

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Uruguay Matos Silva Junior

**A IMPORTÂNCIA DO CONDICIONAMENTO GENGIVAL E INDIVIDUALIZAÇÃO
DO TRANSFERENTE PARA OBTENÇÃO DE PERFIL DE EMERGÊNCIA EM
PRÓTESE SOBRE IMPLANTE: relato de caso**

São Luís

2019

Uruguay Matos Silva Junior

**A IMPORTÂNCIA DO CONDICIONAMENTO GENGIVAL E INDIVIDUALIZAÇÃO
DO TRANSFERENTE PARA OBTENÇÃO DE PERFIL DE EMERGÊNCIA EM
PRÓTESE SOBRE IMPLANTE: relato de caso**

Artigo apresentado ao programa de pós graduação em odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Orientador(a): Profa. Dra. Letícia Machado Gonçalves

São Luís

2019

**A IMPORTÂNCIA DO CONDICIONAMENTO GENGIVAL E INDIVIDUALIZAÇÃO
DO TRANSFERENTE PARA OBTENÇÃO DE PERFIL DE EMERGÊNCIA EM
PRÓTESE SOBRE IMPLANTE: relato de caso**

Artigo apresentado ao programa de pós graduação em odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Aprovada em 16 / 07 / 19 pela banca constituída dos seguintes professores:

Leticia machado goncalves

Profa. Dra. Leticia Machado Gonçalves
Orientador (a)

Frediano Jorge Lima

1º Examinador

Albino Sabino Moura Borba

2º Examinador

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
ABSTRACT.....	05
1. INTRODUÇÃO.....	06
2. RELATO DE CASO.....	07
3. DISCUSSÃO.....	12
4. CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS.....	15
ANEXOS.....	16

**A IMPORTÂNCIA DO CONDICIONAMENTO GENGIVAL E INDIVIDUALIZAÇÃO
DO TRANSFERENTE PARA OBTENÇÃO DE PERFIL DE EMERGÊNCIA EM
PRÓTESE SOBRE IMPLANTE: relato de caso**

The importance of the gingival conditioning of transference
individualization to obtain the emergency profile in implant prosthesis:
case report

Uruguay Matos Silva Junior¹

Leticia Machado Gonçalves²

RESUMO

A Odontologia atual vive um momento de busca constante da excelência estética, funcional e biológica. E para alcançarmos o melhor resultado em implantes unitários é importante além do condicionamento gengival, uma transferência adequada através da individualização do transferente para obtenção do perfil de emergência. Este artigo tem como objetivo descrever a reabilitação estética de uma prótese sobre implante, através de um relato de caso. Paciente, 34 anos de idade, sexo masculino, procurou atendimento odontológico desejando melhorar a estética anterior dos seus dentes pois apresentava ausência de um incisivo central superior. Após criteriosa anamnese e exame clínico, foi constatado que o paciente tinha um implante 4.0 x 13.0 mm cone morse já instalado na região da ausência. Assim o tratamento sugerido ao paciente foi o condicionamento dos contornos dos tecidos periimplantes com uma coroa provisória personalizada para conseguir uma aparência de uniformidade com os tecidos moles adjacentes. Tendo como segunda fase a transferência precisa do perfil de emergência obtido pela provisionalização ao molde definitivo, para só assim, finalizar com a fabricação do pilar e a da coroa de cerâmica. Conclui-se que o condicionamento gengival é uma etapa indispensável em um tratamento reabilitador obtendo-se o perfil de emergência, que quando bem copiado, através da personalização do transferente, garante a naturalidade e perfeita harmonia da prótese com os tecidos periimplantares.

Palavras-chave: reabilitação oral; laminados cerâmicos; minimamente invasivos.

¹Graduado em odontologia pelo instituto Florence de Ensino Superior

² Mestrado e Doutorado

ABSTRACT

The Dentistry lives a moment of constant search for aesthetic, functional and biological excellence. And in order to achieve the best result in unitary implants, it is important besides gingival conditioning, an adequate transfer through the individualization of the transference to obtain the emergency profile. This article aims to describe the aesthetic rehabilitation of a prosthesis on the implant, through a case report. Patient, 34 years old, male, sought dental care wishing to improve the anterior aesthetic of his teeth because he had absence of a central upper incisor. After careful anamnesis and clinical examination, it was found that the patient had a 4.0 x 13.0 mm cone morse implant already installed in the absence region. Thus the treatment suggested to the patient was the conditioning of the contours of the perimplantation tissues with a personalized provisional crown to achieve an appearance of uniformity with the adjacent soft tissues. As a second phase, the precise transfer of the emergency profile obtained by the provision to the definitive mold, only thus, to finish with the manufacture of the pillar and the one of the ceramic crown. It's concluded that gingival conditioning is an indispensable step in a rehabilitation treatment, obtaining the emergency profile, which when copied well, through the personalization of the transference, guarantees the natural and perfect harmony of the prosthesis with the peri-implant tissues.

Keywords: oral rehabilitation; ceramic laminates; minimally invasive.

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia atual vive um momento de busca constante da excelência estética, funcional e biológica. Por sua vez, os pacientes possuem mais acesso a informação tornando-se cada vez mais exigentes e, frequentemente, depositam uma grande expectativa no resultado final de seu tratamento. E para alcançarmos o melhor resultado estético e fonético na região que sofreu perda estrutural, tanto da maxila quanto da mandíbula, é necessário realizarmos além da devolução dos dentes e da reconstrução tridimensional do rebordo ósseo, também a restauração do contorno gengival através do condicionamento gengival para a obtenção do perfil de emergência em próteses implatossuportadas (SILVA, 2011).

E para conseguirmos um resultado estético próximo ao natural, é necessário um correto manuseio dos tecidos moles. É importante a forma, o contorno, o limite cervical, o perfil de emergência da coroa implanto-suportada e a qualidade e quantidade de mucosa periimplantar. (QUESADA et al.,2014)

Além de potencializar o resultado estético e auxiliar na higienização da prótese, o perfil de emergência contribui ainda mais para a saúde peri-implantar (ATTARD,2003; NTOUNIS,2010)

A melhor maneira para conseguirmos uma estética gengival em implantes unitários imediatos é a elaboração de uma restauração temporária fixa sobre o implante, onde a duplicação da arquitetura gengival original contorna o dente natural. Para se obter uma transferência fiel da posição do dente e do tecido gengival, o provisório deve ser confeccionado antecipadamente no modelo. A plataforma do implante deve ficar 2 mm aquém da margem gengival para aprimorar a estética (FILHO et al.,2007). A estabilidade dimensional, fluidez e fidelidade de moldagem são propriedades importantes para se obter no material de moldagem utilizado na transferência da posição do implante na boca, após o período de cicatrização. A fim de evitar o deslocamento acidental do transferente quando parafusado a um análogo (PIERALINI,2008)

Além disso, a rigidez do material de moldagem deve ser levada em consideração para que não haja a distorção da mucosa periimplantar e do perfil de emergência obtido durante a fase de utilização dos provisórios (QUESASA et al.,2014)

Os pilares pré-fabricados ou personalizados podem ser compostos por: Óxido

de Alumínio, Alumina/Zircônia e Zircônia estabilizada por ítrio. Dente eles as propriedades físicas excelentes do Óxido de Zircônia permitem a confecção de restaurações mais estéticas, pois concedem a possibilidade de se individualizar, podendo sofrer desgastes sem ter que respeitar um tamanho mínimo. E devido a necessidade e busca incansável pela estética, opta-se por não se ter estruturas metálicas para evitar com que haja o escurecimento da margem gengival devido a presença do metal, sendo um dos são fatores que realçaram a importância dos pilares cerâmicos (BOTTINO et al.,2005; BUTZ et al.,2005)

A presente artigo com o título “A importância do condicionamento gengival e individualização do transferente para obtenção de perfil de emergência em prótese sobre implante: relato de caso” tem como objetivo abordar os aspectos e bases fundamentais referente a técnica utilizada para se alcançar um perfil de emergência adequado nos tecidos periodontais, bem como o método de transferência eficaz, conseguido através do transferente personalizado. Em suma, realçar aspectos importantes para se conseguir alcançar o requisito estético e funcional quando se reabilita um paciente com implante unitário.

2 RELATO DE CASO

2.1 Avaliação inicial

Paciente, 34 anos de idade, sexo masculino, procurou atendimento odontológico desejando melhorar a estética anterior dos seus dentes pois apresentava ausência de incisivo central superior. Após criteriosa anamnese e exame clínico, foi constatado que o paciente tinha um implante 4.0 x 13.0 mm cone morse (Neodent, Curitiba, Brasil) já instalado na região da ausência. Clinicamente, observou-se volume ósseo adequado, e espaço suficiente para a instalação de uma coroa implanto-suportada. Observou-se que o paciente usava uma coroa provisória sobre o implante dentro do padrão funcional, porém não se apresentava esteticamente agradável, especialmente considerando o contorno dos tecidos periimplantares (Figura 1A e 1B).

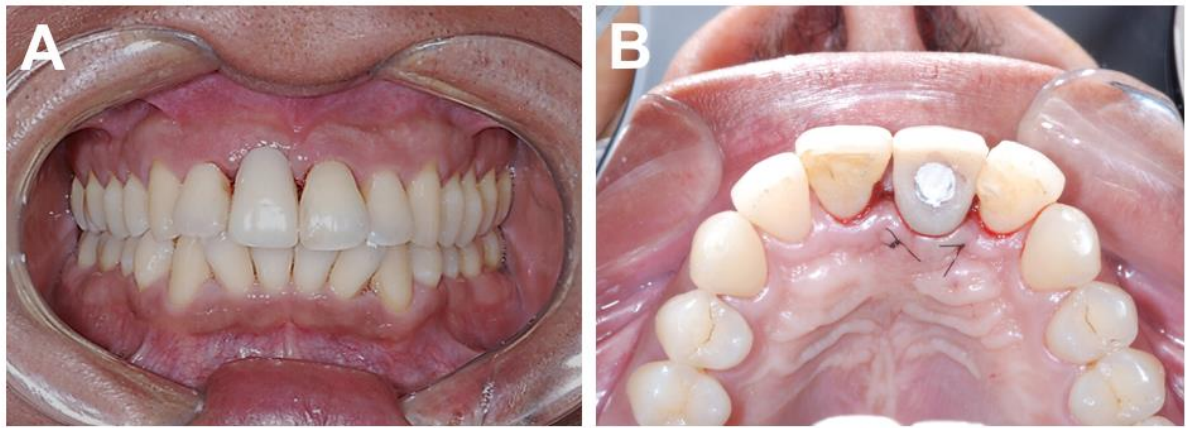


Figura 1. Fotos iniciais do paciente: (A) Vista vestibular e (B) vista palatina da coroa provisória. Notar os contornos iniciais dos tecidos periimplantares.

Foi sugerido ao paciente o condicionamento dos contornos dos tecidos periimplantes com uma coroa provisória personalizada para conseguir uma aparência de uniformidade com os tecidos moles adjacentes. Tendo como segunda fase a transferência precisa do perfil de emergência obtido pela provisionalização ao molde definitivo, para só assim, finalizar com a fabricação do pilar e a da coroa de cerâmica.

Após a aceitação do paciente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizamos na mesma sessão as fotografias iniciais para o planejamento da reabilitação e deu-se início aos procedimentos.

Inicialmente, a coroa provisória antiga e o parafuso cicatrizador foram removidos, e um cilindro plástico para provisório (Neodent) foi selecionado e inserido sobre o implante. Em seguida, a coroa provisória foi confeccionada usando um dente de estoque acrílico (Trilux; Vipi, Brasil) e resina acrílica autopolimerizável na cor 66 (Jet acrílico; Lang Dental Mfg Co, Wheling). Os incrementos de resina acrílica autopolimerizável foram adicionados nesta região da gengiva de modo que o tecido periimplantar ficasse totalmente suportado. Após a polimerização, o cilindro plástico foi removido juntamente com a coroa provisória a fim de receber acabamento e polimento adequados. Em seguida, a coroa provisória foi inserida novamente no implante, e um torque de 10 N.cm foi realizado sobre o parafuso (Figura 2A). A abertura de acesso ao parafuso foi preenchida com algodão e resina composta (Filtek Supreme; 3M ESPE, USA). Um cuidado especial foi tomado para evitar contatos em oclusão cêntrica e excêntrica com os dentes antagonistas. Além disso,

o paciente foi orientado a seguir dieta leve e evitar forças excessivas sobre a coroa provisória.

O paciente retornou uma vez por mês, durante um período de 3 meses para exames do implante. Durante essas consultas, a mobilidade do implante, higiene e oclusão foram verificadas. Além disso, nestas sessões, a coroa provisória era reembasada com resina acrílica autopolimerizável para criar mais suporte para os tecidos moles, até que a arquitetura ao redor do implante fosse esteticamente aceitável (Figura 2B e 2C). Durante este processo, foi dada especial atenção a forma do contorno proximal para proporcionar condições ótimas para a papila gengival (Figura 2C).

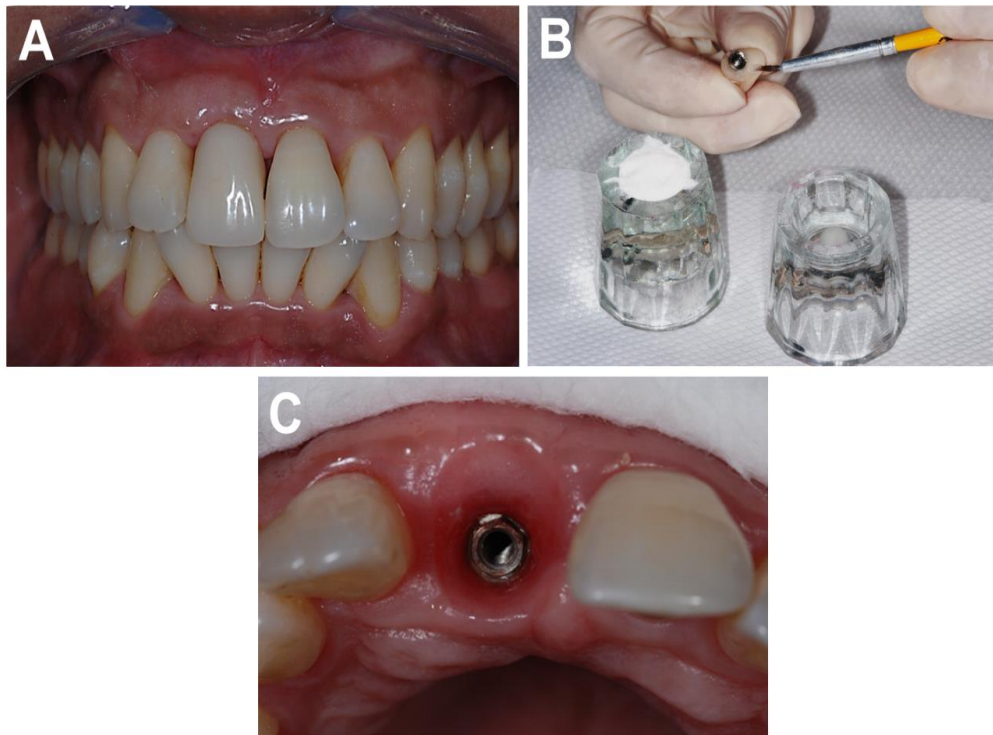


Figura 2. (A) Vista vestibular da coroa provisória personalizada. (B) Reembasamento da coroa provisória com resina acrílica autopolimerizável. (C) Aspecto do tecido periimplantar após o condicionamento

Após o condicionamento do tecido periimplantar, qualquer possível deslocamento do tecido mole devido a pressão do material de moldagem deveria ser evitada, e, portanto, foi necessária a transferência personalizada do perfil de emergência. Por esta razão, os contornos dos tecidos periimplantares foram registrados inicialmente com uma resina acrílica autopolimerizável de baixa contração de polimerização (Duralay; Reliance, EUA), e a posição do implante foi obtida usando silicone de adição como material de impressão (Express XT; 3M

ESPE). Para isso, inicialmente a coroa provisória foi removido da boca do paciente e foi montada com um análogo do implante (Neodente, Figura 3A). Este conjunto foi inserido em um recipiente contendo massa de silicone de adição (Express XT) para cobrir o implante e a coroa provisória até ao nível do perímetro máximo coroa (Figura 3B). Após a polimerização material do silicone, a coroa provisória foi removida e um transferente de moldagem (Neodente) foi ligado ao análogo. Neste momento a personalização da transferência impressão foi executada. Para isso, resina acrílica autopolimerizável de baixa contração (Duralay) foi manipulada de acordo com as instruções de fabricação e inserida no espaço entre o transferente de moldagem e a massa de silicone (Express XT, Figura 3C).

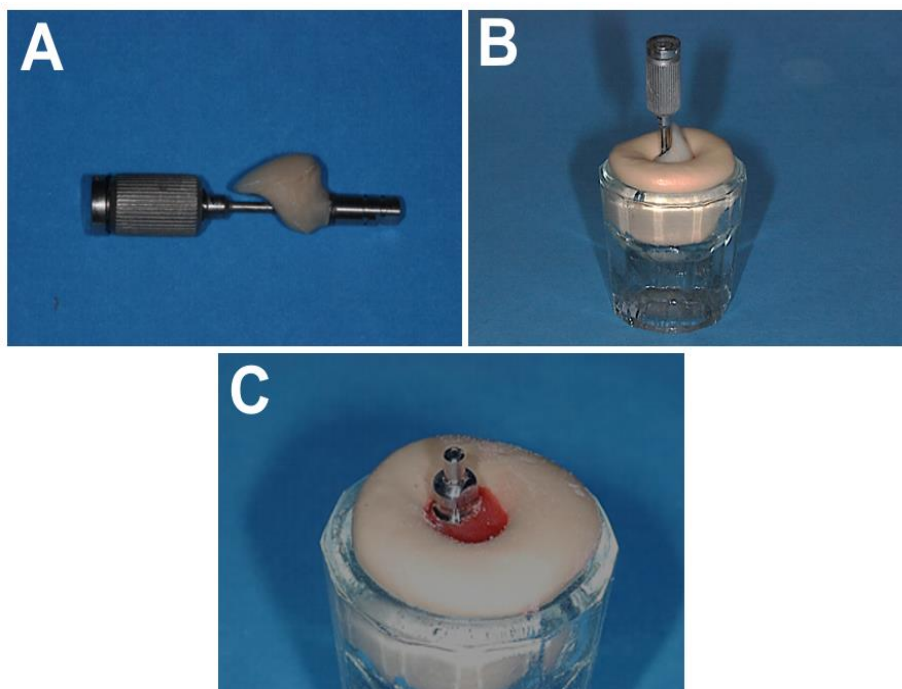


Figura 3. (A) Adaptação do análogo do implante na coroa provisória personalizada. (B) Inserção do conjunto análogo-coroa na massa de silicone de adição. (C) Inserção de resina acrílica de baixa polimerização no espaço correspondente ao perfil de emergência.

Dessa maneira foi criada uma transferência de impressão personalizada que registra com precisão os contornos de tecidos obtidos pelo condicionamento. O transferente de moldagem personalizado foi instalado sobre o implante (Figura 4A) e a impressão definitiva foi realizada com silicone de adição (Express XT) utilizando a técnica de moldeira aberta (Figura 4B e 4C). Após a polimerização do material e remoção do molde da boca, o análogo foi acoplado ao transferente personalizado. Simulador de tecido mole foi adicionado na região peri-implantar (Gengitech; Ivoclar

Vivadent, NY), e o modelo foi obtido com gesso especial tipo IV (Durone; Dentsply, Brasil).

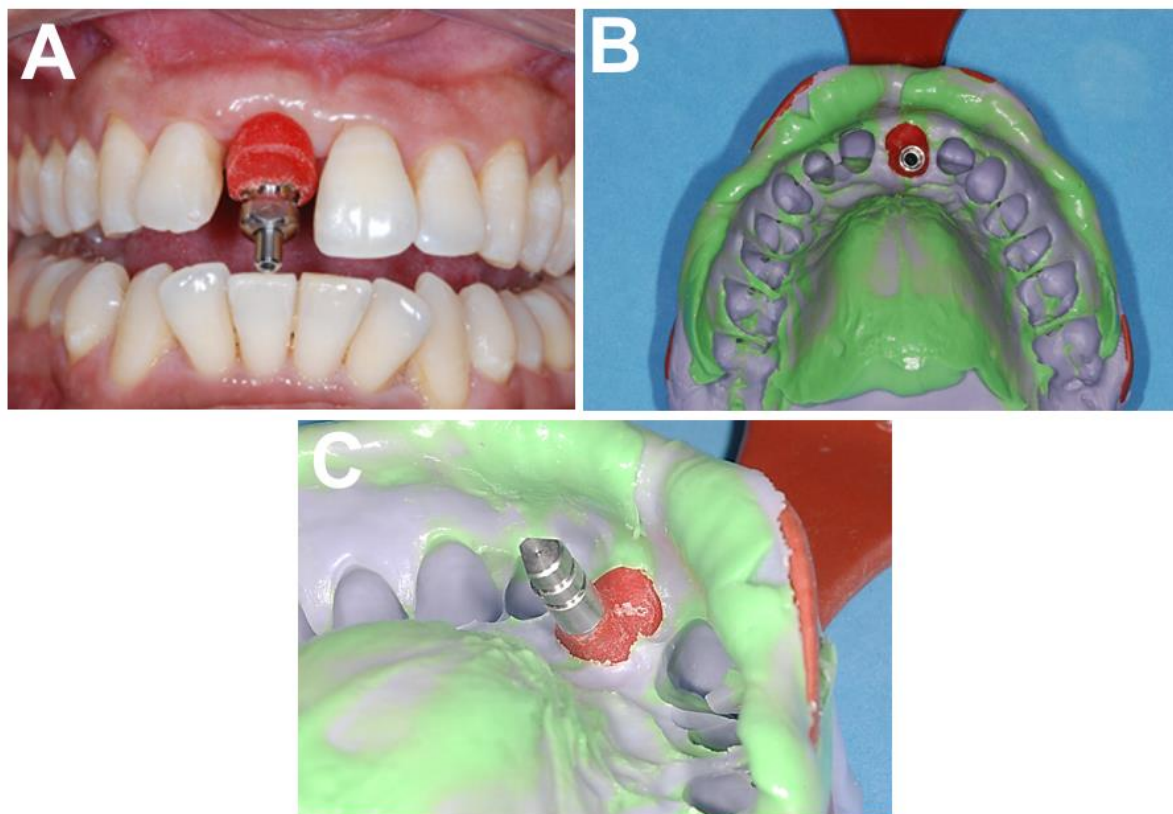


Figura 4. (A) Posicionamento em boca do transferente personalizado com resina acrílica. (B) Molde obtido com silicone de adição. (C) Posicionamento do análogo sobre o transferente personalizado.

Os modelos obtidos foram montados em articulador semi-ajustável (Bioarte, Brasil) em máxima intercuspidação habitual. A seleção da cor do dente foi realizada com a escala VITA e através de fotografias digitais obtidas. A coroa foi fabricada em cerâmica de dissilicato de lítio. Antes da instalação da coroa, uma radiografia do pilar foi realizada para verificar o assentamento adequado e passivo sobre o implante. Em seguida, a coroa definitiva foi inserida e o parafuso do pilar foi instalado com torque de 32N.cm. O orifício do parafuso foi preenchido com algodão e resina composta fotopolimerizável (Filtek Supreme). Orientações pós-operatórias foram dadas ao paciente, incluindo os procedimentos de higiene adequados e a importância de cuidados com a higiene de rotina. O resultado final foi esteticamente aceitável e o paciente também ficou satisfeito (Figura 5).



Figura 5. Resultado final obtido. Notar o contorno periimplantar.

3 DISCUSSÃO

O condicionamento gengival, quando utilizado no planejamento reabilitador, otimiza a estética e a função da prótese, sendo um procedimento com baixo custo adicional para o profissional. O Cirurgião Dentista deve estar atento para a execução deste procedimento, escolhendo uma técnica adequada, avaliando vantagens e desvantagens, como também suas indicações. (BASTOS et al.,2008)

Dentre as técnicas presente na literatura, utilizamos neste caso a de pressão gradual que se baseia na utilização da restauração provisória para se conseguir o condicionamento gengival. Esta, é indicada para áreas pequenas, com espaços de um até dois pânticos, de modo que não se perca o controle sobre as áreas condicionadas. (JACQUES et al.,1999; TRIPODAKIS e CONSTATINIDES,1990)

A realização desta técnica, consiste na confecção de coroas provisórias que sigam os princípios biológicos das coroas definitivas, com pânticos convexos, para se obter um perfil de emergência adequados e espaço interdental para as papilas. A área do pântico recebe uma aplicação gradual de resina acrílica, em torno de 1,0 mm, de maneira a exercer uma pressão sobre o tecido, que gera uma leve isquemia,

porém sem interferir na adaptação marginal e na cimentação da restauração (JACQUES et al.1999; PEGORATO et al.1998)

Conforme descrito no *The Glossary of Prosthodontic*, o perfil de emergência é definido como sendo o contorno de um dente ou restauração, ou uma coroa de um dente natural ou de um pilar de um implante e a sua relação com os tecidos adjacentes(Prosthodontic terms, 2017). Sendo importante para facilitar a higienização, saúde gengival e estética. (Pereira et al., 2015).

Após o condicionamento gengival e obtenção do perfil de emergência, a precisão da moldagem será de suma importância para transferir para o modelo a cópia fiel do perfil de emergência. A moldagem com transferentes quadrados e moldeira aberta, assegura a correta transferência da posição do implante, pois o transferente é removido em conjunto com o molde, evitando a etapa de reposicionamento e da inadequada colocação do mesmo no interior do mole (PIERALINI,2008). O seu deslocamento seria prejudicial para um perfil de emergência bem posicionado. Durante anos, foi realizada levando-se em consideração apenas a postura óssea na instalação de implantes osseointegráveis, seguido da estética branca, sendo o tecido gengival desconsiderado muitas vezes. Após isto, foi confeccionada uma técnica que visava reproduzir a arquitetura gengival de forma e contorno natural. A individualização do perfil de emergência do transferente foi alcançada durante a etapa da coroa provisória, permitindo assim, a obtenção da estética dento-gengival (VILAS BOAS et al.,2013).

Em regiões de mucosas vasculares e finas, o uso de pilares cerâmicos é inquestionável, em consequência da eliminação da cinta metálica, garantindo uma excelente biocompatibilidade do material e propriedades mecânicas adequadas, associada a uma melhor estética. (KUCEY,2000; CRUZ,2010)

Pilares Cerâmicos em zircônio e metálicos apresentam comportamentos semelhantes em relação a sua resistência a fratura segundo estudos in vitro (ARAMOUNI et al.,2008; BUTZ et al.2005).

A contra indicação dos pilares metálicos seria por razões estéticas, pois quando utilizado, há a necessidade da aplicação de uma camada opaco, causando assim um efeito de sombra na cerâmica de cobertura e teria uma diminuição da translucides, além do escurecimento das margens gengivais (ARAMOUUNI et al.,2008). O pilar metálico resulta em uma maior modificação de cor dos tecidos peri-implantares, mesmo em presença de tecido mole quando comparado aos pilares

cerâmico (BRESSAN et al., 2010). Além disso, devido suas irregularidades, facilitam a agregação bacteriana e podem causar alergias (CRUZ, 2010).

Por ser uma cerâmica densamente sinterizada que oferece restauração quimicamente estável com estética aprimorada, além de apresenta boas propriedades físicas, como alta resistência à flexão, módulo de estabilidade relativamente baixo, alta resistência à fratura quando comparada a outros materiais, o zircônia tem sido amplamente usada como coopings de próteses parciais fixas. Porém apesar das vantagens do material, o sucesso clínico das restaurações está intimamente ligado ao processo de cimentação (LIN e DUH, 2002; EVANS,1990).

Diversos tratamentos de superfície estão sendo apontados com um objetivo específico de aumentar a rugosidade e a ligação química da superfície da porcelana a base de zircônia com o cimento resinoso, pois a mesma apresenta resistência ao condicionamento ácido por serem policristalinas. (Aboushelib et al.,2008).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o condicionamento gengival é uma etapa indispensável em um tratamento reabilitador obtendo-se o perfil de emergência, que quando bem copiado, através da personalização do transferente, garante a naturalidade e perfeita harmonia da prótese com os tecidos periimplantares.

REFERÊNCIAS

ATTARD, N.; BARZILAY, I.; A modified impression technique for accurate registration of peri-implant soft tissues. **J Can Dent assoc.** 2003 Feb;69(2):80-3. Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com> Acesso em: 02/05/2018.

ARAMOUNI, P.; ZEBOUNI, E.; TASHKANDI, E.; DIB, S.; SALAMEH, Z.; ALMAS, K. Fracture resistance and failure location of zirconium and metallic implant abutments. **J Contemp Dent Pract.** 2008;9(7):41-8. Retirado em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/> Acesso em: 05/10/2018.

ARAMOUNI, P. *et al.* Fracture resistance and failure location of Zirconium and metallic implant abutments. **J Contemp Dent Pract** 2008; 9 (7): 41-48. CHRISTENSEN GJ. Selecting the best abutment for a single implant. **JADA** 2008; 139: 484-487. Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com> Acesso em: 08/07/2018.

ARAMOUNI, P.; ZEBOUNI, E.; TASHKANDI, E.; DIB, S.; SALAMEH, Z.; ALMAS, K.; LIN, J.D.; DUH, J.G; “ Fracture Toughness and Hardness of Ceria-and-YttriaDoped Tetragonal Zirconia Ceramics”, **Chem Physics** , v. 78, pp. 253-261, 2002. Retirado de: <http://www.metalmat.ufrj.br> Acesso em: 17/06/2018.

BASTOS, P.L.; OBILO, M.A.A.; HENRIQUES, G.E.P.; MESQUITA, M.F.; OTTOBONI, G.S.; NEGREIROS, W.A.; Técnica simplificada de moldagens de implantes e tecidos peri-implantares simultaneamente. **Odontol Clin Cientif.** 2008;7(2):165-9.

BOTTINO, M.A. *et al.* Implantodontia Estética – O Desenvolvimento de um Novo Pilar Cerâmico. **Rev Implant News** 2005; 2 (6): 592-600. Retirado de: <http://revodonto.bvsalud.org> Acesso em: 21/07/2018.

BUTZ, F.; HEYDECKE, G.; OKUTAN, M.; STRUB, J.R.; SURVIVAL, R.A.T.E.; Fracture strength and failure mode of ceramic implant abutments after chewing stimulation. **J Oral Rehabil** 2005; 32: 838-843. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> Acesso em: 21/07/2018.

BUTZ, F.; HEYDECKE, G.; OKUTAN, M.; STRUB, J.R.; SURVIVAL, R.A.T.E.; Fracture strength and failure mode of ceramic implant abutments after chewing simulation. **J Oral Rehabil.** 2005;32(11):838-43. Retirado em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/> Acesso em: 05/10/2018.

BRESSAN, E.; PANIZ, G.; LOPS, D.; CORAZZA, B.; ROMEO, E.; FAVERO, G.; Influence of abutment material on the gingival color of implant-supported all-ceramic restorations: a prospective multicenter study. **Clin Oral Implants Res** 2010; 11: doi: 10.1111/j.1600-0501.2010.02008.x. Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com> Acesso em: 24/06/2018.

CRUZ, F. L. G. *et al.* Implantodontia estética na região anterior da maxila- pilar metálico ou cerâmico? Uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Implant.** Out-Dez/2010. Retirado em: <http://www.periodicos.capes.gov.br> Acesso em: 02/05/2018.

EVANS, A. G.; Perspective on the Development of High-Toughness Ceramics. First published: February 1990. **Journal of the American Ceramic Society**,73 (2) 187-206 (1990). Retirado de: <https://onlinelibrary.wiley.com> Acesso em: 17/06/2018.

FILHO, J.S.; ENCARNAÇÃO, I.C.; SILVA, A.P.; DOTTO, C.A.; Como conseguir adequada estética gengival em implantes unitários imediatos: relato de caso clínico. **Perionews**. 2007; 1(3): 219-223. Retirado de: www.researchgate.net Acesso em: 18/06/2018.

JACQUES, L.B.; COELHO, A.B.; HOOWEG, H.; CONTI, P.C.R.; Tissue sculpturing: An alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. **J Prosthet Dent** 1999 May; 81(5): 630-3.

KUCEY, B.K.; FRASER, D.C.; The Procera abutment – the fifth generation abutment for dental implants. **J Can Dent Assoc**. 2000;66(8):445-9. Retirado em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/> Acesso em: 05/10/2018.

NTOUNIS A.; PETROPOULOU, A.; A technique for managing and accurate registration of periimplant soft tissues. **J Prosthet Dent**. 2010 Oct;104(4):276-9 Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com> Acesso em: 02/05/2018.

PIERALINI, A.R.F. et al.; Aspectos periodontais do paciente idoso. **Salusvita, Bauru**, v. 27, n. 2, p. 309-318, 2008. Retirado de: www.researchgate.net Acesso em: 02/05/2018.

PEGORARO, L.F.; Coroas provisórias. In: Pegoraro LF, Valle AL, Araújo CRP, Bonfante G, Conti PCR, Bonachela V. Prótese Fixa. **São Paulo: Artes Médicas**; 1998. p. 111-48.

PROSTHODONTIC TERMS, G.; The Glossary of Prosthodontic Terms. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, 117(5S), pp.1–105, 2017.

PEREIRA, J.R. *et al.*; Transferring Conditioned Partially Edentulous Ridge Form to a Master Cast, **Journal of Prosthodontics**, 25(7), pp.595–598,2015.

PORTAL, C.; Próteses Livres de Metal. **Trabalho de Conclusão de Curso. Piracicaba 2015**. Retirado em: www.bibliotecadigital.unicamp.br Acesso dia: 14/05/2018.

QUESADA, G.A.T.; RIZZARDI, M.;Franciscatto, L.J.; Arrais, F.R.; Condicionamento gengival visando o perfil de emergência em prótese sobre implante. *Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, Vol. 40, n. 2, Jul./Dez, p.09-18, 2014

SILVA, D.N.; Reprodução do perfil de emergência em próteses fixas sobre implantes com pânticos. **Monografia Universidade Federal do Paraná**, 2011.

Tripodakis A, Constantinides A. Tissue response under hyperpressure from convex pontics. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1990; 10(5): 409-14.

VILAS BOAS, P. C. **Implantodontia estética em região anterior**. Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da UECampinas.2013.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, Ricardo Gomes de Oliveira, paciente portador(a) do RG nº 160.925.82000-1, CPF nº 015.437.113-80, residente a Rua General Antenor Cavallho 8194 Apt 202 Tiuru, (cidade) São Luís - MA, CEP 65066-320, declaro que o (a) cirurgião(ã)-dentista Uruguacy Matos Silva Junior, devidamente inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia do Maranhão sob o nº 4887 MA, profissional escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos, constante em meu prontuário, cuja cópia encontra-se em meu poder e sob a minha guarda, declaro que:

1. A ficha de anamnese foi por mim preenchida e assinada, apresentando informações que correspondem à verdade dos fatos, especialmente no que diz respeito às minhas condições da saúde geral e bucal, não tendo omitido ou suprimido qualquer dado quanto a doenças pré-existentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não, ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento de tratamento, na resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral, inclusive quando do uso de substâncias medicamentosas utilizadas durante o procedimento odontológico ou prescritas no transcorrer do tratamento, que podem dar causa à problemas cardíacos, alergias e até a morte;
2. Considerando minha queixa principal e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, o (a) profissional me esclareceu sobre o diagnóstico e planejamento de tratamento, com alternativas e informações claras sobre os objetivos e riscos do planejamento terapêutico escolhido, bem como sobre minha responsabilidade de colaborar e contribuir para o tratamento que será executado;
3. É de meu conhecimento de que o tratamento proposto será realizado aproximadamente em 3 meses, podendo, todavia, sofrer prorrogação ou alteração de prazo, de acordo com eventual complexidade que o caso apresentar no decorrer do tratamento, bem como pela resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, assiduidade às consultas e seguimento das orientações fornecidas pelo(a) profissional;
4. Declaro, ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações;
5. Declaro que estou ciente de que deverei comparecer pontualmente no consultório do(a) profissional, nas sessões, previamente agendadas, devendo seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos a outros especialistas da área odontológica ou profissionais da área de saúde e demais orientações

fornecidas pelo(a) profissional, sob pena de ser declarado interrompido o tratamento;

6. É de meu conhecimento de que devo informar ao(à) profissional qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução; mantendo meus dados cadastrais sempre atualizados e informando eventuais mudanças de endereço, telefone etc;
7. O (a) cirurgião-dentista declarou que a técnica proposta e demais materiais que serão utilizados no meu tratamento possuem efetiva comprovação científica, respeitando o mais alto nível profissional, o estado atual da ciência e sua dignidade profissional, sendo uma das alternativas de tratamento indicadas para o meu caso;
8. Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do meu organismo e de minha colaboração, assim como da própria limitação da ciência, sendo certo que o (a) profissional se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento proposto e aprovado, assumindo responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a minha privacidade e o necessário sigilo profissional, além de zelar por minha saúde e dignidade;
9. Tenho conhecimento de que o (a) cirurgião-dentista possui o dever de elaborar e manter atualizado o meu prontuário, conservando-o em arquivo próprio, me garantido acesso ao mesmo, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega. Caso seja solicitada a devolução da documentação radiográfica e outros exames, o(a) profissional se compromete a me devolver os documentos originais, após sua duplicação para arquivo do consultório. Se o(a) profissional tiver suportado o custo dos exames, tenho ciência de que deverei arcar com o custo da duplicação;
10. É de meu conhecimento, ainda, que o tratamento odontológico poderá ser realizado em centro cirúrgico com uso de anestesia geral ou analgesia, sob a responsabilidade do médico anestesista com o registro no CRM, sendo certo que todas as informações e esclarecimentos serão previamente garantidos;
11. Declaro estar ciente do plano de tratamento odontológico em anexo, também de possíveis alterações que por ventura venham a ocorrer e concordo com a possibilidade, se necessária, da realização de extrações parciais ou totais de dentes, que somente serão realizadas após meu consentimento expresso;
12. Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo seguir as orientações da equipe odontológica, assim como retornar as consultas de orientações programadas. Entendo, ainda, que cada ser humano possui particularidades quanto ao seu organismo e respostas biológicas diversas, sendo que o procedimento odontológico, ainda que realizado por profissional habilitado, ou seja, cirurgião-dentista, e, ainda que realizado de acordo com técnica reconhecida cientificamente e indicada ao meu caso, com material de qualidade, respeitando passo a passo do que determina a literatura ou a Ciência odontológica, pode acontecer de que a resposta e o resultado esperado não sejam parcial ou totalmente alcançados, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata e, por isso, o resultado não é certo e não pode ser garantido;



13. Fui esclarecido (a) que, caso o tratamento proposto, durante a sua execução ou ao final, não alcançar a perspectiva almejada, com cura da doença ou reabilitação necessária, o profissional apresentará esclarecimentos, a todo instante, sobre as limitações enfrentadas propondo alternativas, quando houver;
14. Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que minhas condições atuais de saúde bucal ou geral se apresentam da seguinte forma: (nesse ponto o cirurgião-dentista deverá descrever as particularidades do caso do paciente, apontando eventuais limitações, fragilidades, complicações e outros fatores externos ou internos que possam interferir no planejamento apresentado e na continuidade do tratamento);
15. Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que em razão das condições descritas no item anterior, deverei observar os seguintes cuidados: (descrever quais cuidados o paciente deverá adotar para que a finalização e manutenção do tratamento seja satisfatória ou próxima do que se pretende alcançar);
16. Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que o tratamento escolhido apresenta os seguintes riscos: (descrever quais riscos dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos que serão realizados);
17. Declaro, ainda, que tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais, hábitos em geral, adequada higienização oral, além de outros fatores internos ou externos que podem danificar o serviço prestado. O profissional não se eximirá de avaliar eventual dano ou prejuízo sofrido e alegado, reparando-o, quando o caso, dentro do limite de sua responsabilidade;
18. Abaixo manifesto se permito a utilização do meu prontuário para uso em publicações científicas ou com finalidade acadêmica, permitindo a exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmicas, conforme previsto no Código de Ética Odontológica:

() Sim () Não

São Luís, 11 de setembro de 2018



Assinatura do paciente

ANEXO II – APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

FACSETE
FACULDADE SETE LAGOAS
PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
INSTITUTO PÓS-SAÚDE

Aluno: _____

Título: _____

À Coordenadoria do curso de Pós Graduação

Tendo acompanhado a elaboração e examinado a versão final do artigo científico acima, o considera satisfatório e recomenda sua aprovação.

Atenciosamente

Assinatura do Orientador (a)

São Luís, _____ de _____ de 2019.