



**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL EM PACIENTE COM ABERTURA
BUCAL REDUZIDA: RELATO DE CASO**

HENDRI KÉROLE SILVA DE OLIVEIRA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL EM PACIENTE COM ABERTURA
BUCAL REDUZIDA: RELATO DE CASO**

HENDRI KÉROLE SILVA DE OLIVEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de Relato de caso clínico, apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Jessica Mie Ferreira K. Takahashi

Manaus - AM

2019

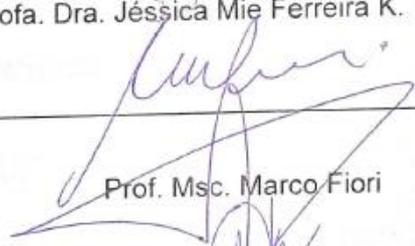
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. Hendri Kérole Silva Oliveira foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **Reabilitação oral com prótese total em paciente com abertura bucal reduzida: relato de caso**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

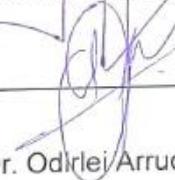
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Jéssica Mie Ferreira K. Takahashi (Orientadora)



Prof. Msc. Marco Fiori



Prof. Dr. Odirlei Arruda Malaspina

Manaus, 11 de junho de 2019



Dedico este trabalho a minha mãe Maria Lucenir da Silva por todo amor e apoio incondicional durante toda essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente meu agradecimento vai para quem permaneceu comigo mesmo quando eu achava que estava sozinha, que me guiou mesmo sem eu pedir ajuda, que deu forças e as vezes até dores para que eu me tornasse que sou hoje. Deus todo meu amor e fé que dias melhores sempre são precedidos de dias chuvosos.

Agradeço a minha mãe Maria Lucenir por tudo que ela fez por mim nessa caminhada, por todas as vezes que ela acordou cedo, que dormiu tarde por estar preocupada comigo antes de ir pra faculdade e toda vez que eu retornava, por cada lagrima, cada briga, cada abraço, cada beijo, cada palavra de eu te amo, por todas as vezes que ela falou que eu sou forte, mesmo eu estando cansada de tudo, de sua eterna princesa chorona para meu grande amor mamãe, muito obrigada. E agradeço novamente a Deus por ter escolhido eu para ser filha dessa mulher incrível.

Para meu pai Francisco de Oliveira que não pode estar presente na forma física, mas que tenho certeza que ainda acompanha minha jornada, eu agradeço de forma mais verdadeira e sincera tudo que fez por mim, a saudade de seu abraço é grande, mas espero que onde o senhor estiver tenha orgulho da caminhada que fiz até aqui. Eu sinto todos os dias o mesmo amor pelo senhor desde o dia que nasce e ele pendurará eternamente, de sua princesa muito obrigada por tudo.

Minha irmã Erica Keila uma das mulheres mais corajosas e determinadas que conheço, que cuidou de mim como se fosse minha mãe, mas é minha irmã, quantas brigas, desafenças e principalmente quantas reconciliações nós fizemos, seria eu a pessoas mais sortuda por ter você na minha vida. Eu não teria chegado onde estou sem tua ajuda, sem teus conselhos, sem teu apoio e parceria, pois tu acreditou e não duvidou nenhum momento da minha capacidade, da minha força e vontade, de tua irmã mais chata e legal para a irmã mais chata e legal meu agradecimento e amor.

Meu eterno bebê, meu irmão Carlos Sergio, meu parceiro de tudo que existe de bom nessa vida, séries, filmes, desenho e principalmente comida e pense em uma comida incrível, eu quero agradecer você por todas as vezes mesmo cansado ainda faz aquela comida maravilhosa e não tinha nada melhor que chegar em casa e sentir o cheiro da tua comida, mas principalmente agradecer por todos os abraços as vezes seguidos de palavras de eu te amo ou não, esses abraços quentinhos que todas as vezes paravam meus choros, até aqueles que não escorriam pelo meu rosto, pois o que seria de um irmão que não

soubesse quando o outro precisa de um abraço, de tua parceira e irmã para, para meu bebê eu te amo e sempre vou estar aqui, muito obrigada.

Agradecimento especial para minha família que acreditou e me deu força durante meu caminho até aqui, que acreditou que eu conseguiria chegar onde cheguei. Especialmente para meu tio Odailson, meu primo Henrique Adriano, por todas as vezes que foram me buscar bem tarde quando eu saía da faculdade, por toda paciência e compreensão. Agradecer a minha vovó Maria José por cuidar de mim todos esses anos quando minha mãe não pode, por me dar amor, carinho e aquele baião maravilhoso, obrigada também ao Leandro por todos os passeios incríveis que foram essências para que eu relaxasse depois de um longo período.

Agradeço a tia Vilanir, Rozeny, Ademir, Analice e tio Clébio por todo amor e carinho que deram durante esse percurso, palavras de conselho e de amor, muito obrigada. Meu tio Edmilson e tia Jacira obrigada por confiar em mim e acreditar no caminho que escolhe e dá seu apoio; aos meus tios Josimar e José Mauro obrigada por todo carinho dado e generosidade, o apoio de todos foi essencial para essa jornada, a gratidão é enorme.

Para minha amiga Daniele Mendes, muito obrigada por tudo que fez e ainda faz por mim, por escutar cada palavra, lágrimas, sorrisos muito obrigada por permanecer ao meu lado durante todos esses anos são poucas as palavras para demonstrar o quanto você foi essencial em toda essa caminhada. Para minhas primas Yasmin Darla e Jessilene da Silva, agradeço por compreenderem quem eu sou, por me darem apoio durante todos esses anos, além de acreditarem que eu conseguiria chegar onde estou e sonharem muito além do que sonhei para mim.

Aos meus amigos muito obrigada por tudo, por estarem comigo por todo esse caminho, por me apoiarem e darem forças para continuar nessa batalha diária. Obrigada a minha amiga Fernanda Aguiar por desde o início da faculdade estar comigo, por enxugar minhas lágrimas, pelas vezes que eu queria um abraço ou só alguém para escutar sempre esteve presente, toda vez que precisou brigar comigo e mostrar o melhor caminho, obrigada, tu sempre foi verdadeira e real, encontrar alguém assim é para pouco e por isso agradeço a Deus por ter colocado você na minha vida.

Para meus amigos Ely, Erika e Lara, sejam pepitas ou os keroles muito obrigada por todo carinho, amor e apoio, por todas as rodas de estudos ou das vezes que só falamos besteiras, pelas brigas que nos ajudaram a crescer e conhecer mais um ao outro, muito

obrigada. Para Lara Pepita vai um agradecimento especial, pois o que seria de mim nessas clínicas sem elas, apesar de nossas brigas, todas as vezes pedimos desculpas, mas o que seria de mim sem alguém pra me ajudar a colocar o lençol do lado certo, ou lembrar de avisar os paciente, ou até de ficar no RU falando de coisas aleatórias, obrigada por todas as vezes que estava triste tu tentaste fazer eu rir, fazer meu dia um pouco melhor muito obrigada por ser tão feliz.

Obrigada a minha orientadora Professora Doutora Jessica Mie, por ser tão maravilhosa e incrível, por fazer seu trabalho de forma real. Poucos são os professores que tem o dom que a senhora tem de educar, ensinar e principalmente incentivar, a senhora fez isto e muito mais por mim. Minha gratidão não tem tamanho e nem palavras que possa expressar, tem professores que são capazes de mudar o mundo de um aluno e a senhora foi capaz de mudar o meu desde o momento que aceitou me orientar, muito obrigada.

Gratidão para minha Professora Doutora Cristiane Leal, por ser tão maravilhosa também. A senhora não sabe o quanto sou grata desde de prótese total laboratorial e clínica, olha quão incrível e decisiva a senhora foi na minha vida acadêmica, orientou-me nessas duas etapas decisivas onde eu tive certeza do que eu gosto. Obrigada por incentivar os seus alunos a melhorarem todos os dias na vida pessoal e profissional, agradecimento da sua jaquinha e ligante. A minha presidente Eduarda Fortes, amiga que a liga me proporcionou, quem diria que eu iria amar tanto essa mulher, que hoje é uma das pessoas que eu mais confio e amo, muito obrigada por estar ao meu lado e acreditar em mim.

Obrigada a todos os técnicos em especial a seu Davidson por todo ensinamento dado todos esses anos, por toda conversa e conselho que me deu nesse laboratório, o senhor é uma das pessoas que mais admiro e respeito nessa universidade, muito obrigada por todos os conhecimentos que o senhor distribuiu.

A todos os professores da instituição agradecer é o mínimo que posso fazer, vocês que se empenharam e desenvolver cada aula, que preparam suas apresentações, cada pequena ação de vocês tem um papel gigante na vida dos alunos, vocês não sabem a influência que vocês tem em nossas vidas, obrigada.

Por fim, não tenho palavras suficientes para descrever o papel de cada um na minha vida, as palavras, abraços, até aquele olhar de apoio foram muito importante nessa etapa da minha vida, agradeço cada um que participou direta ou indiretamente nessa caminhada, obrigada.

*Minha vida é andar por esse país.
Para ver se um dia eu descanso feliz.*

*Guardando recordações, das terras
por onde passei. Andando pelos
sertões e dos amigos que lá deixei.*

Luiz Gonzaga

SUMÁRIO

resumo.....	9
abstract.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 RELATO DE CASO.....	12
3 DISCUSSÃO.....	27
4 CONCLUSÃO.....	31
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO.....	36

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL EM PACIENTE COM ABERTURA BUCAL REDUZIDA: RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION WITH COMPLETE DENTURE IN PATIENT WITH REDUCED MOUTH OPENING: CASE REPORT

Hendri Kérole Silva de Oliveira¹, Jessica Mie Ferreira Koyama Takahashi².

1. Acadêmica do curso de Odontologia na Universidade do Estado do Amazonas – UEA/ESA, Manaus. E-mail: hendri.kerole@gmail.com. Telefone: (092) 98809-6629.

2. Prof^ª. Dr^ª. da disciplina de Prótese Total da Universidade do Estado do Amazonas – UEA/ESA, Manaus. E-mail: jtakahashi@uea.edu.br. Telefone (092) 98245-2656

Resumo: Devido às experiências clínicas novos protocolos foram desenvolvidos para diminuir o tempo e os números de consultas necessários para reabilitação com prótese total. A técnica simplificada é uma forma mais rápida para confecção de prótese total, onde algumas etapas do processo são modificadas, não prejudicando o resultado final. O tratamento proposto deve ser individualizado visando sua adaptação à condição clínica apresentada por cada paciente. O presente relato visa ilustrar como uso de um protocolo simplificado e outras abordagens alternativas possibilitaram a reabilitação de um indivíduo com limitação de abertura bucal decorrente de paracoccidiodomicose. Ao final do tratamento conclui-se que o conhecimento das técnicas disponíveis e a adaptação das mesmas para atender às individualidades do caso clínico possibilitaram a execução da reabilitação do paciente.

Descritores: prótese total, paracoccidiodomicose, técnica simplificada

Abstract: Due to clinical experiences, new protocols were developed to reduce the time and number of consultations necessary for rehabilitation with complete denture. The simplified technique is a faster way to make a complete denture, where some stages of the process are modified, without compromising the final result. The proposed treatment should be individualized to attend the clinical condition presented by each patient. The present report aims to illustrate how the use of a simplified protocol and other alternative approaches allowed the rehabilitation of an individual with limited mouth opening due to paracoccidiodomycosis. At the end of the treatment it is concluded that knowing the available techniques and their adaptation to address individualities of the clinical case allowed the execution of the patients rehabilitation.

Descriptors: complete denture, paracoccidiodomycosis, simplified technique

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo é frequentemente visto pela sociedade como resultado do envelhecimento, como consequência de várias doenças que afetam a cavidade bucal ou decorrente de fatores biopsicossociais¹. Devido à perda dos elementos dentários, impactos nas condições físicas são esperados, como reabsorção do rebordo remanescente, comprometimento da mastigação, além de alterações estéticas².

Por meio da reabilitação com prótese é possível observar efeitos positivos na autoestima dos pacientes e no seu comportamento em meio social³. A reabilitação com prótese total permite melhorar a mastigação, fonética e aspectos estéticos dos indivíduos desdentados⁴.

Os protocolos convencionais para confecção de próteses totais exigem uma série de procedimentos clínicos e laboratoriais. Entretanto, é questionável a necessidade de algumas etapas devido à falta de evidências de que próteses fabricadas por protocolos mais complexos sejam mais sucedidas. Por esse motivo foram desenvolvidos métodos simplificados para confecção de próteses totais⁵. A técnica simplificada é caracterizada quando etapas clínicas e/ou laboratoriais são retiradas do protocolo de atendimento^{5,6}. Muitos profissionais tem optado por esta técnica para diminuir o tempo e o número de consultas para fabricação das próteses⁶. No entanto, os métodos convencionais ainda são os mais escolhidos para a reabilitação dos pacientes⁷. A abordagem escolhida, deve considerar as diferenças de individuo e a forma como este deve ser tratado, fazendo adaptações na técnica selecionada, sem negligenciar a adaptação funcional e aspectos individuais do paciente⁵.

As manifestações bucais de doenças sistêmicas são condições desfavoráveis que prejudicam a saúde bucal do indivíduo, como o diabetes, que acarreta a diminuição da produção de saliva e xerostomia⁸. A paracoccidiodomicose é uma doença sistema causada por um fungo, podendo ser aguda em jovens e na fase adulta é mais comum a ocorrência de manifestações crônicas da doença. A contaminação pelo fungo pode acarretar em lesões mucocutâneas resultando em sequelas. Na boca geralmente vai apresentar lesões múltiplas ulceradas, hipertróficas, de progresso lento, pode envolver os tecidos do periodonto⁹.

Desta maneira, este trabalho tem por objetivo descrever, por meio de um relato de caso, a aplicação de uma técnica simplificada e adaptada para confecção de próteses totais

para reabilitação de um paciente com abertura bucal reduzida em decorrência de histórico médico de paracoccidiodomicose.

2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 43 anos, leucoderma, trabalhava no açougue e ajudava a mãe nas plantações de grãos utilizando inseticidas, compareceu à clínica de Prótese clínica do curso de Odontologia da UEA para tratamento reabilitador com próteses totais superior e inferior.

Na anamnese foi relatada a realização de extrações de três elementos dentários remanescentes do lado direito e seis do lado esquerdo no ano de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde. O motivo das extrações foi para fazer a reabilitação com prótese total, uma vez que o paciente queixava-se de falta de retenção as próteses parciais removíveis antes das extrações e que não conseguia comer com colher devido ao espaço intrabucal limitado. Não foram especificadas as condições dos elementos dentários extraídos. Foi relatado que o paciente parou de fazer uso crônico de álcool no ano de 2018, e que foi usuário de drogas lícitas e ilícitas por muitos anos.

O paciente e sua acompanhante relataram que no ano de 2007 apareceram úlceras na cavidade oral do paciente, apresentando lesão ulcerada na comissura labial acompanhada de quadro de dor, febre e sangramento. A manifestação foi mais exacerbada do lado direito da face. O paciente foi encaminhado à Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON com hipótese de diagnóstico de câncer bucal. No entanto, após exames o mesmo foi diagnosticado portador do vírus HIV e ao ser encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas para realização da biópsia na região da lesão foi diagnosticado com paracoccidiodomicose, realizando o tratamento da infecção no referido hospital.

No mesmo ano o paciente foi encaminhado para realizar tratamento na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMT, onde atualmente faz exames periódicos de 5 em 5 meses e o acompanhamento do uso de coquetel medicamentoso de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Efavirinz 600mg, tomando 1 comprimido por dia.

Em 2013 apresentou lesões oculares, que foram associadas ao uso de inseticida nas plantações, causando a perda da visão bilateral. O paciente encontra-se em tratamento para sintomatologia com uso de medicamentos (Diamox e Acetato de prednisola), e está aguardando para realização de cirurgia (Trabeleculectomia) com a possibilidade de restabelecimento da visão.

Ao exame físico observou-se a presença de cicatriz nas comissuras labiais e ambos os lados, consequência da paracoccidiodomicose (Figura 1) e redução da abertura máxima

da boca (Figura 2). Foi notada diminuição da dimensão vertical facial do paciente, decorrente da ausência de próteses (Figura 3).



Figura 1. Cicatriz em comissura labial decorrente de ulcera da paracoccidioimicose



Figura 2. Abertura bucal máxima reduzida (A), largura entre as comissuras reduzida (B).

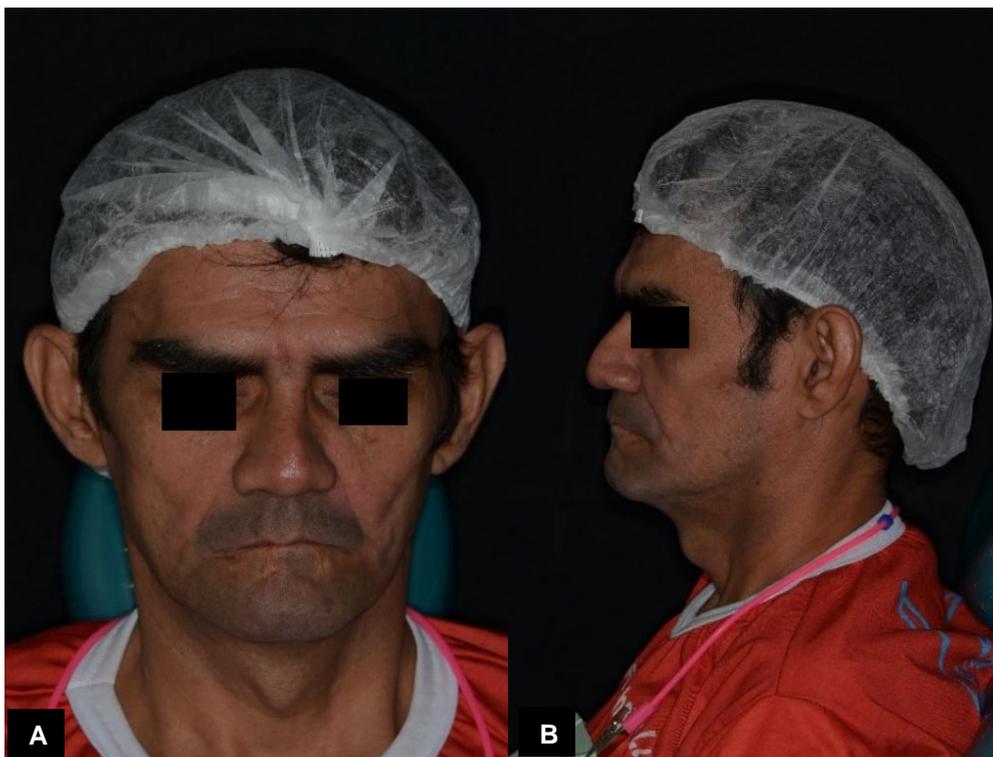


Figura 3. Alteração da dimensão vertical da face – vista frontal (A), vista lateral (B).

Ao exame clínico foi observada reabsorção acentuada dos rebordos remanescentes da maxila e mandíbula (Figura 4 e 5). Na maxila foi possível observar desnível do remanescente ósseo, onde o lado direito apresentava maior reabsorção (Figura 4).



Figura 4. Aspecto clínico intraoral do rebordo remanescente da maxila.



Figura 5. Rebordo remanescente da mandíbula.

Após a observação das características clínicas e o diagnóstico, o plano de tratamento foi desenvolvido. Optou-se pela confecção das próteses totais utilizando protocolo clínico simplificado para redução do tempo para reabilitação.

Devido à limitação de abertura bucal, optou-se pela moldagem inicial com moldeiras de estoque e silicone de condensação (Optosil - Zhermack) (Figura 6). Foi realizada a desinfecção dos moldes com clorexidina 2% por 10 minutos. A partir dos moldes foram obtidos modelos anatômicos (Figura 7) e bases de prova em resina acrílica acrescidas de planos de orientação em cera.

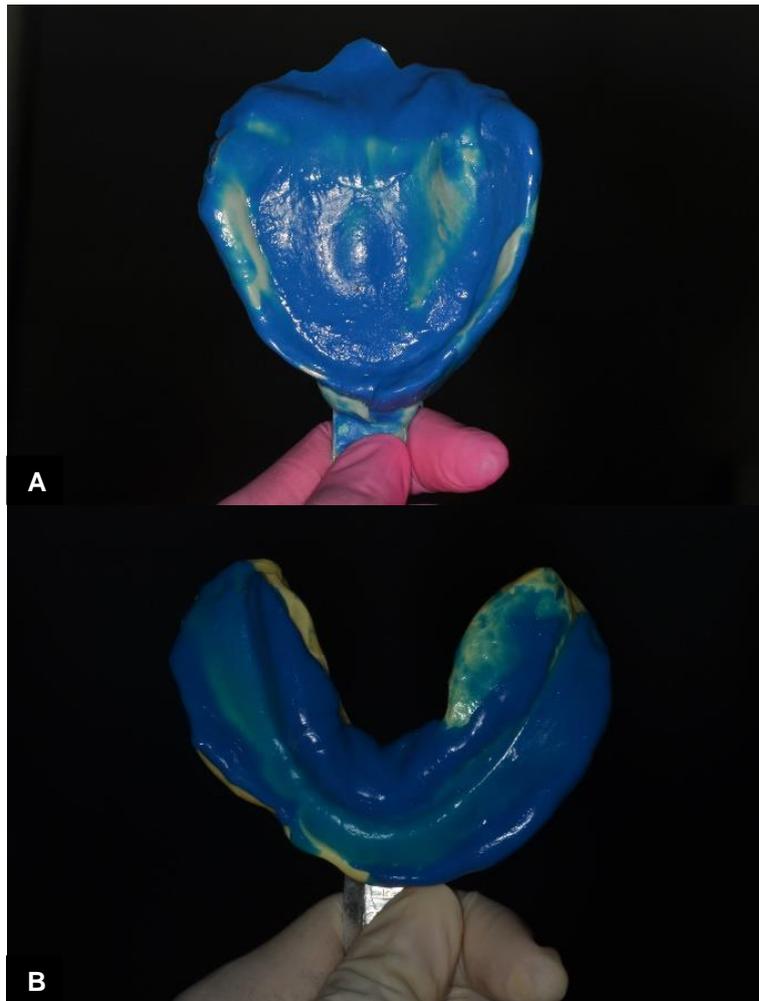


Figura 6. Molde anatômico com silicone denso e fluido da maxila (A) e mandíbula (B).

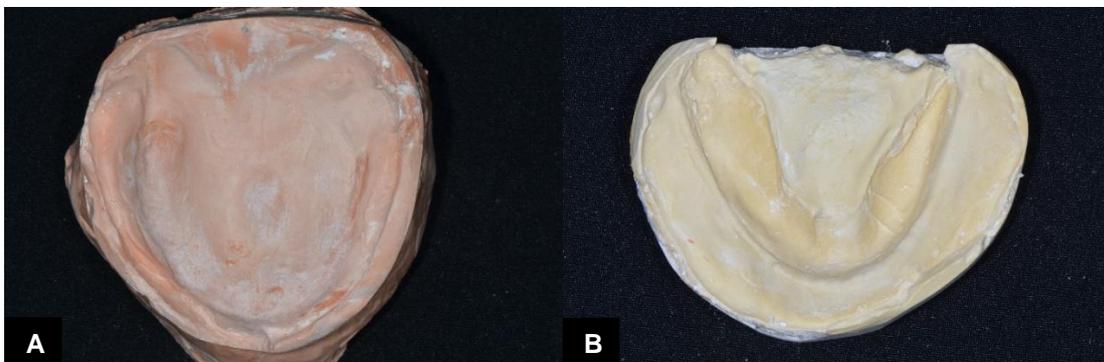


Figura 7. Modelos anatômicos - maxila (A), mandíbula (B).

Na base de prova superior, devido à extensa reabsorção foi observada a necessidade de refinamento do selamento periférico, realizado com cera 7 plastificada, associado ao uso de fixador/adensivo para próteses totais para a obtenção de retenção da base.

Em seguida, foram realizados os ajustes do plano de orientação em cera superior começando pelo suporte do lábio, seguido pelo ajuste da altura incisal, curva ânteroposterior e corredor bucal. Como consequência das cicatrizes decorrentes da paracoccidiodomicose, o paciente também apresentava dificuldade em sorrir (Figura 8), o que limitou a análise clínica durante o procedimento.



Figura 8. Sorriso máximo obtido durante o ajuste do plano de orientação em cera.

Como a abertura bucal do paciente era limitada à aproximadamente 2,6 centímetros (Figura 2), não foi possível inserir a régua de Fox para verificar o paralelismo do plano de orientação com as linhas bipupilar (plano frontal) e plano de Camper (plano sagital). Como adaptação às limitações apresentadas foram utilizadas espátulas de madeira para auxiliar na visualização durante o ajuste (Figura 9).



Figura 9. Paralelismo do plano de orientação com o plano de Camper (A); paralelismo do plano com a linha bipupilar (B).

Foi realizado o registro do arco facial, com individualização do garfo com silicone de condensação denso (Zetalabor - Zhermack) seguido de montagem do modelo no articulador semi-ajustável. Para determinação da dimensão vertical de oclusão foi utilizado o método métrico de Willis para determinação de um valor inicial para ajuste dos planos de orientação, aferiu-se a altura do terço médio da face (linha bipupilar à comissura labial), transferindo a medida para o terço inferior da face (base do mento à base do nariz). Em seguida associou-se os métodos da harmonia facial, deglutição e o fisiológico, com aferição da dimensão vertical de repouso e subtração de 3 mm referentes ao espaço funcional para

a individualização e restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em 63 mm (Figura 10).



Figura 10. Método métrico de Willis, distância da linha bipupilar à comissura labial (A), distância da base do mento com a base do nariz (B).

Para obtenção da relação cêntrica foi solicitado ao paciente que elevasse a língua, a posicionasse tocando o palato e ocluisse. O movimento foi auxiliado com manipulação da mandíbula para determinação da posição de relação cêntrica.

Foram feitas as marcações das linhas de referência para seleção e montagem dos dentes artificiais, sendo a linha média, seguindo os pontos cefalométricos Násio, Gnátio e Pogônio, a linha dos caninos tendo como referência o centro das pupilas e a linha alta do sorriso, onde o paciente fez seu sorriso máximo.

Como não seria possível a fixação dos planos de orientação em boca e remoção dos dois planos juntos para o registro das relações intermaxilares, optou-se por registrar a

posição com pasta de óxido de zinco e eugenol. O plano inferior foi isolado com vaselina sólida para que fosse possível a remoção de uma base de prova por vez. Os planos foram reposicionados e fixados com grampo de acordo com o registro obtido (Figura 11). O modelo inferior foi montado no articulador. Foi realizada a seleção dos dentes artificiais (NatuSDENT, cor N67, modelo NK3 dentes anteriores e cor N67, modelo M2 posteriores) e encaminhado ao laboratório para a montagem dos dentes.

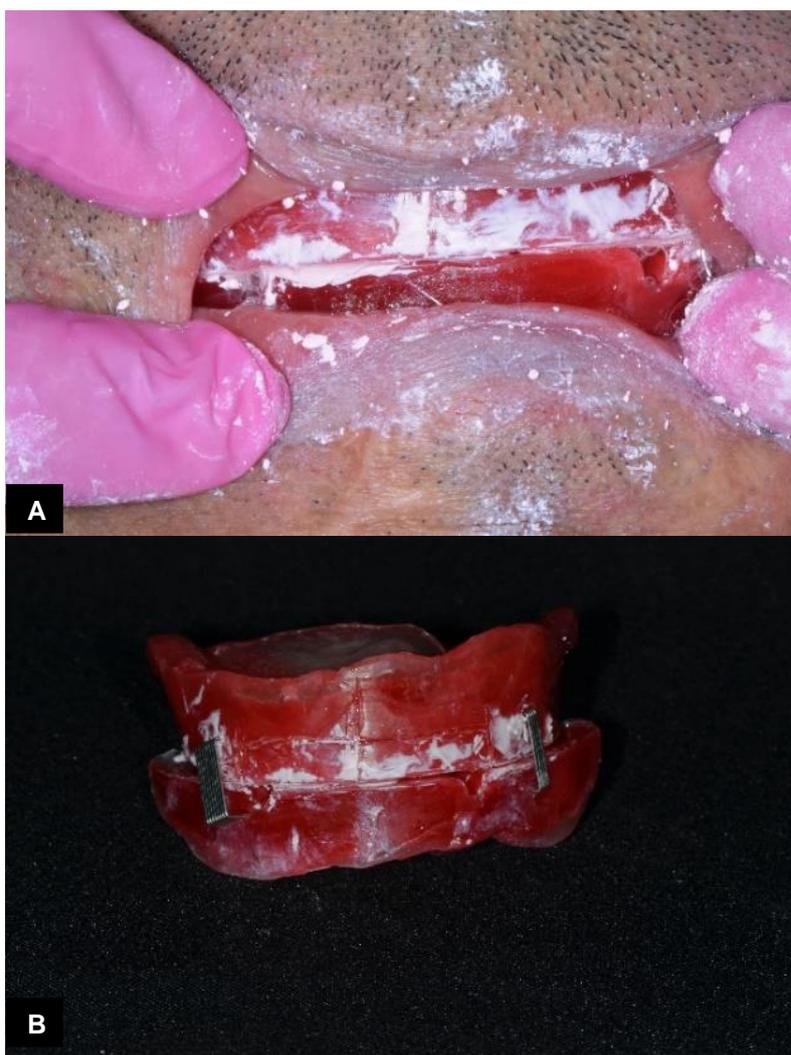


Figura 11. Registro com pasta zinco enólica (A). Planos fixados com grampas (B).

Após a montagem dos dentes (Figura 12) foi realizada a prova estética e funcional fazendo uso de adesivo fixador para melhora da retenção. Os parâmetros técnicos foram

avaliados, restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, suporte labial, oclusão, estética e fonética (Figuras 13 e 14).



Figura 12. Dentes montados no articulador semi-ajustável.



Figura 13. Prova estética dos dentes em oclusão de relação cêntrica.



Figura 14. Aspecto do sorriso durante a prova estética.

Em seguida foi realizada moldagem funcional de boca fechada com silicone leve (Xantopren – Kulzer) (Figuras 15 e 16).

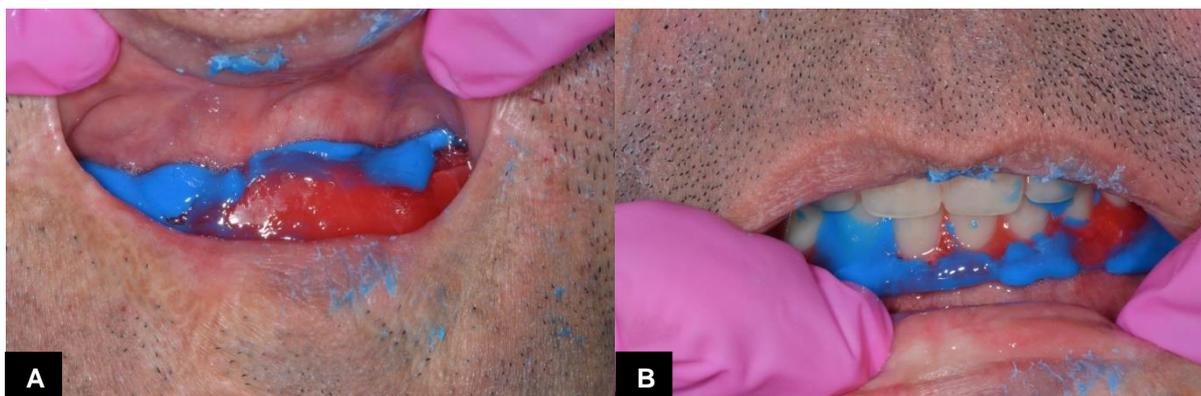


Figura 15. Moldagem funcional com silicone leve superior (A) e inferior (B).

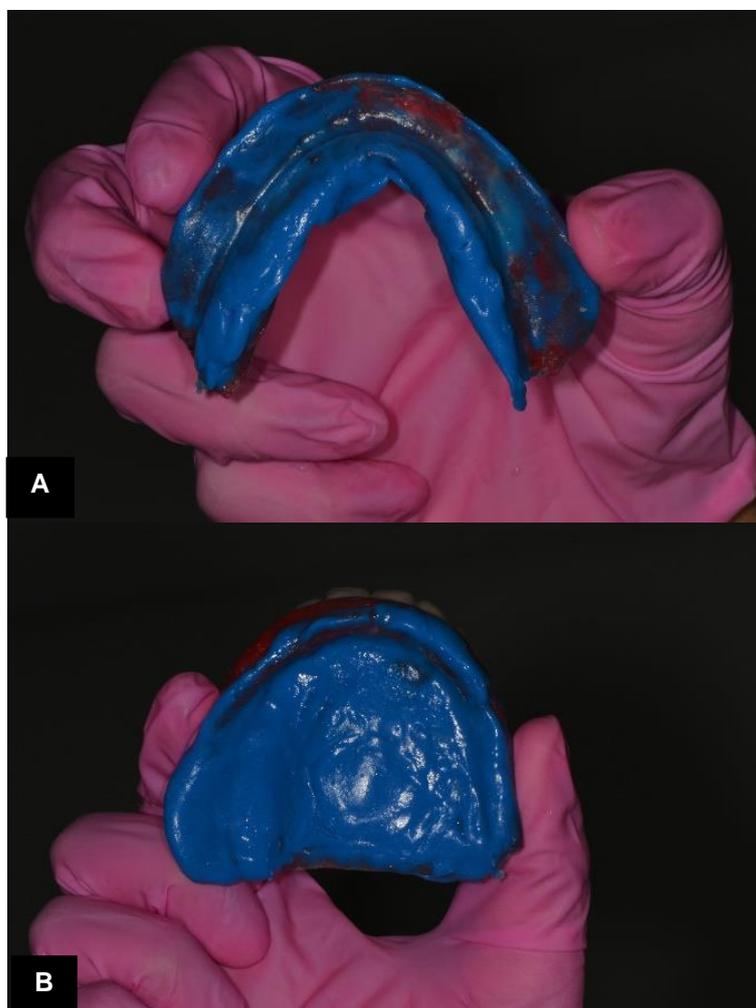


Figura 16. Moldes funcionais da maxila (A) e mandíbula (B)

Foi realizada a seleção da cor da gengiva das próteses (Escala DentalBrás, cor rosa médio), comparando com a cor da gengiva do paciente com a escala de cores (Figura 17). Em seguida, as bases de prova com os moldes funcionais superior e inferior foram enviados ao laboratório para polimerização das próteses (Figura 16).



Figura 17. Seleção da cor da gengiva.

Realizadas as etapas laboratoriais de polimerização, acabamento e polimento das próteses, foi realizada a desinfecção, seguida de inspeção tátil e visual para identificação de espículas ou pérolas de resina que pudessem lesionar o paciente (Figura 18 e 19). Procedeu-se então com a instalação das próteses, sendo realizados ajustes em regiões de maior compressão das bases da prótese e avaliadas a linha média, linha alta do sorriso, cor dos dentes, da gengiva, oclusão e restabelecimento da dimensão vertical de oclusão e harmonia facial. Para melhor fixação das próteses foi utilizado adesivo.



Figura 18. Vista frontal das próteses superior e inferior polimerizadas.



Figura 19. Visualização lateral das prótese superior e inferior acrilizadas.

Com uma tira de carbono (Accufilm) foram avaliados os contatos oclusais, sendo necessários alguns ajustes para distribuição homogênea dos pontos de contato em toda a arcada. O paciente foi instruído quanto ao uso e higienização das próteses, e retornou para consultas de preservação até a conclusão do tratamento (Figuras 20 e 21).



Figura 20. Próteses superior e inferior instaladas com paciente em oclusão de relação cêntrica.



Figura 21. Aspecto facial do paciente sorrindo vista frontal (A) e perfil (B).

3 DISCUSSÃO

Inúmeras doenças sistêmicas apresentam algum tipo de manifestação oral, e isto pode interferir nos procedimentos a serem realizados ou no resultado final do tratamento reabilitador. O histórico médico e odontológico do paciente deve ser amplamente averiguado, pois informações importantes podem ser obtidas no momento da anamnese. No caso clínico em questão, o perfil do paciente, idade, gênero, histórico de consumo de entorpecentes e atividade laboral contribuíram para o entendimento do quadro clínico e dos efeitos de sua saúde sistêmica na evolução de sua condição bucal.

A forma mais encontrada da paracoccidiodomicose (PCM) é a manifestação crônica da doença que ocorre principalmente no sexo masculino, em adultos com idade de 30 a 60 anos. Ela possui relação com o tabagismo e o alcoolismo crônico e é adquirida mais frequentemente quando o indivíduo trabalha ou realiza atividade onde tem o contato com solo infectado com o fungo^{10,11}.

A coinfeção por PCM/HIV tem sido relatada em países sul-americanos, principalmente no Brasil. A PCM oportunista é observada em indivíduos com AIDS, os quais cerca de 1,5% são infectados com o fungo^{12,13}. Devido à baixa contagem de linfócitos CD4+ esses indivíduos podem apresentar a paracoccidiodomicose como manifestação inicial da AIDS¹¹.

No caso relatado observou-se cicatrizes decorrente das úlceras na região da comissura labial e mucosa labial. O lado direito do paciente foi o mais afetado tanto extra quanto intraoralmente, sendo possível verificar uma maior reabsorção do rebordo nesta região. Nas manifestações orais da paracoccidiodomicose os locais mais atingidos são a mucosa bucal, língua, palato mole, faríngea, laríngea, lábios, mucosa jugal^{10,11,14}. Ocorrem nas mucosas lesões erosivas que aparecem de forma lenta e de aparência granulo avermelhada¹⁵. Além de observar que as sequelas dessas úlceras causaram limitações na abertura normal onde o sexo masculino apresenta abertura bucal são de 45-60 mm e o paciente possui abertura máxima de 25 mm aproximadamente¹⁶. O periodonto pode ser afetado também levando a mobilidade dentária, devido a higiene bucal precária, gengivite e periodontite¹⁴.

Após a extração dentária, o grau e taxa de reabsorção podem influenciar a altura óssea alveolar residual. O osso alveolar do rebordo residual sofre uma remodelação ao

longo da vida, conseqüentemente, o tamanho do rebordo residual é reduzido. O processo é mais rápido durante os primeiros seis meses, depois disso a atividade de reabsorção óssea da crista residual continua ao longo da vida a uma taxa mais lenta, resultando em uma diminuição de uma grande quantidade de estrutura do óssea^{17,18}. A quantidade e taxa de reabsorção óssea alveolar variam entre os indivíduos, sendo atribuídas a vários fatores, como idade, sexo, anatomia facial, metabolismo, higiene bucal, parafunções, estado geral de saúde, estado nutricional, doenças sistêmicas, osteoporose, medicamentos e a quantidade de tempo em que o paciente foi desdentado. A reabsorção do rebordo residual é considerada uma doença multifatorial que ocorre como resultado de fatores anatômicos, metabólicos, protéticos e funcionais¹⁷.

A perda de elementos dentários na maxila e mandíbula causa a redução da dimensão vertical de oclusão^{19,20} e afeta diretamente a função e estética do rosto devido às alterações na forma e altura facial. Quando um paciente apresenta diminuição da dimensão vertical de oclusão devido a perda de dentes ele pode enfrentar alterações fonéticas e funcionais. Adicionalmente, sua aparência é envelhecida devido à diminuição da altura do terço inferior da face e intrusão dos lábios²⁰.

Métodos de fabricação das próteses totais ensinadas por escolas de Odontologia muitas vezes exigem uma seqüência complexa de etapas clínicas e laboratoriais. Procedimentos baseados no pressuposto de que os resultados levaram a uma melhor qualidade do tratamento. A necessidade de tais procedimentos tem sido questionada por falta de evidências de que próteses totais fabricadas por métodos tradicionais são mais favoráveis para os pacientes. Estudos demonstram que próteses confeccionadas pelo método simplificado não causam nenhum efeito negativo no bem-estar do paciente em comparação com as confeccionadas pelo método convencional. Tais abordagens incluem a simplificação ou mesmo a eliminação de alguns procedimentos clínicos ou laboratoriais, mantendo a qualidade das próteses^{5,6}. A confecção das próteses pelo método simplificado reduz o tempo e o custo para a realização do tratamento. Uma média de 4 sessões clínicas seriam necessárias para o método simplificado, enquanto o método tradicional requer de 5 a 6 sessões^{5,21}.

No presente caso clínico, a opção pelo uso de um método simplificado foi realizada considerando um menor tempo necessário para a conclusão do caso clínico, uma vez que o paciente sinalizou a possibilidade de realização de cirurgia nos olhos e seu posterior retorno para sua cidade natal. Adicionalmente, as limitações funcionais de abertura de boca

do paciente foram decisivas para a escolha por um método simplificado, onde menos procedimentos clínicos e intervenções seriam necessários.

A decisão pela moldagem inicial com moldeira de estoque e silicone visou minimizar o desconforto do paciente, e possibilitar a obtenção de um modelo inicial mais preciso, onde fosse possível a confecção de uma base de prova com adaptação satisfatória, e que após a prova estética e funcional dos dentes seria utilizada para moldagem funcional pela técnica de boca fechada. A moldagem é um aspecto essencial para que as próteses tenham sucesso. A escolha da técnica, materiais e a precisão dos moldes escolha da técnica são fatores que influenciam diretamente no tratamento reabilitador²². A seleção da moldeira, o material escolhido para realizar a moldagem, a aptidão do pessoa que está executando na introdução e remoção para melhor realização da moldagem^{23,24}.

A verificação do plano oclusal com o auxílio da régua de Fox foi outra etapa inviabilizada pelas limitações clínica do paciente. Como alternativa utilizou-se de uma espátula de madeira para análise do paralelismo entre o plano oclusal e o plano de Camper e a linha bipupilar. Esta adaptação pode conferir menor precisão ao procedimento, uma vez que a régua de Fox apresenta ser uma ferramenta mais estável do que a espátula de madeira²⁵.

Em indivíduos edêntulos, as referências de dimensão vertical de oclusão estão alteradas devido à ausência de contatos dentários. Apesar de existirem outros métodos para a determinação da dimensão vertical de oclusão, o método métrico de Willis é o mais utilizado. Ele preconiza o uso de pontos da face como referência para determinar a dimensão vertical de oclusão²⁶, onde a distância da base do nariz até à base do mento, deve ser igual a distância da pupila do olho à linha divisória dos lábios em indivíduos dentados²⁷. Sabe-se que esta relação é pouco frequente na população, porém o método métrico de Willis faz-se bastante adequado para obtenção de um parâmetro inicial para obtenção da dimensão vertical de oclusão. Para se determinar a dimensão vertical de oclusão de maneira mais individualizada, existem vários outros métodos, como o fonético, estético, fisiológico e proporções faciais. Nenhum método se sobrepõe ao outro, mas eles devem ser utilizados em associação para reduzir a possibilidade de erros e obter uma melhor resultado da prótese definitiva²⁸.

Obtidas as relações intermaxilares, e aprovada a montagem dos dentes artificiais, a técnica simplificada aplicada neste caso clínico preconizou a realização da moldagem de boca fechada. Com os dentes montados em cera, utilizou-se as bases de prova como substrato para moldagem funcional com silicone leve com o intuito de se obter próteses

com melhor adaptação e retenção ao rebordo residual. Para realização da moldagem de boca fechada um adesivo deve ser colocado sobre a região interna da prótese, uma vez que os elastômeros não apresentam adesão à resina acrílica. Deve-se fazer movimentos com a musculatura para realização dos registros desses movimentos no molde²⁹. É realizado um registro da musculatura e tecidos da boca em movimentos funcionais com o paciente ocluindo³⁰ para que não haja alteração nas relações intermaxilares, dimensão vertical e relação cêntrica.

A individualização do tratamento é essencial para a reabilitação oral do paciente, visando a condição física e psicológica de cada indivíduo. Os fatores sistêmicos e limitações do paciente em questão exigiam tempo de tratamento menor e com quantidade de consultas reduzidas, e o mínimo de intervenções invasivas. Por essa razão o método simplificado e as demais adaptações realizadas no decorrer do tratamento foram de extrema importância para a finalização do caso clínico e reabilitação do paciente.

4 CONCLUSÃO

O uso de um método simplificado para a confecção de próteses totais permitiu a reabilitação do paciente com redução do tempo necessário para a conclusão do caso clínico e minimizou os desconfortos causados ao paciente na realização dos procedimentos, devido à sua limitação de abertura bucal.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soares SLB, Rodrigues RA, Ribeiro RA, Rosendo RA. Avaliação dos usuários de prótese total, abordando aspectos funcionais, sociais e psicológicos. *Revista Saúde e Ciência On Line*, 2015; 4(2): 19-27.
2. Fernandes PL, Bovi AGM, Cortellazzi KL, Guerra LM, Ribeiro MD, Scott T, et al. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cad. saúde colet.* 2016 Set. 347-354; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016000300347&lng=pt.
3. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res.* 2013;92(7):592-7.
4. Kawai Y, Murakamia H, Shariatic B, Klemettid E, Blomfielde JV, Billettef L, Lundb JP, Feineh JS. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? *Journal of Dentistry*, 2005; 33, 659–668
5. Cunha TR, Vecchia MPD, Regis RR, Ribeiro AB, Muglia VA, Mestriner W, Souza RF. A randomised trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: Masticatory performance and ability. *Journal of dentistry* 41 (20 134 13) 133-142
6. Paulino MR, Alves LR, Gurgel BCV, Calderon PS. Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: A systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 2014; 113. 10.1016
7. Cooper L. F. The Current and Future Treatment of Edentulism. *Journal of Prosthodontics*, 2009; 18: 116-122.

8. Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(6), p.1145-1153.
9. Jardim EG, Monti LM, Jardim EC. Etiologia, epidemiologia e manifestações clínicas da paracoccidiomicose. Arch Health Invest, [online]. 2016 [capturado em: 04 Abr. 2019]; 5(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i2.1309>.
10. Tolentino ES, et al. Manifestações bucais da paracoccidioidomicose: considerações gerais e relato de caso. RFO UPF. 2010;15(1), p. 71-76.
11. Shikanai-Yasuda MA, et al . II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose - 2017. Epidemiol. Serv. Saúde. 2018 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000700200&lng=pt.
12. Almeida FA et al. Paracoccidioidomycosis in Brazilian Patients With and Without Human Immunodeficiency Virus Infection. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2017; 96 (2), p. 368 – 372
13. Martinez R, et al. Epidemiology of paracoccidioidomycosis. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo. 2015; 52(19): p.11-20.
14. Aleixo RQ, Rodrigues MTV, Nascimento DOR, Oliveira DT. Manifestações bucais da paracoccidioidomicose: relato de caso. ClipseOdonto. 2016; 8(2):45-50.
15. Oliveira MO et al. A paracoccidioidomicose na odontologia - relato de um caso. Saúde (Santa Maria). [S.l.]. 2005. p. 10-15.
16. Alves RLBR, Silva PFS, Veiga PHA, Daher CRM. A eficácia dos recursos fisioterapêuticos no ganho da amplitude de abertura bucal em pacientes com disfunções craniomandibulare. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(1): 55-61

17. Sheikh HA, et al. Mandibular residual ridge height in relation to age, gender and duration of edentulism in a Saudi population: A clinical and radiographic study. *The Saudi Dental Journal*. 2019;31(2), p. 258-264
18. Samiksha G, Saumyendra VS, Deeksha A. Residual ridge resorption—a review of etiology. *Polymorphism*. 2019; 2, p.107-113.
19. Velo M, et al. Re-Establishment of an Occlusal Vertical Dimension: A Case Report. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*. 2018;
20. Ćatović A, et al. Prosthetic Therapy of Reduced Occlusal Vertical Dimension in Elderly Patient - Case Report. *Acta Scientific Dental Sciences*. 2018; 2(6), p.02-04.
21. Kawai Y, Murakami H, Takanashi Y, Lund LP, Feine JS. Efficient resource use in simplified complete denture fabrication. *J Prosthodont*. 2010; 19:512-6.
22. Chen SH. Factors affecting the accuracy of elastometric impression materials. *J Dent*. 2004; 32 p.603-609.
23. Smith SJS, McCord JF, Macfarlane TV. Factors that affect the adhesion of two irreversible hydrocolloid materials to two custom tray materials. *J Prosthet Dent* 2002;88(4):423-30.
24. Gennari-Filho, Humberto, et al. Influência do tipo de moldeira e alívios nas alterações do contorno do palato. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*. 2005; 20:(50), p. 341-347.
25. Kurashige, JCK. Comparação das técnicas de aferição do plano oclusal da maxila utilizando a espátula de madeira e a régua de fox. *Dissertação (Mestrado em Biologia Oral - Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) - IASCJ - Universidade Sagrado Coração, Bauru, 2011.*
26. Farias ABL, Lima LHM, Costa LJ, Lucena LB, Farias ABL. Relação entre alteração da dimensão vertical de oclusão e disfunção temporomandibular- avaliação clínica. *Brazilian Dental Science*; 2009; 12:11-19.

27. Willis, FM. Esthetics of full denture construction. The Journal of the American Dental Association; 1930; p. 636-642
28. Caetano GG, et al. Oral rehabilitation of a patient with reduced vertical occlusal dimension. J Orofac Invest. 2018; 5(3), p.16-25
29. Diniz AC, et al. Duplicação rápida de prótese total: passo-a-passo. Revista Ciência Plural. 2015;1(3):85-92
30. Reis JMS, et al. Moldagem em prótese total - uma revisão da literatura. RFO. 2007; 12(1), p. 70-74.

ANEXO - LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cicatriz em comissura labial decorrente de ulcera da paracoccidioomicose	13
Figura 2. Abertura bucal maxima reduzida (A), largura entre as comissuras reduzida (B).	13
Figura 3. Alteração da dimensão vertical da face – vista frontal (A), vista lateral (B).	14
Figura 4. Aspecto clinico intraoral do rebordo remanescente da maxila.....	14
Figura 5. Rebordo remanescente da mandíbula.....	15
Figura 6. Molde anatômico com silicone denso e fluido da maxila (A) e mandíbula (B). ...	16
Figura 7. Modelos anatômicos - maxila (A), mandíbula (B).	16
Figura 8. Sorriso máximo obtido durante o ajuste do plano de orientação em cera.	17
Figura 9. Paralelismo do plano de orientação com o plano de Camper (A); paralelismo do plano com a linha bipupilar (B).	18
Figura 10. Método métrico de Willis, distância da linha bipupilar à comissura labial (A), distância da base do mento com a base do nariz (B).	19
Figura 11. Registro com pasta zinco enólica (A). Planos fixados com grampos (B).....	20
Figura 12. Dentes montados no articulador semi-ajustável.	21
Figura 13. Prova estética dos dentes em oclusão de relação cêntrica.	22
Figura 14. Aspecto do sorriso durante a prova estética.....	22
Figura 15. Moldagem funcional com silicone leve superior (A) e inferior (B).	23
Figura 16. Moldes funcionais da maxila (A) e mandíbula (B).....	23

Figura 17. Seleção da cor da gengiva.	24
Figura 18. Vista frontal das próteses superior e inferior polimerizadas.	25
Figura 19. Visualização lateral das prótese superior e inferior acrilizadas.	25
Figura 20. Próteses superior e inferior instaladas com paciente em oclusão de relação cêntrica.	26
Figura 21. Aspecto facial do paciente sorrindo vista frontal (A) e perfil (B).....	26

ANEXO - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS - PROSTHESIS AND ESTHETICS IN SCIENCE

A Revista Prosthesis and Esthetics in Science tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade protética, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, artigos de interesse da classe protética e laboratorial, comunicações breves e atualidades.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda

Rua Janiópolis, 245 – Cidade Jardim - CEP: 83035-100 – São José dos Pinhais/PR

Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao@editoraplenu.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. A **Revista Prosthesis and Esthetics in Science** reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. A **Prosthesis and Esthetics in Science** ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

O autor principal receberá um fascículo do número no qual seu trabalho for publicado. Exemplares adicionais, se solicitados, serão fornecidos, sendo os custos repassados de acordo com valores vigentes.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A **Revista Prosthesis and Esthetics in Science** utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Para enviar artigos, acesse o site: www.editoraplenu.com.br;
- Selecione a **Revista Prosthesis and Esthetics in Science**, em seguida clique em “submissão online”;
- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis

por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão;
- Devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;
- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras;
- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- O envio das figuras deve ser feito em arquivos separados (ver tópico 4);
- Também inserir as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 DPIs de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo;
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema;
- Todas as figuras devem ser citadas no texto;
- Número máximo de 60 imagens por artigo;
- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto;

- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos.

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto.
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo.
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original.
- Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável).
- Os traçados devem ser feitos digitalmente;
- Os gráficos devem ser enviados em formato de imagem e em alta resolução.

6. Comitês de Ética

- O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.
- A **Prosthesis and Esthetics in Science** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como “qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde. Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc.”

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. Alfanumérica:

- Um autor: Silva²³ (2010)
- Dois autores: Silva;Carvalho²⁵ (2010)
- Três autores ou mais: Silva et al.²⁸ (2010)

7.2. Exemplos de citação:

1. - Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: “Nóbrega⁸ (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada”

2. - Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobrescrita:

Exemplo: “Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação¹”

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas;
- Todas as referências bibliográficas devem constar no texto;
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas conforme as referências bibliográficas ao fim do artigo, que deverão ser organizadas em ordem alfabética;
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;
- As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Não deve ser ultrapassado o limite de 35 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores
Simplicio AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação

sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthod. Sci. Pract. 2013; 6 (22):164-169

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer.1996;73:1006-1012.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin.In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p. 95-152.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

ARAGÃO, HDN, Solubilidade dos Ionômeros de Vidro Vidrion. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, SP; 1995 70p.

Formato eletrônico

Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de iniciação científica e X mostra de pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PIBIC2008?dd1=2306&dd99=view>

9. Provas digitais

- A prova digital será enviada ao autor correspondente do artigo por meio e-mail em formato PDF para aprovação final;
- O autor analisará todo o conteúdo, tais como: texto, tabelas, figuras e legendas, dispondo de um prazo de até 72 horas para a devolução do material devidamente corrigido, se necessário;
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor-Chefe considerará a presente versão como a final;
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

10. Carta de Submissão

Título do Artigo: _____

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submete(m) o trabalho intitulado acima à apreciação da **Prosthesis and Esthetics in Science** para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da **Prosthesis and Esthetics in Science** desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto **Prosthesis and Esthetics in Science**. No caso de o trabalho não ser aceito, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada, sendo feita a devolução do citado trabalho por parte da **Prosthesis and Esthetics in Science**. Declaro(amos) ainda que é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer no formato impresso ou eletrônico. Concordo(amos) com os direitos autorais da revista sobre ele e com as normas acima descritas, com total responsabilidade quanto às informações contidas no artigo, assim como em relação às questões éticas.

Data: ___/___/___

Nome dos autores

Assinatura

COMO ESCREVER UM ARTIGO

PROSTHESIS AND ESTHETICS IN SCIENCE

Nossa ideia é instruir o técnico na elaboração do seu artigo sem nenhuma dificuldade.

O artigo técnico não precisa obrigatoriamente ter referências, a não ser que seja citado no corpo do mesmo.

Segue abaixo a sequência passo a passo do modelo de como escrever um artigo:

→ **Escolha de um título:**

Definir o título; do que se trata. Tornar simples já no título.

O que o autor quer passar para o leitor é o que deve ser colocado no título.

→ **Resumo**

Um pequeno texto com no máximo 100 palavras, com uma apresentação clara, objetiva e sintética, descrevendo a natureza do trabalho, os resultados e as conclusões mais importantes.

→ **Introdução**

A introdução deve situar o leitor no contexto do tema abordado, ou seja, da técnica usada passo a passo, prática do dia a dia, ponto crítico, justificativas, contribuições e aplicações utilizadas. O texto deve ser breve e objetivo. Caso ache necessário, pode-se colocar uma pequena sequência de fotos e mostrar do que se trata o artigo.

→ **Conclusão**

Evidenciar com clareza e objetividade as deduções tiradas com a técnica utilizada. Concluir e analisar tudo o que foi feito e se deu certo ou não.

Exemplo: Após o uso desta técnica, cheguei a conclusão de que pode ser usada...

→ **Materiais utilizados:**

Deverão ser mencionados e citados no final do trabalho com o título, inclusive mantendo o nome do fornecedor.

→ **Fotos:**

Sequência de fotos passo a passo com as legendas (por numeral ou letra). As fotos devem estar salvas uma a uma em arquivo JPEG com a resolução de 300 DPI e de preferência com fundo claro. Todas devem estar em tamanho padrão e sem recorte.

Todas as fotos devem ser submetidas juntamente com o artigo no sistema GnPapers: <https://www.gnpapers.com.br/plscience/>

As mesmas serão analisadas pelo tratador de imagens a fim de verificar se estão aptas para publicação.

ANEXO -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA UEA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente _____

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, 28 de fevereiro de 2019._____
Assinatura do Paciente_____
Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente