

**RESTAURAÇÃO DE FRATURAS EM INCISIVOS CENTRAIS
SUPERIORES PERMANENTES COM A TÉCNICA DA GUIA DE SILICONE NA
ODONTOPEDIATRIA: Relatos de Casos Clínicos**

*RESTORATION OF FRACTURES IN PERMANENT UPPER CENTRAL
INCISORS WITH THE SILICON GUIDE TECHNIQUE IN PEDIATRIC
DENTISTRY: Cases Reports*

Kimberly Thais Fernandes Moura¹

Larissa Rocha Teixeira¹

Suzane Paixão Gonçalves²

Monize Ferreira Figueiredo de Carvalho³

Resumo: O traumatismo dentário é um problema que atinge crianças no Brasil e pode impactar negativamente na qualidade de vida. A dentística dispõe de múltiplas técnicas que possibilitam a reconstituição de elementos anteriores fraturados, como colagem de fragmento autógeno, restauração direta a mãos livres e restauração através da guia de silicone. É de suma importância que o cirurgião-dentista disponha de diferentes opções para o tratamento restaurador. O objetivo deste trabalho é apresentar casos clínicos de pacientes pediátricos com fraturas não complicadas em incisivos centrais superiores permanentes em que foi utilizada a técnica da guia de silicone para realização do tratamento restaurador, assim como apresentar as vantagens e desvantagens para esse tipo de tratamento na Odontopediatria. Dois relatos de casos são apresentados e ilustrados. No primeiro, paciente de oito anos relata ter sofrido fratura nos dentes 11 e 21 durante atividade na escola. Foi proposta a confecção de enceramento diagnóstico e restauração com a técnica da guia de silicone. O segundo relato se trata de paciente de oito anos de idade com fratura no dente 21 em que foi utilizada a técnica da guia de silicone para restauração. Conclui-se, então, que tal

1 Graduanda em Odontologia pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Sete Lagoas, MG, Brasil.
E-mail: kimberlymoura.cd@gmail.com e laryrocha2412@gmail.com

2 Doutora em Clínicas Odontológicas com ênfase em Odontopediatria da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Sete Lagoas, MG, Brasil.

3 Doutora em Clínicas Odontológicas com ênfase em Dentística da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Sete Lagoas, MG, Brasil.

técnica é uma excelente alternativa na Odontopediatria e que cabe ao cirurgião-dentista avaliar e decidir, de acordo com o caso, se convém à utilização da técnica da guia de silicone para realização do tratamento dentário.

Palavras chave: Traumatismo Dentário. Fratura. Restauração Dentária. Guia de Silicone. Odontopediatria.

Abstract: Dental trauma is a problem that affects children in Brazil and can negatively impact the quality of life. Dentistry has multiple techniques that enable the reconstruction of fractured anterior elements, such as autogenous fragment bonding, direct hands-free restoration and silicone guide restoration. It is of utmost importance that the dentist has different options for the restorative treatment. The aim of this paper is to present clinical cases of pediatric patients with uncomplicated fractures in permanent maxillary central incisors using the silicone guide technique for restorative treatment, as well as to present the advantages and disadvantages for this type of treatment in pediatric dentistry. Two case reports are presented and illustrated. In the first, an eight-year-old patient reported having suffered fracture in tooth 11 and 21 during school activity. It was proposed to make a diagnostic waxing and restoration with the silicone guide technique. The second report concerns an eight-year-old patient with fracture in tooth 21 where it was used the silicone restoration guide technique. It is concluded, therefore, that such technique is an excellent alternative in Pediatric Dentistry and that it is up to the dentist to evaluate and decide whether it is appropriate to use the silicone guide technique to perform dental treatment.

Key words: Dental Trauma. Fracture. Dental Restoration. Silicone Guide. Pediatric Dentistry.

1. Introdução

O traumatismo dentário (TD) é um problema que atinge crianças de dois a doze anos no Brasil, o que mostra a necessidade de maiores pesquisas e mapeamentos para maior entendimento do ponto de vista epidemiológico e de prevenção do trauma¹.

O TD pode ser classificado como fraturas não complicadas, as quais compreendem fraturas de esmalte ou esmalte e dentina sem comprometimento pulpar; e fraturas complicadas, em que há envolvimento pulpar^{2,3}. Outros fatores associados são dor, sensibilidade, mobilidade dentária necrose pulpar e reabsorções radiculares²⁻⁴.

Na maioria dos TD na infância, as crianças do sexo masculino são mais gravemente afetadas (64.7%) comparadas às crianças do sexo feminino (35.3%)⁵. Os dentes mais afetados são os incisivos centrais e laterais e, características como overjet acentuado e recobrimento labial inadequado são fatores de risco já bem definidos pela literatura⁶. Na dentição decídua, quedas são as causas mais comuns de fraturas devido a diversos aspectos como a coordenação motora em desenvolvimento. Na dentição permanente, atividades esportivas são observadas como o maior causador de traumas⁷. Outros fatores ligados às causas de TD incluem violência e acidentes de trânsito; e os domicílios são reportados como o local em que a maioria dos traumas ocorre tanto na dentição decídua, quanto na permanente⁸.

O TD pode impactar negativamente a qualidade de vida da criança e da família, tanto na questão social e emocional, em virtude da dificuldade de sorrir e conversar, quanto na questão fisiológica, decorrente da dor e da perda da função. Assim, cabe ao cirurgião-dentista o desafio de realizar a conduta necessária⁹.

A dentística dispõe de múltiplas técnicas que possibilitam a reconstituição de elementos anteriores fraturados e é de suma importância que o cirurgião-dentista disponha de diferentes opções para o tratamento restaurador, visto que, cada caso apresenta sua particularidade, como a extensão da fratura, a

disposição de materiais e o comportamento infantil. Dentre as técnicas restauradoras mais executadas em caso de fraturas coronárias, pode-se citar: colagem de fragmento autógeno, restauração direta a mãos livres e restauração através da guia de silicone¹⁰.

A colagem de fragmento autógeno consiste em unir novamente o fragmento rompido durante o momento do trauma à estrutura dentária remanescente e possui vantagens como a praticidade, tempo de execução reduzido, maior preservação de estrutura dentária, características visuais e mecânicas originais, o que beneficia a estética e função, além de favorecer resposta positiva do paciente¹¹. Ademais, a apropriada hidratação é fator determinante para a escolha deste método, pois preserva a vitalidade e o aspecto original, além de favorecer adaptação satisfatória¹². Dentre os materiais que podem ser utilizados na colagem de fragmentos autógenos, pode-se citar os sistemas adesivos, resinas compostas convencionais, resinas fluidas, cimentos resinosos e cimento de ionômero de vidro¹³.

A restauração direta é uma técnica em que várias camadas de resina composta são inseridas na estrutura dentária em incrementos a fim de recuperar a forma, função e estética dos elementos fraturados¹⁴. Apesar deste tipo de conduta ter como vantagem a redução do número de sessões para a finalização do caso, a técnica da restauração direta a mãos livres exige muito da habilidade manual do cirurgião-dentista para a reprodução com excelência no que se diz respeito à forma, função e estética, além de um tempo de cadeira maior¹⁵.

A técnica da guia de silicone é o método de restauração direta em que uma moldagem dos elementos fraturados é realizada, obtêm-se um modelo de estudo e, a partir dele, é confeccionado o enceramento diagnóstico (ED); o ED possibilita a previsão da estabilidade oclusal e dos movimentos mandibulares, propiciando, assim, o equilíbrio do sistema estomatognático e um prognóstico favorável¹⁶. O ED, ainda, é uma ferramenta suplementar com o propósito de se ter visualização tridimensional da estrutura em questão e propicia ao cirurgião-dentista e ao paciente a previsibilidade no tratamento estético reabilitador¹⁷. Apesar de todos os benefícios e facilidades no tratamento restaurador de crianças, a guia de silicone

resulta em custos adicionais por necessitar de maior número de sessões clínicas e materiais¹⁸.

Os traumatismos dentários, especialmente as fraturas coronárias em esmalte e dentina, são alterações frequentes no atendimento odontológico infantil. Sabe-se que o maior desafio para o tratamento odontológico em crianças é o manejo comportamental, portanto a técnica da guia de silicone, utilizada na dentística, se faz como excelente opção no tratamento de fraturas coronárias em pacientes pediátricos, uma vez que essa técnica confere praticidade, maior precisão e agilidade na execução do tratamento restaurador, características indispensáveis para o sucesso do atendimento infantil.

Portanto, esse trabalho visa demonstrar a técnica da guia de silicone para realização do tratamento restaurador em casos clínicos de pacientes pediátricos com fraturas não complicadas em incisivos centrais superiores permanentes, bem como apresentar suas vantagens e desvantagens na Odontopediatria.

2. Relato de Caso Clínico 1

O paciente G. B. B., gênero masculino, oito anos de idade e sua responsável procuraram a clínica de graduação da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, em Sete Lagoas, para iniciar o tratamento odontológico. A mãe relatou como queixa principal que “os dentes da frente estavam quebrados”. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o caso clínico foi executado e posteriormente relatado.

Durante a anamnese, não foram relatadas alterações sistêmicas no paciente. Ao exame clínico foram observadas fraturas de esmalte nos ângulos incisais mesiais dos elementos 11 e 21 (Figura 1). De acordo com a responsável, as fraturas aconteceram durante atividade na escola havia dois meses. Resultado do teste de percussão e de palpação normais. Radiograficamente observou-se total integridade dos tecidos e ausência de comprometimento pulpar em ambos os elementos.

Figura 1: Aspecto inicial do paciente 1



Fonte: autoria própria

Para a realização das restaurações, foram seguidas sistematicamente algumas etapas em sessões diferentes (Quadro 1). Primeiramente, foi realizada uma moldagem com moldeira parcial da região anterior do paciente (canino a canino) utilizando silicone de condensação Perfil (Coltene, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Após a obtenção do molde, realizou-se o vazamento em gesso especial tipo IV.

Quadro 1: Tempo de cadeira aproximado gasto por sessão clínica do caso clínico 1

Sessões	Tempo de cadeira
Moldagem	15 minutos
Restauração do elemento 11	40 minutos
Restauração do elemento 21	40 minutos
Acabamento/polimento	15 minutos

Fonte: autoria própria

Posteriormente ao vazamento em gesso e à obtenção do modelo, iniciou-se a etapa do ED, a qual consiste em reproduzir em cera as regiões fraturadas dos dentes, a fim de obter uma visualização prévia de como ficariam as restaurações. Depois de finalizado o enceramento (Figura 2), com a anatomia dental devidamente respeitada, realizou-se a moldagem do mesmo com silicone de condensação pesado Perfil (Coltene, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Em seguida, foi cortado o molde deixando apenas a face palatina (Figura 3), que se destina a ser uma guia para o primeiro incremento de resina composta na etapa

restauradora.

Figura 2: Enceramento diagnóstico 1



Fonte: autoria própria

Figura 3: Molde da face palatina do modelo encerado



Fonte: autoria própria

Com todas as etapas pré-restauradoras cumpridas, teve-se início ao processo de confecção das restaurações em resina composta. Optou-se por realizar os procedimentos nos dentes 11 e 21 em diferentes sessões, levando em consideração a idade do paciente e os fatores relacionados, como, por exemplo, a inquietação em procedimentos muito prolongados. Portanto, na primeira sessão restauradora realizou-se bisel vestibular e palatino com broca diamantada nº 2200 (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil) no elemento 11. Logo após, procedeu-se ao isolamento absoluto de canino a canino adaptado (substituição dos grampos por amarrilhas do próprio lençol de borracha para maior conforto da criança), e obteve-se excelente vedação do campo operatório (Figura 4).

Condicionamento com ácido fosfórico a 37% *acid gel* (Villevie, Joinville, SC, Brasil) por 30 segundos, em todas as faces do dente 11, seguido de lavagem com água abundante durante um minuto. Logo após, aplicação de duas camadas do sistema adesivo convencional de dois passos (*Adper Single Bond 2*, 3M/ESPE, St. Paul, MN, USA) de forma ativa e, posteriormente, fotopolimerização (Kavo, Poly Wireless, Joinville, SC, Brasil) por 20 segundos.

Figura 4: Isolamento absoluto adaptado



Fonte: autoria própria

Figura 5: Aspecto final do tratamento 1



Fonte: autoria própria

Para restauração da porção fraturada, foi utilizada a guia de silicone previamente cortada e adaptada à face palatina do elemento 11. Posicionou-se a guia de silicone em encaixe com a face palatina e inseriu-se resina composta (Z100, 3M/ESPE, cor I, St. Paul, MN, USA) em incrementos. Após a face palatina confeccionada e fotopolimerizada, retirou-se a guia de silicone e deu-se continuidade à restauração com pequenos incrementos de resina composta (Z-100, 3M/ESPE, cor A2, St. Paul, MN, USA), até que toda porção fraturada fosse reconstruída, com o auxílio do pincel pêlo de Marta, que acomoda a resina na cavidade e favorece a estética.

Depois de finalizada toda a restauração, deu-se início ao acabamento com broca diamantada de granulação ultrafina nº 1111FF (KG Sorensen Cotia, SP, Brasil) e discos *super snap* (*shoffu*, INC, Kyoto, Japão) de granulações média e fina. Para o polimento, foi utilizada pasta diamantada (*Diamond Universal*, Maquira, Maringá, PR, Brasil).

Após uma semana, foram seguidas sistematicamente as mesmas etapas para o dente 21 finalizando, assim, o caso clínico (Figura 5).

3. Relato de Caso clínico 2

O paciente A. G. P. O., gênero masculino, oito anos de idade juntamente com sua responsável compareceu a clínica de graduação da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, em Sete Lagoas, para iniciar o tratamento odontológico. A mãe relatou como queixa principal que “os dentes da frente estavam quebrados”. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o caso clínico foi executado e posteriormente relatado.

Durante a anamnese, não foram relatadas quaisquer alterações sistêmicas no paciente. Ao exame clínico foi observada fratura de esmalte no ângulo incisal mesial do elemento 21 (Figura 6). De acordo com a responsável, a fratura aconteceu durante atividade na escola. Resultado do teste de percussão e de palpação normais. Radiograficamente observou-se total integridade dos tecidos e ausência de comprometimento pulpar no elemento.

Figura 6: Aspecto inicial do paciente 2



Fonte: autoria própria

Figura 7: Enceramento diagnóstico 2



Fonte: autoria própria

O caso clínico apresentado iniciou-se sob responsabilidade de outro aluno da Faculdade Sete Lagoas na disciplina de Odontopediatria I que cedeu a condução do caso. Já havia sido realizada previamente pelo aluno a restauração do elemento 11, que também havia sido fraturado, restando assim, a confecção da restauração no elemento 21. O molde da região fraturada, o modelo de gesso e o ED (Figura 7) já haviam sido finalizados.

Com todas as etapas pré-restauradoras cumpridas, teve-se início ao processo de confecção da restauração do elemento 21 em resina composta. Portanto, na primeira sessão restauradora realizou-se bisel vestibular e palatino com broca diamantada nº 2200 (KGSorensen, Cotia, SP, Brasil) no elemento 21. Logo após, procedeu-se ao isolamento absoluto de canino a canino adaptado (substituição dos grampos por amarrilha do próprio lençol de borracha e amarrilha com fio dental para maior conforto da criança), e obteve-se excelente vedação do campo operatório.

Condicionamento com ácido fosfórico a 37% *acid gel* (Villevie, Joinville, SC, Brasil) por 30 segundos no esmalte, em todas as faces do dente 21, seguido de lavagem com água abundante durante um minuto. Logo após, aplicação de duas camadas do sistema adesivo convencional de dois passos (*Adper Single Bond 2*, 3M/ESPE, St. Paul, MN, USA) de forma ativa e, posteriormente, fotopolimerização (Kavo, Poly Wireless, Joinville, SC, Brasil) por 20 segundos.

Para restauração da porção fraturada, foi utilizada a guia de silicone previamente cortada e adaptada à face palatina do elemento 21. Posicionou-se a guia de silicone em encaixe com a face palatina (Figura 8) e inseriu-se resina composta (Z100, 3M/ESPE, cor I, St. Paul, MN, USA) em incrementos. Após a face palatina confeccionada e fotopolimerizada (Figura 9), retirou-se a guia de silicone e se deu continuidade à restauração com pequenos incrementos de resina composta (Z-100, 3M/ESPE, cor A2, St. Paul, MN, USA), até que toda porção fraturada fosse reconstruída, com o auxílio do pincel pêlo de Marta, que acomoda a resina na cavidade e favorece a estética.

Figura 8: Guia de silicone posicionada



Fonte: autoria própria

Figura 9: Face palatina confeccionada



Fonte: autoria própria

Sete dias depois de finalizada toda a restauração (Figura 10), deu-se início ao acabamento com broca diamantada de granulação ultrafina nº 1111FF (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil) e discos *supersnap* (*shoffu*, INC, Kyoto, Japão) de granulações média e fina. Para o polimento foi utilizada pasta diamantada (*Diamond Universal*, Maquira, Maringá, PR, Brasil). Os procedimentos de cada sessão são demonstrados no quadro 2.

Figura 10: Aspecto final do tratamento



Fonte: autoria própria

Quadro 2: Tempo de cadeira aproximado gasto por sessão clínica do caso clínico 2

Sessões	Tempo de cadeira
Restauração do elemento 21	40 minutos
Acabamento/polimento	15 minutos

Fonte: autoria própria

4. Discussão

Levando em consideração a prevalência de TD em relação ao gênero, os casos apresentados no presente trabalho foram compostos por pacientes do gênero masculino. O mesmo é demonstrado em estudos como o de Freire-Maia et. al.⁵ em 2015, onde obtiveram uma frequência maior de traumatismo em crianças do gênero masculino comparado ao do gênero feminino. Porém, outros trabalhos demonstram que a diferença na prevalência entre os gêneros masculino e feminino não é significativamente relevante^{6, 19}.

Em 2015, Paiva et. al.⁶ obtiveram em seu estudo uma prevalência de 48.8% de fraturas acometendo o incisivo central superior direito e 50.2% o incisivo central superior esquerdo. Resultado similar a diversos outros estudos que demonstram os incisivos centrais superiores como os elementos mais afetados por TD^{6, 9, 19, 20}. Ambos os casos apresentados neste estudo apresentam como elementos fraturados a serem restaurados os incisivos centrais superiores, o que corrobora para tais estatísticas.

Nos dois casos, o tipo de fratura que afetou os elementos foi fratura de esmalte. Gonçalves et. al.⁹ em 2017 obtiveram em seu estudo uma prevalência de 68,7% de trauma de esmalte, de 214 dentes que apresentaram algum tipo de trauma, sendo em sua maioria os incisivos superiores. Outros estudos também apresentam resultados semelhantes^{6, 19, 20}.

Alguns estudos apontam a casa como sendo o lugar onde a maioria dos TD em crianças acontece^{6, 9}. Nesse trabalho, os pacientes apontaram a escola como o local em que obtiveram as fraturas.

Silva et all.¹⁰ em 2012a descreveram em seu trabalho as principais técnicas para restauração de elementos anteriores fraturados, como colagem de fragmento autógeno, restauração direta a mãos livres e restauração através da guia de silicone. Nos casos clínicos apresentados a técnica restauradora de escolha foi com a guia de silicone.

Em ambos os casos apresentados, não se dispunha da porção fraturada para a realização da colagem do fragmento. Em 2012b, Silva et all.¹¹ expuseram que é necessária a fração fraturada para realização da colagem de fragmento autógeno.

Pereira et all.¹⁵ em 2016 relataram em seu trabalho que para a execução da restauração direta as mãos livres é necessário um tempo de cadeira maior para alcançar resultados satisfatórios no que se diz respeito à estética e função. Para condução dos casos clínicos do presente trabalho, o intuito foi de se obter uma estética favorável em um tempo de cadeira clinica menor, por se tratar de atendimentos odontopediátricos.

A técnica da guia de silicone foi a opção de escolha, pois dispunha-se de todos os materiais necessários para a realização da técnica. Além disso, tratava-se de pacientes colaborativos os quais compareciam em todas as consultas, e, por isso, houve satisfatório andamento das sessões clínicas. Gonçalves et all.¹⁸ em 2013 apontam em seu trabalho que apesar de todos os benefícios a técnica demanda um número maior de sessões clínicas. Gerard et all.¹⁶ em 2014 relataram que a técnica da guia de silicone oferece um prognóstico favorável, e Calixto et all.¹⁷ em 2011 disseram em seu trabalho que a técnica propicia ao cirurgião-dentista e ao paciente uma previsibilidade do tratamento.

5. Conclusão

A técnica da guia de silicone confere praticidade, maior precisão e agilidade na execução do tratamento restaurador de fraturas coronárias, assim sendo, se faz como uma excelente opção para tratamento em pacientes pediátricos.

Entretanto, esta técnica carece de um número maior de sessões clínicas até a finalização do caso, quando comparada a outras técnicas convencionais, como restauração direta a mãos livres e colagem de fragmento autógeno. Por se tratar de fratura em dentes anteriores, onde gera ao paciente maior desconforto em relação à estética e que demanda resultados mais breves, tal técnica apresenta desvantagens. Além do custo mais elevado, já que necessita de um maior arsenal de materiais para que seja executada. Cabe, então, ao cirurgião-dentista avaliar e decidir, de acordo com o caso, se convém à utilização da técnica da guia de silicone para realização do tratamento dentário.

Diante dos conteúdos apresentados e levando em consideração o grande número de fraturas ocorridas na infância, pode-se concluir que a presente técnica é uma excelente alternativa na Odontopediatria. Ela proporciona um tempo de cadeira clínica menor e um bom resultado estético, tornando a execução para o

cirurgião-dentista mais simples e permite maior conforto ao paciente, elevando, assim, o potencial e popularidade do método.

6. Referências

1. Rodrigues AS, Castilho T, Antunes LAA, Antunes LS. Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2015; 17(4): 267-78
2. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Copenhagen: Munksgaard; 2007. 912 p.
3. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. Traumatic Dental Injuries – A Manual. 3th ed. Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2011. 100p.
4. Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Baratto-Filho F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. *RSBO*. 2011 Jan-Mar; 8(1): e1-20.
5. Freire-Maia FB, Auad SM, Abreu MH, Sardenberg F, Martins MT, Paiva SM, Pordeus IA, Vale MP. Oral Health-Related Quality of Life and Traumatic Dental Injuries in Young Permanent Incisors in Brazilian Schoolchildren: A Multilevel Approach. *PLoS One*. 2015 Aug 19; 10(8): e0135369.
6. Paiva PCP, Paiva HN, Oliveira Filho PM, Côrtes MIS. Prevalence and risk factors associated with traumatic dental injury among 12-year-old schoolchildren in Montes Claros, MG, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2015, 20(4), 1225-1233.
7. Lam, R. (2016), Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dent J*, 61: 4-20.
8. Azami-Aghdash S, Ebadifard Azar F, Pournaghi Azar F, Rezapour A, Moradi-Joo M, Moosavi A, Ghertasi Oskouei S. Prevalence, etiology, and types of dental trauma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015 Jul 10; 29(4): 234.
9. Gonçalves BM, Dias LF, Pereira CS, Ponte FMX, Konrath AC, Bolan MS Cardoso M. O impacto do traumatismo dental e do comprometimento estético

- na qualidade de vida de pré-escolares. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35(4): 448-455.
10. Silva GR, Waechter DM, Martins LRM, Barreto BCF, Soares CJ. Técnicas Restauradoras para Fraturas Coronárias de Dentes Anteriores Traumatizados. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.* 2012; 14(4): 251-6.
 11. Silva GR, Sousa CR, Martins LRM, Barreto BCF, Oliveira MAVC, Soares CJ, Fernandes-Neto AJ. Colagem de Fragmento Dentário: Revisão Sistemática da Literatura Associada a Relato de Caso Clínico. *Rev Odontol Bras Central* 2012; 21(58): 564-69.
 12. Poubel DLN, Almeida JCF, Dias Ribeiro AP, Maia GB, Martinez JMG, Garcia FCP. Effect of dehydration and rehydration intervals on fracture resistance of reattached tooth fragments using a multimode adhesive. *Dental Traumatology.* 2017; 33(6): 451–457.
 13. Garcia FCP, Poubel DLN, Almeida JCF, Toledo IP, Poi WR, Guerra ENS, Rezende LVML. Tooth fragment reattachment techniques — A systematic review. *Dental Traumatology.* 2018; 34(3): 135–143.
 14. Nahsan FPS, Mondelli RF, Franco EB, Naufel FS, Ueda JK, Schmitt VL, Baseggio W. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J. Appl. Oral Sci.* 2012; 20(2): 151-6.
 15. Pereira DA, Borges MG; Silva FP, Menezes MS. Reabilitação estética do sorriso por meio de procedimento restaurador direto com resina composta nanoparticulada: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central.* 2016; 25(72): 54-58.
 16. Gerard LN, Martos J, Baldissera RA, Lund RG. Reabilitação estética em dente anterior com extensa fratura coronária: relato de caso. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep.* 2014, 24(1): 58-63.
 17. Calixto LR, Bandeca MC, Andrade MF. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. *Rev Dental Press Estét.* 2011 jul-set; 8(3): 26-37.
 18. Gonçalves LB, Meereis CTW, Basso GR, Martos J, Bona AD. Reabilitação estética em dente anterior traumatizado - Relato de Caso. *Odonto.* 2013; 21(41-42): 77-83.

19. Silveira JLGC, Bona AJ, Arruda JAB. Traumatismos Dentários em Escolares de 12 anos do Município de Blumenau, SC, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2010; 10(1): 23-26.
20. Berti GO, Hesse D, Bonifácio CC, Raggio DP, Bönecker MJS. Epidemiological study of traumatic dental injuries in 5- to 6-year-old Brazilian children. *Braz Oral Res*. 2015; 29(1): 1-6.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE/DEPENDENTES

Eu, Christiane Imaculada Noqueira Braga, RG n.º M.G. 14.205.940, residente à Av./Rua Boaltes Leidelem n.º 122A, complemento casa, Bairro Verde Vale, na cidade de Sete Lagoas - Estado de Minas Gerais, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que as alunas Kimberly Thais Fernandes Moura e Larissa Rocha Teixeira sob orientação de Thiana Gaudureto Carnalho de Freitas CRO- 20331 tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens e registros sobre o caso clínico do MENOR/INCAPAZ Guilherme Braga Brito, idade 08 anos, RG _____, CPF _____, que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Consinto que estas imagens bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que pode fazer com que o mesmo seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizados e divulgados.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o profissional/equipe acima discriminado, que atende o menor/incapaz e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição da sua imagem nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nestas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Sete Lagoas, 08 de maio de 2019.

Christiane Imaculada Noqueira Braga
Assinatura do responsável pelo paciente

CPF: 069.848.346-43

RG: M.G. 14.205.940

Thiana Gaudureto Carnalho de Freitas
Assinatura do Profissional Responsável

CPF: 970.830.116-72

RG: MG 5955601

C.F., art. 5º, X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;" (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)
C.C., art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais.
Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes." (Código Civil. Lei no 10.406, 10 de janeiro de 2002)

SLM.INS.F18-02

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE/DEPENDENTES

Eu, Micaela Rodrigues da Oliveira (Mãe), RG n.º _____,
MG-19.424.580, residente à Av./Rua Formosa João da Fonseca n.º 424,
complemento Sete Lagoas, Bairro Monte Dilux, nacionalidade Brasileira - Estado de
Minas Gerais, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,
CONSENTO que os alunos Jânio Carlos Dias Silva, Kimberly T. F. Moura e Larissa Rocha Teixeira, tirem
fotografias, façam vídeos e outros tipos de imagens e registros sobre o caso clínico do MENOR/INCAPAZ
Arthur Gabriel Oliveira de Oliveira, idade 8 anos, RG _____ CPF
171.305.646-0 que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Consinto que estas imagens bem
como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob minha
responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências,
cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que pode fazer com que o mesmo seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias
computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no
microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizados e divulgados.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou
solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Este consentimento é instituído por prazo
indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas
imagens e também compreendi que o profissional/equipe acima discriminado, que atende o menor/incapaz e
atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com
a exposição da sua imagem nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não
nestas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em
continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Sete Lagoas, 17 de junho de 2019.

Micaela Rodrigues da Oliveira
Assinatura do responsável pelo paciente
CPF: 131473426-11
RG: MG-19.424.580

[Assinatura]
Assinatura do Profissional Responsável
CPF: 970830116-72
RG: MG-5955601

C.F., art. 5º, X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;" (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)
C.C., art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais.
Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes." (Código Civil. Lei no 10.406, 10 de janeiro de 2002)

SLM.INS.F18-02