos/ojs. 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.