



**DESAFIO NA OBTENÇÃO DA RELAÇÃO MAXILOMANDIBULAR DURANTE A
CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL CONVENCIONAL: RELATO DE CASO**

BEATRIZ BEZERRA RIBEIRO

Manaus – AM

2019

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**DESAFIO NA OBTENÇÃO DA RELAÇÃO MAXILOMANDIBULAR DURANTE A
CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL CONVENCIONAL: RELATO DE CASO**

BEATRIZ BEZERRA RIBEIRO

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 Cirurgiã-dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jessica Mie Ferreira Koyama Takahashi

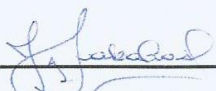
Manaus – AM

2019

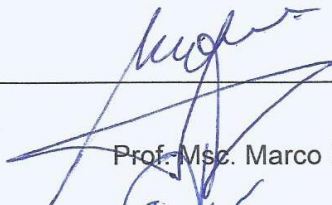
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Beatriz Bezerra Ribeiro** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: ***Desafio na obtenção da relação maxilomandibular durante confecção de prótese total convencional: relato de caso***, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

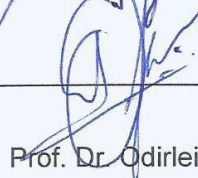
BANCA EXAMINADORA



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

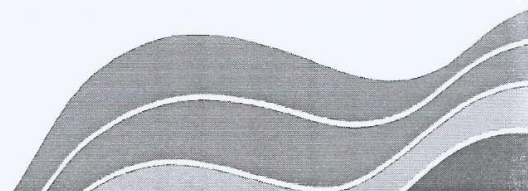


Prof. Msc. Marco Fiori



Prof. Dr. Odirlei Arruda Malaspina

Manaus, 11 de junho de 2019



“A Deus primeiramente, à minha família e amigos, meu muito obrigado por sempre lutarem comigo e me derem forças durante essa longa caminhada.”

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, o meu maior sentimento de gratidão tenho a Deus que foi o principal responsável por me dar forças e fazer com que tudo ocorresse da melhor forma possível e no tempo certo, quando tudo parecia perdido, lá na frente Ele me mostrava que Ele é Deus e sabia de todas as coisas.

Agradeço à minha mãe Neirian Bezerra, que sem ela, eu nada seria e foi ela, o pilar para eu conseguir concluir a graduação, sempre me dando suporte de amor, carinho, financeiro, de incentivos, suporte em absolutamente tudo. Ao meu pai Nelson Ribeiro, meu muito obrigado por sempre ajudar da forma que pôde, por levar todos os materiais esquecidos em casa e todos os almoços deixados ao meio-dia.

Um agradecimento especial a toda minha família, que nunca deixou de acreditar no meu potencial e sempre me fortaleceram para eu continuar seguindo em frente. Em especial à minha avó Alzenira, minha tia Neirilania e meus primos Vitor e Vinícius, obrigado por sempre estarem por perto quando preciso, seja nas dificuldades ou na alegria. Meu muito obrigado ao seu José Moraes e primos Ketty e Naceliton, por terem me ajudado na questão financeira para compra dos tantos materiais, foi uma ajuda fundamental durante essa jornada e a gratidão que tenho a vocês é enorme.

A uma pessoa muito especial, meu namorado Lucas Rocha, que desde o início esteve comigo, me acompanhando em cada etapa que eu concluía da caminhada, ficando feliz com as minhas conquistas e me dando amparo nas minhas dificuldades e desesperos, sendo um suporte para mim durante todos esses 5 anos.

Aos meus amigos, um agradecimento por sempre aturarem as minhas chatices, por dividirem comigo todas as batalhas que só nós sabemos o que passamos para vencê-las, e tenho certeza que sem vocês teria sido muito mais difícil, obrigada por todas as

conversas, risadas, almoços e saídas, vocês são muito especiais para mim. Um amor enorme ao meu grupo do “tamo verde”, que desde o início estivemos juntos, sempre vivendo momentos marcantes na minha vida. Em especial, às minhas meninas Rebeka Reis, Giovanna Santos e Ana Paula, obrigada por tudo amigas, vocês foram essenciais em tudo. E delas, um agradecimento mais do que especial à minha dupla Giovanna, que ela sim pode ser chamada de a dupla, que mesmo com nossos estresses nos entendíamos e sempre tiramos proveito durante todo esse tempo juntas trabalhando, obrigada por tudo mesmo.

A minha orientadora mais do que maravilhosa Professora Doutora Jessica Mie que trabalhou ao meu lado intensamente durante todas as etapas de construção desse trabalho de conclusão de curso, sem medir esforços, sempre me auxiliando da melhor forma que pôde.

A todos os professores da instituição, que com atenção e dedicação, ensinaram-me conteúdos programados, mas como também ensinamentos que levarei para toda a vida. Meu muito obrigado à Universidade do Estado do Amazonas por me proporcionar um ensino superior de tamanha qualidade.

Aos funcionários da Policlínica Odontológica da UEA, obrigada por todas as conversas e ajudas de cada um, vocês são pessoas incríveis e únicas, que fazem do ambiente de trabalho um lugar tranquilo e divertido. Um agradecimento especial ao seu Davidson Leão, por todas as ajudas nos momentos dos desesperos com as tantas próteses, além disso, pelas conversas e ensinamentos que com certeza me fizeram uma pessoa melhor.

Concluo meus agradecimentos com um sentimento de gratidão enorme a todas essas pessoas que marcaram a minha vida durante a graduação e que para sempre vão estar nas minhas melhores lembranças, nunca me esquecerei da ajuda de cada um. Muito obrigada.

*“Obrigado a todas as
pessoas que contribuíram
para o meu sucesso e
para o meu crescimento
como pessoa. Sou o
resultado da confiança e
da força de cada um de
vocês. “*

Augusto Branco

SUMÁRIO

Resumo	8
Abstract.....	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 RELATO DE CASO	13
3 DISCUSSÃO	27
5 REFERÊNCIAS	32
ANEXO	38

Este trabalho está sendo entregue no formato de artigo científico submetido pela revista Prothesis Laboratory in Science, cuja as normas estão em anexo.

DESAFIO NA OBTENÇÃO DE UMA BOA RELAÇÃO MAXILOMANDIBULAR DURANTE A CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL CONVENCIONAL: RELATO DE CASO

CHALLENGE IN OBTAINING MAXILOMANDIBULAR RELATIONSHIP DURING CONFECTION OF CONVENTIONAL COMPLETE DENTURE: CASE REPORT

Beatriz Bezerra Ribeiro¹, Giovanna de Alcântara Santos², Jessica Mie Ferreira Koyama Takahashi³

1. Acadêmica do curso de Odontologia na Universidade do Estado do Amazonas – UEA/ESA, Manaus. E-mail: beatrizribeiro16@hotmail.com. Telefone: (092) 99171-4007.
2. Acadêmica do curso de Odontologia na Universidade do Estado do Amazonas – UEA/ESA, Manaus. E-mail: giovannaalcantara_santos@hotmail.com. Telefone: (092) 98155-7910.
3. 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: A obtenção da relação maxilomandibular durante o protocolo de confecção de próteses totais convencionais é uma das etapas mais cruciais para o sucesso ao final da reabilitação protética. Uma vez ocorrida falha no registro desta relação, a instalação da prótese é inviabilizada, pois podem ser gerados problemas ao paciente como limitações funcionais, estéticas e dor. O objetivo desse estudo é relatar um caso clínico de reabilitação com próteses totais convencionais em que foi realizado procedimento para correção da relação maxilomandibular obtida durante a confecção das próteses. Durante a instalação das próteses, foi detectada falha no registro da relação cêntrica (RC). Para solucionar o caso, optou-se por recortar os dentes artificiais da prótese inferior da base em acrílico para então remontagem na posição adequada. A técnica aplicada permitiu a resolução do caso clínico, com a reabilitação da paciente.

Descritores: prótese total; registro da relação maxilomandibular; oclusão dentária.

Abstract: The obtainment of the maxillomandibular relationship during the manufacturing protocol of conventional full dentures is one of the most crucial steps for the success at the end of the prosthetic rehabilitation. Once the register of this relationship fails, the installation of the prosthesis is not possible, because functional, aesthetic and pain problems can be generated to the patient. The objective of this study is to report a clinical case of rehabilitation with conventional complete dentures in which a procedure was performed to correct the maxillomandibular relationship registered during the prosthesis manufacturing. During the installation of the prosthesis, a failure was detected in the registration of the centric relation (RC). To solve the case, it was decided to remove the artificial teeth of the acrylic base of the lower prosthesis and then reassemble them in the proper position. The used technique allowed the resolution of the clinical case, with the rehabilitation of the patient.

Descriptors: complete denture; jaw relation record; dental occlusion.

1 INTRODUÇÃO

Devido à perda dentária, o indivíduo pode apresentar algumas características clínicas alteradas, como a modificação na relação espacial da maxila com a mandíbula, alterações no padrão da fala, deglutição e no aspecto estético⁷. Quando se faz uso de uma prótese total que não atende aos critérios técnicos necessários, deve-se buscar a substituição da prótese para restabelecer o perfeito estado da sua saúde muscular e articular. Além do comprometimento estético, o indivíduo pode apresentar dificuldades funcionais, e eventualmente apresentar sinais e sintomas de disfunção temporomandibular⁴, como dor, sensibilidade muscular, estalo da articulação temporomandibular (ATM), ruídos articulares, funções irregulares ou com limitação dos movimentos mandibulares²⁷. Tais condições podem estar associadas aos portadores de próteses totais devido às alterações na oclusão, na instabilidade das próteses e por problemas iatrogênicos²³.

Logo, o objetivo da reabilitação protética é devolver a esse indivíduo uma correta funcionalidade do seu sistema estomatognático, além de atender sua busca pela estética. O restabelecimento do sorriso ao paciente desdentado também está relacionado ao seu bem-estar psicológico. A melhora na autoestima e autoconfiança do indivíduo também é quesito fundamental para o sucesso da reabilitação³.

Dentre as etapas da confecção de uma prótese total, tem-se a análise e registro das relações maxilomandibulares, que avalia a relação espacial entre a maxila e a mandíbula. As relações maxilomandibulares são obtidas considerando-se dois planos de referência espacial. No plano horizontal é definida a relação cêntrica (RC) e no plano vertical, definida a dimensão vertical (DV)³. O registro das corretas relações vertical e horizontal é o passo mais importante na reabilitação protética e o sucesso ou falha da prótese total decorrem do registro adequado de ambas⁸.

A dimensão vertical pode ser definida como a distância entre dois pontos anatômicos, um na ponta do nariz e outro no queixo. Divide-se em dimensão vertical de oclusão (DVO), sendo a distância entre os dois pontos citados anteriormente quando em posição de máxima intercuspidação, e a dimensão vertical de repouso (DVR), definida pela como uma posição fisiológica de descanso⁹.

Vários métodos podem ser aplicados para obtenção da DVO. Obtendo parâmetros como a posição fisiológica de repouso e distância interoclusal, a estética facial aparente, a deglutição, medições de pontos de referências craniofaciais, radiografias cefalométricas, fonética pós extração, medição a partir das próteses antigas e até métodos ainda estudados como utilizar o comprimento dos dedos e correlacionar com a distância da ponta do nariz à base do queixo para estimar e determinar a dimensão vertical de oclusão¹. No entanto, os métodos mais utilizados na prática odontológica são o método métrico de Willis, o método fisiológico, o método estético, o método fonético e o método de deglutição²⁹. O método métrico de Willis determina que a distância do canto externo do olho até a comissura labial deve ser equivalente à distância da base do nariz ao mento, distância esta que é medida por meio do compasso de Willis, obtendo-se assim uma determinação inicial da DVO³². O método fisiológico utiliza da posição de repouso da mandíbula que o paciente alcança ao umedecer os lábios e realizar movimentos mandibulares suaves, onde o espaço entre os arcos é chamado de espaço funcional livre (EFL) e mede cerca de 3 mm, dessa forma então, diminuindo o EFL da dimensão vertical de repouso (DVR) obtém-se a DVO²¹. O método estético que avalia se a dimensão vertical de oclusão está em harmonia com as demais partes do rosto e plenitude facial conforme a idade do paciente³¹. O método fonético obtém a DVO por meio da emissão de fonemas sibilantes (S, F, V, P) pois a pronúncia de tais sons indica se há presença de espaço para fala. Em contrapartida, se ao emitir estes sons houver contato entre os roletes de cera, é indicativo de que houve invasão do EFL²⁸. Por fim, o método da

deglutição, que registra a DVO utilizando os planos de cera com a cera plastificada em boca. Ao deglutir, o paciente comprime a cera e conseqüentemente registra a DVO¹⁸.

Em relação ao plano horizontal, a relação cêntrica (RC) é estabelecida como a relação maxilomandibular independente do contato dentário, no qual os côndilos se articulam na posição ântero-superior contra a vertente posterior da eminência articular⁹. Nessa posição, a mandíbula restringe-se a um movimento puramente rotatório, onde o indivíduo pode realizar movimentos verticais, laterais ou protrusivos. É uma posição onde não há toque dentário, sendo uma posição referencial inicial, de onde se inicia a execução de todos os movimentos e o côndilo não sai da fossa, apenas é movimentado de forma rotacional e não translacional. É uma posição dentro do limite fisiológico da mandíbula³⁰. Para se registrar a RC, métodos podem ser aplicados. No método da deglutição, ao deglutir registra simultaneamente a RC como a DVO. O método de levantamento de língua que diz que ao posicionar a ponta da língua na direção do palato mole à medida que fecha a boca é exercida uma força muscular sobre a mandíbula que a leva à posição de RC. O método manipulativo que consiste em instruir ao paciente a abrir e fechar a boca durante 10 segundos para fadiga muscular e após isso se leva a mandíbula do paciente a uma posição mais retruída. Por fim, o método gráfico que utiliza de dispositivos especiais para determinar as trajetórias dos movimentos da mandíbula. Utiliza do traçado do arco gótico para o registro e pode ser realizado de forma intra ou extraoral, sendo a extraoral mais recomendado para a mensuração em pacientes edêntulos, onde duas plataformas metálicas são fixadas nos planos de cera¹⁰.

Para se estabelecer uma adequada relação maxilomandibular durante a reabilitação protética e devolver uma reabilitação funcional harmônica, deve-se ter uma associação entre os métodos de obtenção tanto de DVO como de RC, associando duas ou mais técnicas³. Uma vez determinada a posição desejada para reabilitação, essa é

registrada, e reproduzida no articulador por meio da montagem do modelo inferior para que seja realizada a montagem dos dentes artificiais³⁰.

Durante a reabilitação protética, a determinação e registro corretos da relação maxilomandibular são fundamentais para o restabelecimento do sorriso do paciente. Deve-se almejar além da estética, a correta funcionalidade de todo o seu sistema estomatognático. Com a atenção redobrada a essa etapa da confecção das próteses, problemas decorrentes de posições inadequadas de dimensão vertical e relação cêntrica poderão ser evitados, aumentando a previsibilidade de sucesso ao fim da reabilitação.

O objetivo desse relato é descrever um caso clínico onde foi identificada falha no registro da relação maxilomandibular durante a confecção de uma prótese total convencional bimaxilar. O relato visa apresentar as abordagens utilizadas para resolução do caso, com otimização do tempo clínico e sem que houvesse prejuízo à qualidade da reabilitação protética.

2 RELATO DE CASO

Paciente Q.F.S., 55 anos, gênero feminino, melanoderma, compareceu à Policlínica Odontológica da UEA, na disciplina de Prótese Clínica, queixando-se da necessidade de substituição das suas próteses totais superior e inferior, pois haviam sido confeccionadas há mais de 10 anos. A paciente relatou maior incômodo com a prótese inferior, pois a mesma movimentava-se, sendo relatado que não havia mais retenção.

Deu-se início ao plano de tratamento e ao protocolo de confecção da prótese total bimaxilar. Realizou-se a moldagem anatômica com alginato (Hydrogum, Zhermack®) obtendo-se os modelos anatômicos em gesso especial, sobre os quais foram confeccionadas moldeiras individuais em resina acrílica autopolimerizável. As moldeiras foram ajustadas clinicamente e realizado o selamento periférico com godiva em bastão (DFL®), seguido da moldagem funcional com silicone de condensação (Perfil, Coltene®). Sobre o modelo funcional, foram confeccionadas as bases de prova e os planos de orientação em cera.

No plano superior foi individualizado o suporte labial, a altura incisal com o lábio em repouso, a harmonia do plano com a linha do sorriso, a manutenção do espaço do corredor bucal e o plano oclusal com a curva ântero-posterior. A régua de Fox foi utilizada para determinar a inclinação do plano superior, sendo posicionada em contato com o plano oclusal na região anterior, e a haste semilunar na linha bipupilar, devendo estas estar paralelas em análise frontal. A régua de Fox foi posicionada em contato com o plano oclusal na região posterior, e a haste semilunar sobre o plano de Camper (asa do nariz – trágus), para visualização do paralelismo entre as linhas em análise lateral.

Para a individualização do plano inferior, primeiramente foi utilizando o método de métrico de Willis, com o plano superior em boca e com o auxílio do compasso de Willis, foi

avaliada a distância do centro da pupila à comissura da boca. Esta medida foi utilizada para ajuste inicial da Dimensão Vertical de oclusão (DVO), buscando sua equivalência com a distância entre a base do nariz e o mento. Em seguida, aplicando o método fisiológico verificou-se o selamento leve dos lábios, avaliando se estava em uma posição de repouso e a partir dessa distância vertical de repouso (DVR), diminuiu-se 3 mm correspondente ao espaço funcional livre (EFL), obtendo-se a DVO. Avaliou-se também a harmonia facial com a DVO determinada, com ausência de contração muscular para o selamento labial. O plano de orientação inferior foi posicionado para o refinamento da dimensão obtida. Realizado as alterações necessárias e na determinação da DVO para a paciente, prosseguiu-se para obtenção da relação cêntrica.

Para mensurar a relação cêntrica (RC) a paciente foi instruída a realizar movimentos de abertura e fechamento repetidamente. Mediante cansaço fisiológico avaliou-se se a realização de maneira uniforme, até chegar à posição de repouso que corresponderia à RC. Associada à técnica de deglutição, solicitando que a paciente deglutisse saliva de 3 a 4 vezes e então, era avaliada a posição que a mandíbula assumia durante esse processo. Solicitou-se que colocasse a língua em direção ao palato e realizasse o fechamento da boca, para avaliar por este método a RC. Quando se chegou à posição desejada, os planos de orientação foram fixados com grampo metálico e o para conjunto foi removido para montagem do modelo inferior em articulador semi ajustável.

Foi realizada a seleção do formato e cor dos dentes artificiais de acordo com o biotipo facial da paciente (V66 – Biolux®, BM4 – Bioform®, cor A3, cor da gengiva rosa médio) e encaminhado para o laboratório para montagem dos dentes artificiais. Na sessão seguinte, foi realizada a prova estética e funcional dos dentes montados nos planos de orientação, avaliando tanto a questão estética como a funcional, e posteriormente as próteses foram enviadas ao laboratório para a polimerização.

Durante o procedimento de instalação das próteses observou-se discrepância entre a oclusão na posição de relação cêntrica. Quando a paciente realizava fechamento da boca com a língua levantada em direção ao palato mole, para posicionamento em RC, a oclusão das próteses apresentava-se inadequada, com *overjet* de cerca de 10 mm (Figuras 1, 2 e 3). Foi observado que o posicionamento dos elementos da prótese total superior estava adequado para a reabilitação.



Figura 1: Vista frontal do aspecto na sessão de instalação das próteses total superior e inferior.



Figura 2: Aspecto clínico extrabucal, durante sorriso da paciente.



Figura 3: Aspecto clínico intrabucal após instalação das próteses iniciais superior e inferior.

Para resolução, optou-se pela realização de registro de mordida em silicone e seccionamento da prótese inferior em acrílico para reposicionamento dos dentes artificiais e nova polimerização. Foi realizado novo registro de mordida com silicone de condensação denso (Perfil, Coltene®) para registrar a relação oclusal observada clinicamente (Figuras 4, 5 e 6).



Figura 4: Moldagem com silicone denso para registrar a relação da prótese superior com a inferior.



Figura 5: Vista frontal da relação das próteses em uma visão extrabucal a partir do registro da moldagem.



Figura 6: Vista parassagital da relação das próteses em uma visão extrabucal a partir do registro da moldagem.

Na mesma sessão clínica, um novo registro do arco facial foi realizado, utilizando a superfície oclusal da prótese total superior para individualização do garfo. Em seguida, a região interna da prótese total superior foi preenchida com silicone para confecção de um modelo (Figura 7).



Figura 7: Visualização das retenções criadas no silicone pesado, o qual preencheu a base da prótese total superior.

Em seguida, foi realizada a montagem em articulador do arco superior (Figuras 8 e 9).



Figura 8: Visualização da prótese superior adaptada na altura e posição do garfo, obtido a partir da tomada do arco facial.

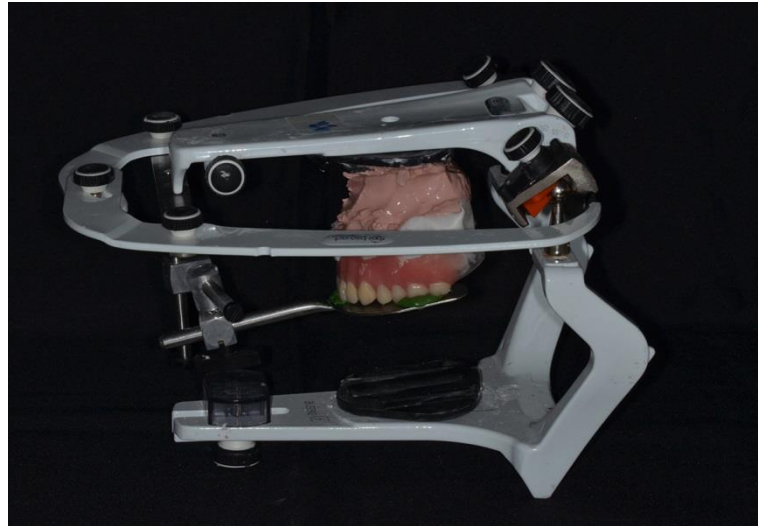


Figura 9: Visualização da montagem do arco superior concluída no articulador semi ajustável.

Para a montagem do arco inferior, um modelo foi obtido por meio do preenchimento da região interna da prótese inferior com gesso tipo II (Asfer®) (Figuras 10 e 11).



Figura 10: Visualização da base confeccionado com gesso tipo II na prótese inferior - Vista frontal.



Figura 11: Visualização da base confeccionado com gesso tipo II na prótese inferior - Vista parassagital.

O registro de mordida em silicone foi posicionado entre as duas próteses, o pino incisal foi posicionado em +2 mm para montagem do modelo inferior utilizando a técnica da ampulheta com gesso tipo IV no articulador (Figura 12).

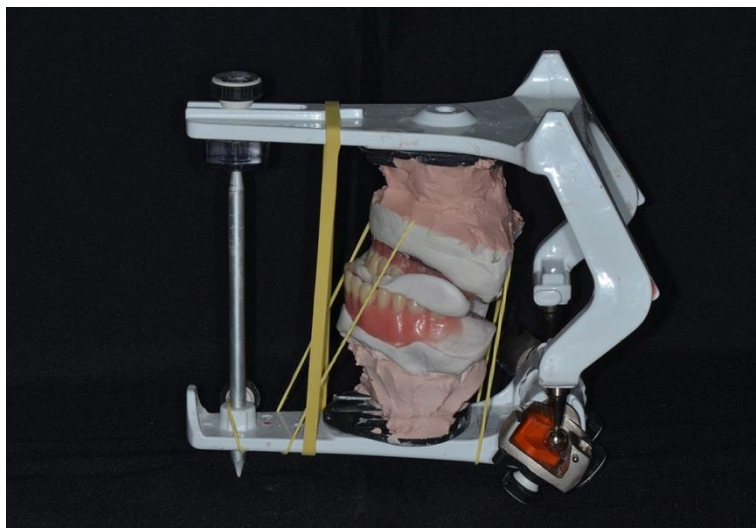


Figura 12: Visualização da montagem do arco inferior no articulador, tendo como referência o arco superior.

Dessa forma, obteve-se a reprodução da condição clínica no articulador semi-ajustável, o qual foi encaminhado para o laboratório para remontagem dos dentes artificiais (Figuras 13 e 14).

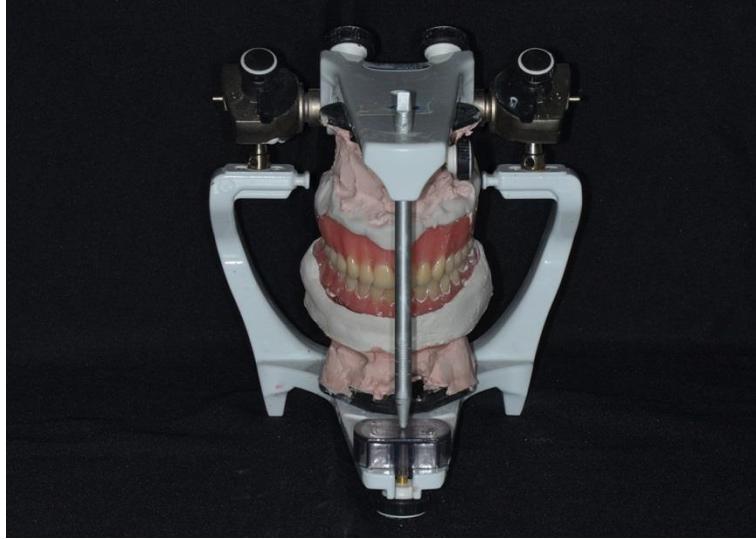


Figura 13: Visualização da oclusão das próteses superior e inferior montadas no articulador semi-ajustável – Vista frontal.



Figura 14: Visualização da oclusão das próteses superior e inferior montadas no articulador semi-ajustável – Vista sagital. É possível observar o *overjet* criado.

A prótese inferior foi seccionada com os dentes inferiores removidos em bloco da base de acrílico, a qual foi preservada. O pino incisal foi reposicionado em zero e os dentes artificiais foram reposicionados (Figuras 15 e 16). Em seguida, foram realizadas as provas estética e funcional com a paciente.



Figura 15: Aspecto intra-oral da prova da nova montagem dos dentes.



Figura 16: Visualização da relação dos dentes da prótese inferior com a superior após remontagem.

Verificada as corretas posições de RC e DVO, procedeu-se com uma nova moldagem funcional inferior, utilizando a técnica de moldagem de boca fechada (Figura 17). Em seguida, o molde (Figura 18) foi encaminhado ao laboratório para confecção do modelo funcional e polimerização da prótese inferior.



Figura 17: Moldagem funcional por meio da técnica da boca fechada.



Figura 18: Molde obtido da moldagem funcional utilizando silicone de condensação.

Previamente à instalação, foi realizada a inspeção da prótese inferior, onde se observou que estava sem bordos cortantes e áreas de compressão, com adequada espessura e extensão (Figuras 19 e 20).



Figura 19: Visualização extrabucal da nova relação e oclusão das próteses superior e inferior, após reacrilização da prótese inferior – Vista frontal.



Figura 20: Visualização extrabucal da nova relação e oclusão das próteses superior e inferior, após reacrilização da prótese inferior – Vista parassagital.

Durante a instalação foram realizados ajustes oclusais (Figura 21) e a prótese mostrou-se adequada à paciente (Figura 22).



Figura 21: Instalação da prótese inferior, observando-se a relação das próteses superior e inferior.



Figura 22: Aspecto extrabucal após instalação da prótese inferior reajustada.

Realizou-se a primeira sessão de proervação das próteses com ajuste leve das bases da prótese em áreas pontuais de compressão, relatando satisfação com a prótese. Quando marcado o segundo retorno para proervação, a paciente não pode retomar.

3 DISCUSSÃO

Para a confecção de uma prótese total, a atenção dada para cada etapa é de extrema importância e influencia diretamente no resultado final. Quando intercorrências ocorrem durante esse processo, alternativas devem ser buscadas para resolução de alguma falha tenha ocorrido. As reabilitações protéticas devem atender aos critérios técnicos e satisfazer o paciente com a sua estética, função e na sua efetividade diária, pois influenciam na qualidade de vida deste paciente¹⁶.

A etapa da obtenção da relação maxilomandibular precisa de grande atenção do cirurgião-dentista, pois influenciará diretamente no resultado final. Quando ocorrem falhas durante o registro dessas relações as alterações clínicas são perceptíveis e não podem ser ignoradas, pois podem gerar problemas ao paciente como o aparecimento de lesões, como a queilite angular, desarmonia facial, desordens na articulação temporomandibular, tensão durante a fala e dificuldades durante a mastigação e deglutição²⁹.

Para que se obtenha uma harmonia na dinâmica funcional do sistema estomatognático ao final do estabelecimento da relação maxilomandibular e para que sejam compatíveis, é necessário levar em conta alguns fatores como o correto posicionamento do plano oclusal, buscando-se a posição mais adequada ao paciente, e um adequado restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO), pois assim favorecerá uma funcionalidade adequada de todo o conjunto de estruturas dentais além de permitir uma estabilidade das próteses dentárias³.

No caso em questão, durante a etapa da obtenção da relação maxilomandibular, pode ter ocorrido deslocamento da base de prova inferior no momento do registro da relação cêntrica (RC), possivelmente decorrente do hábito de posicionamento oclusal adquirido pelo uso da prótese antiga. Uma vez que o rebordo alveolar apresentava-se bastante reabsorvido, a prótese inferior apresentava pouca retenção e estabilidade. A

paciente protruía inconscientemente para conseguir estabilizar a prótese em boca. No entanto, o movimento não foi identificado no momento do registro e prova estética e funcional. Durante a instalação, foi notada a falha no registro da RC, onde a paciente apresentou o *overjet* acentuado e contato oclusal apenas nos dentes posteriores contactando. Alguns fatores podem influenciar durante o registro da RC, como estresse físico e emocional, dor na ATM, componentes do sistema de condicionamento mastigatório e neuromuscular, da manipulação e destreza do operador, alterações em tecidos moles, diferentes examinadores como também diferentes métodos de registro, além do período do dia em que se está avaliando. A adaptação da base de prova também deve ser avaliada, para que não interfira no registro^{13,14,25}.

A literatura diverge quanto à efetividade de cada método de obtenção de RC específico e até mesmo da definição da relação cêntrica entre os profissionais¹¹. Assim como para determinação da DVO, a combinação de mais de um método é recomendada na prática clínica¹. Indica-se que o registro intermaxilar seja obtido a partir de um conjunto dos diferentes métodos, associando no mínimo duas técnicas, levando-se em consideração a individualidade de cada paciente^{3,10}.

O método da deglutição utilizado para registro da RC pode gerar uma movimentação mandibular variável no eixo horizontal, resultando possivelmente em uma posição não desejada para a relação maxilomandibular²⁴. O movimento da deglutição, a partir de discretos movimentos de abertura e fechamento mandibular, pode levar a mandíbula à uma posição mais protruída durante o registro e também gera uma maior variação nos registros de RC^{12,24}. Ainda, ao comparar métodos de registro de RC concluiu-se que o método da deglutição é o que menos leva a mandíbula para posterior². O padrão de deglutir pode permanecer o mesmo, porém a musculatura pode estar alterada, gerando um registro errôneo²⁶. Fatores como postura e tensão são

influenciadores nas posições mandibulares, logo, ao realizar o registro, o paciente deve estar relaxado o máximo possível.

Com o método do levantamento de língua em direção ao palato seguido do fechamento mandibular, foi possível permitir uma adequada inibição de reflexos excêntricos, gerando um relaxamento da musculatura envolvida, exercitando a paciente a realizar o fechamento na posição de RC¹⁹. No entanto, a elevação da língua, pode provocar um deslocamento nas bases de prova ou das próteses totais pela ação dos músculos sublinguais⁵.

A literatura relata que a utilização do método dos traçados do arco gótico de Gysi para registro da RC é um dos mais eficazes, pois assegura uma melhor avaliação da relação cêntrica dos côndilos na ATM, visto que um dos pontos que mais deve ser buscado na reabilitação protética é estabelecer a relação intra-articular adequada na ATM²⁰. Tecnologia vem sendo aplicada para simplificar esse método, como a impressão dos arcos em impressora 3D para a gravação da RC e depois confecção da prótese definitiva, porém ainda apresenta alguns pontos negativos no design da impressão²².

Em suma, qualquer método para a obtenção de RC pode ser utilizado, desde que seja bem executado¹². Deve-se eleger o método conforme a habilidade e conhecimento teórico e técnico suficiente do profissional e a situação clínica individualizada de cada paciente^{10,17}.

Posto que, falhas podem ocorrer durante os registros, estas necessitam ser identificáveis para que se busque a solução o quanto antes para minimizar o transtorno ao paciente. A oclusão em próteses com 1 mm a frente da relação cêntrica adequada institui um erro oclusal, quando em 2 a 3 mm à frente da posição ideal, pode acarretar espasmos musculares e dor ao paciente¹⁵.

Quando as falhas durante a confecção ocorrem, otimizar o tempo para que o problema seja resolvido de forma mais rápida é o principal ponto, pois o paciente pode

estar insatisfeito com toda a situação e cabe ao cirurgião-dentista, escolher o plano de resolução que seja efetivo e em menor tempo. Dessa maneira, optou-se por utilizar a técnica de seccionamento da prótese inferior em acrílico, uma vez que seria a forma a mais rápida para realização do reposicionamento. Considerando que a prótese superior apresentava-se adequada, com boa estabilidade e retenção, altura e suporte labial dentro dos parâmetros desejados, não havia necessidade de alterações na mesma. Dessa forma, todas as etapas clínicas para viabilizar a remontagem foram realizadas em uma mesma consulta, onde se realizou a nova montagem no articulador com o pino incisal em +2 para readequar a DVO em função no novo registro de RC, sendo necessária uma consulta adicional para as provas estética e funcional, e outra para a instalação das próteses. Caso a técnica de eleição não solucionasse o problema, seria necessário reiniciar os procedimentos de confecção da prótese inferior, o que demandaria mais tempo e postergaria a reabilitação da paciente.

Atualmente, é visado otimizar o protocolo de confecção de próteses totais e minimizar o tempo clínico necessário para a reabilitação. Os métodos simplificados são mais acessíveis de dominar do que a método convencional usualmente utilizado, além de possuírem outros fatores positivos como redução nos custos e no tempo para desenvolvimento das próteses⁶.

Portanto, ao deter do conhecimento a respeito e eleger técnicas alternativas para resolução de problemas clínicos como esse relatado, benefícios podem ser obtidos uma vez que otimiza tempo clínico e principalmente, tempo do paciente, podendo se obter resultados satisfatórios e de qualidade ao fim da reabilitação protética.

4 CONCLUSÃO

A técnica escolhida de seccionamento dos dentes artificiais para resolução do caso mostrou-se efetiva, uma vez que se não obtivéssemos sucesso, a opção seria confeccionar uma nova prótese inferior seguindo todas as etapas do protocolo. No entanto, a técnica eleita readequou a correta posição de relação cêntrica, permitindo devolver à paciente tanto estética quanto funcionalidade das próteses totais em um tempo reduzido e com poucas intervenções clínicas, satisfazendo-a ao final da reabilitação.

5 REFERÊNCIAS

1. Alhaji MN, Khalifa N, Abduo J, Amran AG, Ismail IA. Determination of occlusal vertical dimension for complete dentures patients: an updated review. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2017; 44: 896–907.
2. Alvarez MC, Turbino ML, Barros C, Pagnano VO, Bezzon OL. Comparative Study of Intermaxillary Relationships of Manual and Swallowing Methods. *Braz Dent J*. 2009; 20(1): 78-83.
3. Bezerra SJC. Relação Maxilomandibular em desdentado total: Aspectos neurológicos. Monografia (Especialização). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP; 2014 14p.
4. Bin CV, Reis TS, Komori PCP et al. Influência da prótese total mucossuportada na posição da cabeça da mandíbula em relação à fossa mandibular. *Braz Dent Sci*. 2009; 12 (3): 50-55.
5. Boucher CO, Hickey J, Arb G. *Protesis para el desdentado total*. Buenos Aires: Mundi. 1977. p. 273-290.
6. Caetano TA, Ribeiro AB, Della Vecchia MP, Cunha TR, Souza RF. Método simplificado versus convencional de confecção de próteses totais: práticas adotadas pelos Cirurgiões-Dentistas. *Rev Odontol UNESP*. 2014; 43(2): 82-90.
7. Casselli H. Avaliação eletrognatográficas e eletromiográficas computadorizadas em pacientes submetidos à terapia com aparelhos oclusais planos e reabilitados com próteses totais duplas com variação na dimensão vertical de oclusão. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP; 2005 127 p.
8. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto*. 2012; 20(40): 41-48.
9. Glossary of Prosthodontic Terms. Edition Nine. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2017 May; 117 (5S): 1-105.

10. Goiato MC, Santos DM, Medeiros RA. Técnicas de obtenção da posição de relação central em pacientes edêntulos. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2013; 34: (1): 32-35.
11. Goldstein G, Andrawis M, Choi M, Wiens J, Janal MN. A survey to determine agreement regarding the definition of centric relation. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2017; 117 (3): 426-429.
12. Kantor ME, Silverman SI, Garfinkel L. Centric relation recording techniques: a comparative investigation. *J. Prosthet. Dent. St. Louis*. 1972; 28 (6): 593-600.
13. Kogawa EM, Lopes LFR, Kato MT, Ueno FT, Santos CN, Lauris JRP et al. Centric relation registration: intra- and interexaminer agreement after a calibration program. *Pesqui Odontol Bras*. 2003;17(3):286-291.
14. Latta GH Jr. Influence of circadian periodicity on reproducibility of centric relation records for edentulous patients. *J Prosthet Dent*. 1992; 68 (5):780-783.
15. Lombardo GHL, Lombardo CEL, Assunção e Souza RO, Kojima AN, Nishioka RS. Avaliação de dois métodos de registro da relação central em desdentados totais. *Revista Odonto*. 2009; 17 (30): 19-26.
16. Machado FCA, Costa APS, Pontes ALP et al. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2013; 18(10): 3091-3100.
17. Mallucelli G. Métodos de obtenção de relação cêntrica. Monografia (Especialização). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC; 2004 38p.
18. Monson GM. Impaired function as a result of closed bite. *J. Nat. Dent*. 1953; 10: 833-839.
19. Nasr MF, Griffiths N HC. Exercise therapy for accurate recording of centric relation. *J. Prosthet. Dent*. 1973; 29 (1): 5-9.

20. Nitecka-Buchta A, Proba T, Proba P, Stefánski K, Baron S. Functional Assessment of the Stomatognathic System, after the treatment of Edentulous Patients, with Different Methods of Establishing the Centric Relation. *Pain Research and Management*. 2018; 2018: 1-9.
21. Pleasure M. Correct Vertical Dimension and Freeway Space. *Journal of American Dental Association*. 1951; 43:160-163.
22. Qu F, Du X, Liu WC. 3D-printed custom trays with a Gothic arch for centric relation recording and definitive impression making for complete dentures: A dental technique. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2019; 121 (1): 32-36.
23. Serman RJ, Conti PCZ, Conti JV, Salvador MCG. Prevalência de Disfunção Temporomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 2003; 3 (10): 141-144.
24. Sadalla KBF. Estudo cinesiográfico da deglutição em indivíduos com dentição natural e com próteses totais. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista. Araraquara, SP; 2004 83p.
25. Shafagh I, Yoder JL, Thayer KE. Diurnal variance of centric relation position. *J Prosthet Dent*. 1975; 34 (5): 574-582.
26. Shanahan TEJ. Physiologic vertical dimension and centric relation. *J. Prosthet. Dent. St Louis*. 1956; 6 (6): 741-747.
27. Shubayama R, Garcia AR, Zuim PRJ. Prevalência de desordem temporomandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais duplas, próteses parciais removíveis e universitários. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2004; 25 (2): 18-21.
28. Silverman MM. The speaking method in measuring vertical dimension. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1953; 3:193-199.
29. Trentin LM, Reginato VF, Maroli A et al. Determinação da Dimensão Vertical de Oclusão em prótese total: Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico. *J Oral Invest*. 2016; 5(1): 50-60.

30. Turano JC ,Turano LM, Turano MBL. Fundamentos de prótese total. 9ª ed. São Paulo: Santos; 2012. In: Capítulo 13, Fatores determinantes da oclusão em prótese total; p. 219-243.

31. Turner C, Fox F. A securing additional record required in the the construction of artificial articuladores. American test book of prosthetic dentistry. 1928.

32. Willis FM. Esthetics of denture construction. J. Amer. dent. Ass.1930 Apr.; 17: 636-642.

ANEXO - LEGENDAS DAS FIGURAS

- Figura 1: Vista frontal do aspecto na sessão de instalação das próteses total superior e inferior..... 15
- Figura 2: Aspecto clínico extrabucal, durante sorriso da paciente..... 15
- Figura 3: Aspecto clínico intrabucal após instalação das próteses iniciais superior e inferior..... 16
- Figura 4: Moldagem com silicone denso para registrar a relação da prótese superior com a inferior..... 16
- Figura 5: Vista frontal da relação das próteses em uma visão extrabucal a partir do registro da moldagem. 17
- Figura 6: Vista parassagital da relação das próteses em uma visão extrabucal a partir do registro da moldagem. 17
- Figura 7: Visualização das retenções criadas no silicone pesado, o qual preencheu a base da prótese total superior. 18
- Figura 8: Visualização da prótese superior adaptada na altura e posição do garfo, obtido a partir da tomada do arco facial. 18
- Figura 9: Visualização da montagem do arco superior concluída no articulador semi-ajustável..... 19
- Figura 10: Visualização da base confeccionado com gesso tipo III na prótese inferior - Vista frontal..... 19
- Figura 11: Visualização da base confeccionado com gesso tipo III na prótese inferior - Vista parassagital. 20
- Figura 12: Visualização da montagem do arco inferior no articulador, tendo como referência o arco superior. 20
- Figura 13: Visualização da oclusão das próteses superior e inferior montadas no articular semi-ajustável – Vista frontal..... 21

Figura 14: Visualização da oclusão das próteses superior e inferior montadas no articular semi-ajustável – Vista sagital. É possível observar o <i>overjet</i> criado.....	21
Figura 15: Aspecto intra-oral da prova da nova montagem dos dentes.....	22
Figura 16: Visualização da relação dos dentes da prótese inferior com a superior após remontagem.....	22
Figura 17: Moldagem funcional por meio da técnica da boca fechada.	23
Figura 18: Molde obtido da moldagem funcional utilizando silicone de condensação.	23
Figura 19: Visualização extrabucal da nova relação e oclusão das próteses superior e inferior, após reacrilização da prótese inferior – Vista frontal.	24
Figura 20: Visualização extrabucal da nova relação e oclusão das próteses superior e inferior, após reacrilização da prótese inferior – Vista parassagital.	24
Figura 21: Instalação da prótese inferior, observando-se a relação das próteses superior e inferior.....	25
Figura 22: Aspecto extrabucal após instalação da prótese inferior reajustada.	25

ANEXO – NORMAS DA REVISTA

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A **Revista Prosthesis Laboratory 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.editoraplena.com.br;
- Selecione a **Revista Prosthesis Laboratory 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 Laboratory 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 Laboratory in Science** para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da **Prosthesis Laboratory 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 Laboratory 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 Laboratory 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 LABORATORY 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 SGP: <http://sqponline.com.br/editoraplenu/pls/sqp/>

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

OBS:

De acordo com o e-mail enviado à editora da revista quanto à organização dos tópicos no caso de relato de caso clínico, a mesma respondeu:

“No caso de relatos de caso clínico os tópicos são diferentes, uma vez que os tópicos “material e métodos” e “resultados” não são necessários. Os tópicos obrigatórios neste caso são: Título português/inglês, resumo/abstract, descritores/descriptors, Introdução, Relato de Caso, Discussão, Conclusão, Referências e Legenda das figuras. No caso de imagens do rosto do paciente também é necessário a autorização de uso de imagem do

mesmo. No caso de relatos não é necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética, pedimos apenas a declaração assinada pelos autores (modelo disponibilizado pelo sistema no momento da submissão do artigo).”

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**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, 21 de agosto de 2017.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

ANEXO – CARTA DE SUBMISSÃO

CARTA DE SUBMISSÃO

Título do Artigo: DESAFIO NA OBTENÇÃO DA RELAÇÃO MAXILOMANDIBULAR DURANTE CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL CONVENCIONAL: RELATO DE CASO.

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submete(m) o trabalho intitulado acima à apreciação da **Prosthesis Laboratory in Science** para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da **Prosthesis Laboratory 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 Laboratory 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 Laboratory 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: 14/05/2019

Nome dos autores

Assinatura

Beatriz Bezerra Ribeiro

Beatriz Ribeiro

Giovanna de Alcantara Santos

Giovanna de A. Santos

Jessica Mie Ferreira Kagoma Takahashi

Jessica Kagoma

