

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CURSO DE ODONTOLOGIA

RAFAEL MICCO BISCHOFF

REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE PERDA OCULAR DE ETIOLOGIA TRAUMÁTICA:  
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Porto Alegre

2019

RAFAEL MICCO BISCHOFF

REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE PERDA OCULAR DE ETIOLOGIA TRAUMÁTICA:  
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Adriana Corsetti

Porto Alegre

2019

RAFAEL MICCO BISCHOFF

REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE PERDA OCULAR DE ETIOLOGIA TRAUMÁTICA:  
REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Adriana Corsetti

Porto Alegre, 12 de julho de 2019

---

Renato De Marchi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Carlos Eduardo Baraldi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Ângelo Luiz Freddo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meu pais Alberto Ramos Bischoff e Inês Micco Bischoff por todo amor, educação e os valores que transmitiram a mim e por nunca terem medido esforços para que eu estudasse.

A ilustríssima Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela qualidade de ensino e por me proporcionar todos esses anos de vivências e agregação de valores. Aqui sempre será minha casa.

A professora Adriana Corsetti pela orientação no trabalho, pelos anos de ensino em cirurgia e prótesebucomaxilofacial, pelo carinho, preocupação, disponibilidade e amizade.

A todos amigos, familiares e professores que de alguma forma participaram na minha formação pessoal e profissional para que eu conseguisse finalizar esta etapa de minha vida.

## RESUMO

A Prótese Bucomaxilofacial é a especialidade da Odontologia responsável pela reabilitação protética de perdas e/ou malformações faciais intra e extra orais ocasionadas por trauma, patologias ou distúrbios de desenvolvimento. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de reabilitação com prótese ocular do paciente I.C.S., 44 anos, sexo masculino, leucoderma acometido por trauma há dois anos, que resultou na perda do globo ocular esquerdo e múltiplas fraturas. Devido a exenteração do globo ocular e da perda das estruturas adjacentes, o paciente passou por cirurgias plásticas com objetivo de reconstruir a face e remodelar a cavidade anoftálmica para reabilitação com prótese ocular. O tratamento reabilitador foi realizado na disciplina de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFRGS entre 27 de setembro e 22 de novembro de 2018 pelo autor Rafael Micco Bischoff. Foi realizada uma anamnese detalhada e o registro fotográfico de todas as etapas do tratamento com o consentimento do paciente (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização de Uso de Imagem). Além de apresentar e discutir o caso, esse estudo visa levantar informações presentes nas bases de dados de artigos científicos e livros que sustentem uma discussão sobre as causas e consequências dos traumas faciais e a reabilitação com prótese bucomaxilofacial. Espera-se que este relato de caso clínico mostre através da descrição e ilustração das etapas clínicas de confecção da prótese ocular até o resultado final obtido, a grandeza desta área de atuação da odontologia, bem como os benefícios da reabilitação para o paciente dos pontos de vista psicossocial, estético, funcional, e de proteção dos tecidos.

Palavras-chave: Prótese bucomaxilofacial. Prótese ocular. Traumatismos craniocerebrais.

## **ABSTRACT**

The Bucomaxillofacial Prosthesis is the specialty of Dentistry responsible for prosthetic rehabilitation of intraoral and extraoral losses and/or malformations caused by trauma, pathologies or developmental disorders. This study aims to report the case of rehabilitation with ocular prosthesis of the patient I.C.S., 44 years old, male, leucoderma affected by trauma two years ago, which resulted in the loss of the left eyeball and multiple fractures. Due to the exenteration of the eyeball and the loss of adjacent structures, the patient underwent plastic surgeries in order to reconstruct the face and remodel the anophthalmic cavity for ocular prosthesis rehabilitation. The rehabilitation treatment was carried out in the discipline of Bucomaxillofacial Prosthesis of the Faculty of Dentistry (Faculdade de Odontologia – UFRGS) between September 27 and November 22, 2018 by the academic Rafael Micco Bischoff under the supervision of Professor Adriana Corsetti. A detailed anamnesis and photographic record of all stages of the treatment with the consent of the patient (signature of the Free and Informed Consent Term and Authorization Term for Image Use) were performed. In addition to presenting all phases of rehabilitation, this study aims to gather information present in the databases of national and international scientific articles and books that support a discussion about the causes of facial trauma and its consequences and rehabilitation with bucomaxillofacial prosthesis. It is expected that this clinical case report will show, through the presentation of the stages of confection of the bucomaxillofacial prosthesis to the final result, the importance of this area of dentistry performance, as well as the benefits of rehabilitation for the patient's aesthetic, functional, tissue protection and psychological

**Keywords:** Bucomaxillofacial prosthesis. Ocular prosthesis. Craniocerebral Trauma.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
2.1	TRAUMA E DESFIGURAMENTO FACIAL.....	9
2.2	PERDA DE GLOBO ACULAR E REABILITAÇÃO PROTÉTICA .....	11
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>RELATO DE CASO CLÍNICO</b> .....	<b>15</b>
4.1	ENTREVISTA DIALOGADA E EXAME CLÍNICO .....	15
4.2	PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO .....	17
4.2.1	<i>Moldagem e modelo de trabalho</i> .....	17
4.2.2	<i>Confecção da prótese em cera</i> .....	18
4.2.3	<i>Pintura e localização de íris e pupila</i> .....	19
4.2.4	<i>Prova da peça em cera</i> .....	20
4.2.5	<i>Acrilização e caracterização da esclera</i> .....	20
4.2.6	<i>Camada final, polimento e entrega</i> .....	21
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>26</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>
	<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ....	<b>29</b>
	<b>ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM</b> .....	<b>31</b>
	<b>ANEXO C – FICHA DE ANAMNESE UFRGS</b> .....	<b>32</b>
	<b>ANEXO D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS</b> .....	<b>34</b>
	<b>ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO E USO DE PRONTUÁRIO</b> .....	<b>35</b>
	<b>ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trauma facial pode ser considerado uma das lesões mais devastadoras encontradas nos centros de trauma devido às consequências emocionais, à possibilidade de desfiguramento e também ao impacto econômico gerado nos sistemas de saúde (SASTRY *et al.*, 1995). A etiologia está diretamente relacionada à idade do acometido e ao tipo de trauma. A violência interpessoal é a causa geral mais comum de trauma facial, seguida de queda. Em indivíduos com mais de 40 anos queda é o principal mecanismo de trauma (WULKAN *et al.*, 2005).

A reabilitação de indivíduos com deformidades craniofaciais, decorrentes de traumatismos, más formações congênitas ou tumores, é um objetivo desafiador e complexo. A grande maioria dos recursos e as opções de tratamento trouxeram progresso para a sobrevivência dos pacientes, tornando a reabilitação mais urgente e necessária (ANTUNES, 2008).

Rahn e Boucher (1973), definiram a prótese bucomaxilofacial como a arte e a ciência da prática odontológica que compreende a reabilitação funcional e estética das estruturas intra e extraorais através de meios artificiais. Estas estruturas podem apresentar defeitos ou mutilações resultantes de cirurgias, traumatismos ou defeitos congênitos. Para os autores, as próteses bucomaxilofaciais tem como objetivos fundamentais reestabelecer forma e função adequada, conservar os tecidos remanescentes, manter o paciente com um bom estado de saúde e reintegrá-lo na sociedade. Resende, Oliveira e Dias (1986) descrevem a prótese bucomaxilofacial como a especialidade que une a odontologia à medicina, completando o tratamento de outras várias especialidades médicas seja no pré, trans e pós-operatório.

A especialidade da prótese bucomaxilofacial certamente está entre os grandes desafios do cirurgião-dentista, que se propõe a restaurar regiões da face humana, considerando aspectos anatômicos e funcionais com a difícil missão de reproduzi-los com naturalidade (SIMÕES, 2008). Segundo Kramer de Oliveira (*apud* REZENDE, 1986, p. 31)

a prótese ocular tem como objetivo recuperar estética facial, prevenir colapso e a deformidade palpebral, proteger a sensível cavidade anoftálmica contra agressões de elementos externos, como poeira, fumaça e outros poluentes, restaurar a direção da secreção lacrimal e prevenir o acúmulo deste fluido na cavidade, evitando o lacrimejamento incontido (epífora) e manter o tônus muscular prevenindo alterações assimétricas se instalam progressivamente.

Botelho *et al.* (2003) relataram que a prótese ocular é um instrumento de reabilitação de quatro aspectos distintos: anatômico, estético, pessoal e interpessoal. Ela restabelece o conforto estético proporcionando reinserção sociocultural.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 TRAUMA E DESFIGURAMENTO FACIAL

O trauma é uma causa significativa de morte em todo o mundo. Em 2015, as lesões traumáticas causaram 4,7 milhões de mortes e a deficiência de 247 milhões de pessoas. Esta alta taxa de mortalidade e morbidade requerem grande atenção da saúde pública. Estes traumas são com maior frequência resultado de acidentes de trânsito, agressões ou quedas (EATON *et al.*, 2017). As fraturas bucomaxilofaciais são frequentemente associadas à morbidade grave, perda de função, alto custo financeiro e desfiguração (KIESER *et al.*, 2002). O estudo realizado por Montovani *et al.* (2006) mostrou que em traumas faciais a mandíbula é o local mais afetado (35%), seguido do zigoma (24%) e do nariz (23%), sendo que a maioria dos pacientes tem fratura única de face (81,5%). Dentre as causas, destacaram-se os acidentes automobilísticos (28,3%), agressões (21%) e as quedas acidentais (19,5%). Tal estudo também mostrou que houve maior incidência de trauma de face em homens (84,9%), com idade média de 29 anos.

Entre os traumas, as fraturas bucomaxilofaciais são as lesões mais frequentes nos centros de trauma. Porém a atual prática de ver essas lesões apenas em um contexto cirúrgico tende a ignorar os demais aspectos que afetam a saúde. Transtornos emocionais e comportamentais não tratados, incluindo depressão e problemas de comportamento antissocial, contribuem para o mau funcionamento social geral, insucesso profissional, abuso de substâncias e comportamentos de risco contínuos que aumentam o risco de violência e recorrência de lesões. Este reconhecimento fornece a base para um modelo de cuidado coordenado, em que os cirurgiões trabalham em conjunto com outros especialistas para desenvolver e implementar um sistema abrangente e um plano de tratamento integrado que aborda a necessidades físicas e psicossociais do paciente com lesão orofacial (GLYNN, 2010).

O trauma está entre as principais causas de desfiguração facial, assim como anomalias congênitas como fissuras labiopalatinas, outras síndromes craniofaciais, marcas de nascença, hemangiomas, disgnimento adquirido por queimaduras, paralisia facial, cirurgia e doença (CLARKE, 1999).

A face é a primeira forma de reconhecimento do ser humano e expressa personalidade, exprime a intensidade das emoções, é importante para a comunicação, e é fundamental para a noção de identificação e habilidade de integração social. Rompimento da aparência facial pode alterar a capacidade de auto reconhecimento, representando uma profunda ruptura da imagem corporal e até mesmo constituir uma crise existencial (ADSETT, 1963; KRISHNA, 2009; MORRIS *et al.*, 2007 *apud* MENDES; FIGUEIRAS, 2013; SOUSA, 2010). Na face humana, os tecidos moles e móveis são sustentados sob uma base de tecido ósseo e duro. Expressões faciais são reproduzidas graças a contração muscular que movimenta a pele superficial e a ação dos órgãos responsáveis pela percepção. Estes dois mecanismos permitem ao homem transmitir sentimentos, necessidades, aspirações e se comunicar. Em decorrência desta função expressiva da face, é necessário reabilitá-la quando ocorrem mutilações (CARDOSO, 2002; GOLDSTEIN, 1980; SUZUOKI; OHISHI, 2006 *apud* CARDOSO *et al.*, 2006).

Desfiguramento pode ser definido como “diferença de uma norma cultural definida e que é visível para os outros”, porém é delicado exemplificá-lo, porque o que pode ser considerado anormal por uma pessoa, pode não o ser para outra (HARDCOURT; RUMSEY, 2008 *apud* MENDES; FIGUEIRAS, 2013). A literatura subdivide os desfiguramentos em dois grupos, o congênito e o adquirido. Para Rumsey e Harcourt (2004), os desfiguramentos congênitos incluem condições visíveis que se manifestam totalmente no nascimento, como por exemplo uma fenda labial, ou que se tornam mais evidente ao longo do tempo, por exemplo, neurofibromatose. Os desfiguramentos adquiridos incluem as condições causadas por trauma, intervenção cirúrgica, doença, predisposições genéticas e anormalidades que se manifestam mais tarde (por exemplo, vitiligo), ou a ausência de processos normais de desenvolvimento.

Estudos mostram que possuir uma aparência desfigurada está associado a diversos transtornos comportamentais como: evitamento social, depressão, ansiedade, vergonha, angústia emocional, raiva, humilhação, ansiedade e isolamento (FREITAS; GOMEZ, 2008; HOFFMAN, 2009; ISLAM, HOOI; MOSS; CARR, 2004; MOSS; HARRIS, 2009; RAHZANI; TALEGHANI; NASRABADI, 2009 *apud* MENDES; FIGUEIRAS, 2013).

## 2.2 PERDA DE GLOBO OCULAR E REABILITAÇÃO PROTÉTICA

O trauma ocular é uma importante causa de morbidade visual e mais da metade das lesões ocorrem em casa. (DESAI *et al.*, 1996). Côas, Neves e Rode (2005) investigaram a etiologia dos casos de atrofia e perda do globo ocular de 238 pacientes atendidos no ambulatório de prótese buco-maxilo-facial de duas Faculdades de Odontologia do estado de São Paulo. As perdas devido ao trauma foram as mais prevalentes (57,14%), seguidas das perdas por causas por patologias (36,13%) e em menor prevalência, as perdas por causas congênitas (5,04%). Homens foram mais acometidos por perda ocular que mulheres (61,76%). A faixa etária mais acometida foi de 21 a 40 anos. Goulart, Queiroz, Fernandes, e Oliveira, (2011), obtiveram resultados semelhantes quando analisaram dados relacionados à história de perda do globo ocular. Tal estudo mostrou que o trauma é o fator etiológico mais prevalente (60,71%), seguido do glaucoma (10,71%), anoftalmia congênita (7,14%), neoplasia maligna (7,14%), sarampo (7,14%), diabetes mellitus (3,57%) e causa não identificada (3,57%).

Uma perda ocular, e conseqüentemente da visão pode implicar em diversos problemas psicológicos que, se não tratados, podem permanecer mesmo após a reabilitação facial (SILVEIRA; GOMES, 2014). Botelho *et al.* (2003) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar aspectos psicológicos decorrentes da anoftalmia unilateral adquirida. Tal estudo mostra que 37% manifestaram estado depressivo após o evento desencadeador da perda ocular, 53% revelaram autoestima rebaixada e 37% autoimagem distorcida. Cardoso *et al.* (2007) realizaram um estudo com o objetivo de verificar os principais sentimentos relatados por pacientes após perda do globo ocular e em suas relações interpessoais pós mutilação. Os sentimentos mais relatados após a perda foram depressão, tristeza, conformismo, vergonha, ansiedade, medo e raiva. Mostraram que a vergonha é um item de percepção importante principalmente em ambientes de trabalho. Cyrillo (1998) e Rezende (1998) (*apud* CARDOSO *et al.*, 2006) e Cardoso *et al.* (2006) relataram que mutilações como a perda do globo ocular comprometem normalidade, harmonia, equilíbrio e beleza facial, levando geralmente a um trauma psicológico e provocando no indivíduo um grau de desestruturação temporário ou permanente. Por isso, faz-se necessário reabilitar a face através de cirurgias e/ou próteses.

Desde os tempos mais remotos o ser humano busca restaurar defeitos e deformações faciais que alteram seu aspecto (RAHN; BOUCHER, 1973). O ser humano tenta restaurar aloplasticamente a região bucomaxilofacial desde a formação das primeiras civilizações. Escavações arqueológicas revelaram múmias egípcias com olhos, nariz e orelhas artificiais (SIMÕES, 2008). No início, na tentativa de mascarar a desfiguração ocular, usava-se tapa olho de seda ou metal com olho e pálpebra pintados na sua superfície. O olho artificial teve sua origem juntamente com a das artes plásticas, a 2500 anos a.C. com os antigos egípcios que, a fim de embelezar suas estátuas, confeccionavam as peças com ouro e pedras preciosas, o que posteriormente inspirou sua utilização em seres humanos. Ambroise Paré (1510-1590), foi quem desenvolveu as primeiras próteses intracavitárias em cerâmica e vidro, que posteriormente, em 1835 passaram a ser industrializada na Alemanha por Ludwing Muller. O assoprador de vidro e fabricante de olhos para bonecas, passou a produzi-los para humanos. Logo cresceu o mercado de próteses oculares com o país liderando a fabricação e exportação do produto. (FONSECA, 1987 *apud* SILVEIRA; GOMES, 2014). Após a Segunda Guerra Mundial, devido ao grande aumento de perdas oculares devido a traumatismos e a impossibilidade de importar o produto da Alemanha, os Estados Unidos investiram na pesquisa sobre técnicas de confecção de próteses oculares em acrílico, baseados em conhecimento de prótese dental. (RESENDE, 1997 *apud* SILVEIRA; GOMES, 2014).

Após séculos de aperfeiçoamento, hoje o padrão ouro utilizado é a prótese ocular individualizada, produzida especificamente para cada cavidade anoftálmica a partir de uma moldagem e confeccionada em resina acrílica. A íris pintada a mão ou reproduzida com uso da fotografia digital trazem bons resultados. Este tipo de prótese tende a aumentar a adaptação à cavidade, proporcionar maior amplitude de movimento, reproduzir melhor as características do olho remanescente e proporcionar maior conforto a longo prazo (BROWN, 1970; CEVIK, DILBER; ERASLAN, 2012; CHINTAL; SAJJAN, 2010).

A prótese possui como funções reconstituir a autoimagem e autoestima do paciente, possibilitando sua reintegração psicossocial; reconstruir a estética e harmonizar o rosto afetado; promover a sustentação e a tonicidade muscular palpebral; proteger a cavidade; evitar atresias e direcionar o lacrimejamento (BOTELHO *et al.*, 2012; GERALDINI, 2010). É de grande importância ressaltar que é fundamental o trabalho integrado e multidisciplinar entre os membros da equipe

constituída por cirurgiões, protéticos, psicólogos e receber o apoio da família durante todo o processo de luto instalado pela perda (BOTELHO *et al.*, 2012). Além disso, o vínculo criado entre profissional e paciente gera um novo tipo de cuidado, mais humanizado e que reflete em responsabilização em relação ao resultado do tratamento. O cuidado é uma atitude de envolvimento afetivo, de zelo e de responsabilidade pelo outro e exige conhecer o projeto de felicidade daquele que o recebe. Assim, percebe-se a dificuldade de se proporcionar cuidado sem que haja vínculo na relação (AYRES, 2007). Na área da saúde, o vínculo é essencial e constitui um elemento básico do processo terapêutico, como sugere o significado da palavra *therapeutike* em grego: cuidado (CAMPOS, 2007).

### **3 OBJETIVOS**

Relatar e discutir o caso clínico de reabilitação com prótese bucomaxilofacial de um paciente com perda do globo ocular causada por trauma (queda); apresentar informações de base literária sobre o tema e explicar e ilustrar os passos da confecção protética.

## 4 RELATO DE CASO CLÍNICO

### 4.1 ENTREVISTA DIALOGADA E EXAME CLÍNICO

O paciente I.C.S, 44 anos, sexo masculino, leucoderma, procurou o projeto de extensão em Prótese Bucomaxilofacial (PBMF) da Faculdade de odontologia-UFRGS devido a deformidade facial relacionada a perda do globo ocular esquerdo, de etiologia traumática. O mesmo relata ter caído do telhado de uma quadra de tênis há dois anos, sofrendo múltiplas fraturas faciais envolvendo a região frontal, nasal, zigoma bilateral, malar esquerda e dentária anterior. O paciente relatou já ter passado por duas cirurgias plásticas até o momento para corrigir a deformidade. Após o pronto atendimento passou pela primeira cirurgia, na qual foram utilizadas telas de titânio, placas de reconstrução e parafusos para a fixação das fraturas, conforme observamos na tomografia computadorizada (TC) pós cirúrgica (Figuras 2 e 3). Na segunda cirurgia foi usado enxerto ósseo oriundo do osso íliaco para reconstruir o soalho orbital. Devido a exenteração do globo ocular e da perda das estruturas adjacentes houve a tentativa de reconstrução da cavidade anoftálmica para reabilitação com prótese ocular.

O paciente chegou à faculdade de odontologia da UFRGS, portando em mãos uma prótese ocular de estoque fornecida por um médico oftalmologista, mas a mesma não possuía retentividade na cavidade anoftálmica, o que impedia sua utilização. Na primeira consulta foram realizados exame físico e entrevista dialogada. O paciente negou comorbidades e uso de medicações. No exame físico, além da ausência do globo ocular esquerdo, o paciente apresentou perda de estrutura óssea nesta região devido ao traumatismo. As regiões mais afetadas foram do osso nasal, frontal, supraorbitária e infraorbitária. Também houve perda e atrofia de músculos faciais como orbicular do olho (parte palpebral e orbital) além de diversas cicatrizes (figura 1).

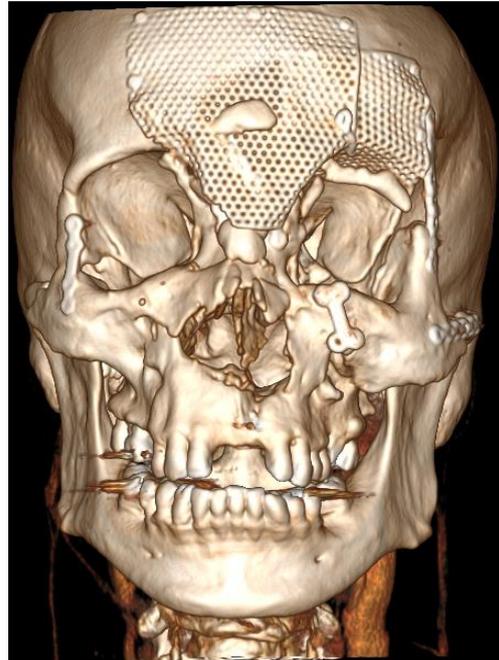
Em todos casos da extensão, os pacientes assinam um termo de consentimento livre e esclarecido e um termo de autorização de uso de imagem.

Figura 1 - Paciente I.C.S.



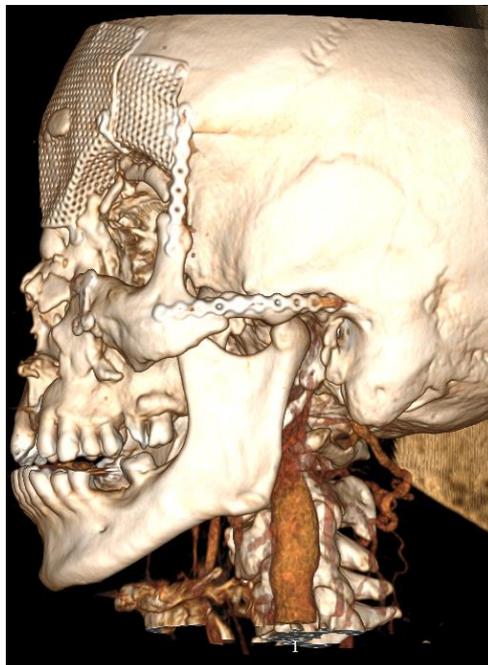
Fonte: o autor

Figura 2 - Reconstrução 3D da TC (29/11/2018)



Fonte: Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC)

Figura 3 - Reconstrução 3D da TC (29/11/2018)



Fonte: Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC)

## 4.2 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO

Foi realizado um Plano de Tratamento para a reabilitação com Prótese Bucomaxilofacial considerando consultas semanais e as seguintes etapas de confecção de prótese ocular: moldagem da região ocular com alginato através de seringa modificada e confecção do modelo de trabalho em gesso especial; confecção da prótese ocular em cera branca e pintura de íris obtida pela técnica da pintura a mão; localização da pupila e da íris; prova da peça em cera; acrilização da peça com resina de esclera n.1; caracterização da porção da esclera com veias; camada final através de resina transparente; polimento, entrega da peça e cuidados com a prótese.

### *4.2.1 Moldagem e modelo de trabalho*

Com o paciente posicionado na cadeira odontológica durante a realização da moldagem, alginato de presa rápida (Hidrogum) foi inserido na cavidade anoftálmica com uma seringa modificada que adaptamos para este tipo de procedimento. Para maior conforto do paciente foi utilizado previamente um colírio anestésico. Inicialmente foi inserindo material de moldagem nas bordas da cavidade e depois no centro, pressionando e movimentando a pálpebra a fim de simular os movimentos anatômicos para copiar toda a área e buscar uma boa adaptação da prótese. Após a geleificação do material hidrocolóide irreversível, a moldagem foi removida da cavidade, pressionando e levantando a pálpebra superior ao mesmo tempo em que abaixamos a pálpebra inferior. Para confecção do modelo de trabalho, foi realizado o vazamento em gesso especial tipo IV. A peça de alginato foi parcialmente recoberta dentro de um recipiente (copo plástico com gesso até a metade) e aguardou-se a cristalização. A superfície do gesso cristalizado foi isolada com vaselina e a peça foi recoberta completamente, novamente se utilizando gesso especial. Antes da cristalização, foi colocado um canudo plástico que liga a peça de alginato ao exterior do modelo de gesso, formando um túnel que serviu para a inserção da cera na etapa subsequente. Obtivemos nessa fase um modelo de gesso da cavidade anoftálmica que se divide em dois segmentos, permitindo abrir e fechar.

Figura 4 - Moldagem com alginato



Fonte: o autor

Figura 5 - Vazamento em gesso



Fonte: o autor

#### 4.2.2 Confeção da prótese em cera

O objetivo desta fase é obter uma da prótese em cera (cópia positiva da cavidade anoftálmica) a partir do modelo de gesso obtido na fase anterior. Para isso o modelo foi preparado, sendo selado internamente com vaselina. Com um maçarico, foi derretida cera branca através do túnel realizado anteriormente, preenchendo toda a cavidade, se obtendo o modelo de cera da esclera.

Figura 6 - Modelo em cera



Fonte: o autor

#### 4.2.3 Pintura e localização de íris e pupila

A pintura foi feita a mão livre com pincéis em um disco de resina acrílica incolor (íris) com tinta acrílica. Essa fase foi realizada durante a consulta, para se poder comparar as cores e efeitos do olho remanescente, reproduzido melhor os seus detalhes. Foi utilizado o método de tentativa e erro, até se obter a cor e caracterização mais próxima da realidade. A pupila foi pintada no centro do disco, que em sua face externa possui um pino localizador. Com a pintura pronta, foi realizado o selamento da parte posterior da peça acrílica com cola superbonder e resina acrílica (pó). Esta peça então foi adaptada ao centro da face externa da prótese em cera.

Figura 7 - Material para pintura de íris



Fonte: o autor

Figura 8 - Íris após pintura



Fonte: o autor

Figura 9 - Selamento posterior da peça



Fonte: o autor

#### 4.2.4 Prova da peça em cera

Nesta fase provamos a peça em cera na cavidade anoftálmica do paciente para verificar a adaptação e realizar os ajustes necessários. O pino central da região da pupila serve como guia para localizar a prótese centralizadamente, posicionando corretamente a íris na esclera, reproduzindo e simulando a direção do olhar do paciente e buscando harmonia com o globo ocular remanescente. Os ajustes e escultura da esclera foram realizados com sucessivas provas no paciente.

Figura 10 - Prova da peça em cera



Fonte: o autor

#### 4.2.5 Acrilização e caracterização da esclera

Após a prótese em cera ser ajustada e adaptada no paciente, foi enviada ao laboratório protético que realizou sua acrilização. Com a peça em resina acrílica termopolimerizável em mãos, realizou-se a caracterização e a última prova antes de se enviar ao laboratório para receber a camada final. A etapa de caracterização consiste em deixar a esclera o mais semelhante possível com a adjacente. Para isso reproduzimos sua coloração natural pigmentando suavemente o fundo branco com lápis de cor amarelo e reproduzimos os vasos sanguíneos com fios de lã vermelhos na proporção adequada, fixando-os com monômero.

Figura 11 - Esclera caracterizada



Fonte: o autor

#### *4.2.6 Camada final, polimento e entrega*

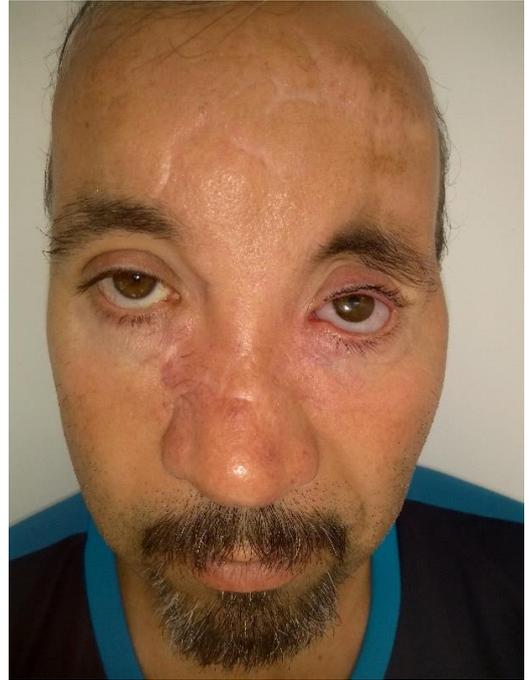
Para receber a última camada de resina acrílica incolor, a prótese foi enviada novamente ao laboratório protético. Nessa fase é essencial um bom polimento, o que traz brilho e lisura a prótese, dá aspecto de naturalidade e dificulta a colonização de microrganismos. Por fim, a prótese ocular foi inserida na cavidade anoftálmica do paciente e, em posição, foram reavaliados o acabamento e o polimento. Neste momento, como nos anteriores, analisamos a estabilidade, a adaptação e a estética da peça. No dia da entrega foi lembrado e praticado com o paciente como inserir e remover a prótese. O retorno destes pacientes é semestral para polimento da peça. Os cuidados indicados incluem remover 1x/semana para lavagem com água e sabão neutro e lavagem da cavidade anoftálmica conforme necessidade com soro fisiológico.

Figura 12 - Prótese finalizada



Fonte: o autor

Figura 13 - Paciente com prótese



Fonte: o autor

## 5 DISCUSSÃO

Com base na literatura apresentada podemos observar que o perfil do paciente, o evento desencadeador e a sua etiologia se enquadram com o que a epidemiologia do trauma, do trauma facial e da perda de globo ocular descrevem. A queda ocorreu quando o paciente tinha 42 anos de idade na quadra de tênis onde ainda leciona. Ele relata que enquanto trocava uma telha, ao levantar-se, acredita ter ficado tonto e se desequilibrado. Conforme citado no estudo de Wulkan *et al.* (2005) a queda é a principal etiologia de traumas em indivíduos na faixa dos 40 anos e, segundo Côas, Neves e Rode (2005), os traumas foram a principal etiologia de perda de globo ocular. Por ser do sexo masculino, aumentam as chances de ser acometido por trauma facial, como mostrou o estudo de Montovani *et al.* (2006), em que somente 15,1% dos 513 casos avaliados em um centro de trauma foram do sexo feminino.

Quando o paciente sofre uma perda de estrutura facial, o método cirúrgico é preconizado. Porém quando este não é possível, a reposição é dada por meios protéticos (SIMÕES, 2008). Com o aperfeiçoamento constante das técnicas e o desenvolvimento de tecnologias em materiais que melhoram a qualidade e a fixação das próteses bucomaxilofaciais, cada vez mais suas indicações possam vir a ser consideradas como primeira escolha em casos selecionados, nos quais o método cirúrgico é possível, mas não trará melhores resultados que o método protético.

As próteses oculares podem ser classificadas como: cirúrgicas, confeccionadas antes de cirurgias para a manutenção do remanescente e não contém íris nem esclera; provisórias ou pós-cirúrgicas, que são confeccionadas após a cirurgia, enquanto a cavidade anoftálmica ainda pode ser modelada; restauradoras, indicadas após a adaptação do paciente à provisória; industrializadas, de estoque ou pré-fabricadas, normalmente comercializadas por ópticas; e individualizadas, obtidas a partir de moldagem da cavidade anoftálmica e confeccionadas de acordo com características individuais do paciente. Próteses pré-fabricadas ou de estoque variam na forma oval, standard ou triangular e nos tamanhos grande, médio ou pequeno. Pelo fato de não serem confeccionadas a partir da moldagem da cavidade anoftálmica do paciente, esse tipo de prótese pode apresentar mobilidade limitada e causar deformações nas dimensões palpebrais devido à excesso de material ou má adaptação aos tecidos (CARVALHO *et al.*, 2017). Conforme relataram Cevik, Dilber e Eraslan (2012) a prótese feita sob medida, em comparação com a prótese de estoque,

permite uma melhor estética e melhores resultados funcionais para o paciente, afirmação que vai ao encontro dos resultados obtidos no caso apresentado. Além dos melhores resultados funcionais alcançados (retenção e movimentação), a estética da prótese ficou superior à anterior segundo o paciente I.C.S, e podemos observar o resultado nas Figuras 11, 12 e 13. A boa avaliação do paciente em relação à estética nos mostra um fator relevante alcançado, conforme Silveira e Gomes (2014): o resultado estético satisfatório obtido é capaz de contribuir significativamente no que diz respeito ao aspecto psicológico do paciente.

Uma decisão importante para a alcançar o sucesso final em prótese ocular é a escolha da técnica de moldagem. Maia, Dias e Rezende (1997) citaram três técnicas principais descritas na literatura: técnica de injeção com seringa, de moldeira de estoque e de moldeira individual. Um estudo comparativo entre elas foi realizado com a finalidade de verificar qual possibilita maior mobilidade, estética e função da prótese. Os autores concluíram que a técnica de injeção com seringa mostrou os melhores resultados e, já que não há necessidade de escolha da moldeira, é a técnica mais rápida, fácil e segura, além de não conduzir a uma moldagem imperfeita, economizando tempo e material. A partir da análise do processo de confecção da prótese e dos resultados obtidos no caso clínico apresentado, a técnica de moldagem selecionada mostrou ser simples e eficaz, concordando com o que a literatura apresentou. O material de moldagem utilizado também mostrou ser uma boa opção para reproduzir forma e dimensões da cavidade anoftálmica, permitindo uma adaptação aceitável da prótese. Mesmo com grande perda de tecido conjuntivo de sustentação da região ocular, o que impedia o uso da prótese de estoque, conseguiu-se alcançar retenção para a prótese confeccionada.

Cardoso (2005) ressaltou a relevância do domínio do cirurgião dentista sobre as reabilitações protéticas faciais, uma vez que as mutilações frequentemente encontradas causam alterações morfofuncionais e psicossociais, podendo levar o paciente ao isolamento social e familiar, além do status estigmatizado. Ele afirmou que através das reconstituições protéticas faciais o indivíduo poderá ser reintegrado à sociedade e melhorar sua qualidade de vida. Ao analisar profundamente o comportamento do paciente antes, durante e após a reabilitação verificamos melhoras na autoconfiança e autoestima, o que reflete diretamente na forma como ele fala, sorri, se locomove e interage com os demais, mostrando que a reabilitação ocorre muito além da parte estética. Enfatizando que o vínculo permite a formação de laços e

promove a empatia e solidariedade entre o profissional de saúde e o paciente, verifica-se a sua importância na promoção de autocuidado, co-responsabilidade e adesão ao tratamento. Isso é de extrema importância e auxilia no processo de adaptação do uso da prótese, que é uma fase complexa da reabilitação e na sua reinserção social. O profissional deve entender que além do conhecimento técnico na área, ter uma interação positiva e motivacional com o paciente potencializa os resultados e auxilia para que a reabilitação ocorra de forma mais ampla e integral.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da bibliografia descrita e análise do caso clínico pode-se afirmar que: o traumatismo é a principal etiologia para perda de globo ocular e está entre as principais causas de lesões faciais que necessitam ser reabilitadas com prótese bucomaxilofacial; a prótese bucomaxilofacial é eficiente para restaurar estética, função, proteção dos tecidos e o aspecto psicossocial do paciente, mostrando ser uma boa forma de reabilitação; o globo ocular confeccionado em resina acrílica a partir da técnica de injeção de alginato com seringa modificada mostrou que se consegue obter adaptação à cavidade anoftálmica mesmo sem a total integridade dos tecidos conjuntivos adjacentes e, por fim, a prótese feita sob medida a partir da técnica de moldagem individual apresentou melhores resultados em relação a prótese de estoque ou pré fabricada.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, A. A. *et al.* Utilização de implantes ósseointegrados para retenção de próteses buco-maxilo-faciais: revisão da literatura. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**, v. 8, n. 2, p. 09-14, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43–62, abr. 2007.
- BOTELHO, N. L. P.; VOLPINI, M.; MOURA, E. da M. Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 66, n. 5, p. 637–646, out. 2003.
- BROWN, K. E. Fabrication of an ocular prosthesis. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 24, n. 2, p. 225–235, Aug. 1970.
- CAMPOS, G. W. de S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARDOSO, M. S. O. *et al.* Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**, v. 6, n. 1, p. 43-46, 2006.
- CARVALHO, J. S. *et al.* Reabilitação de paciente anoftálmico por meio de prótese ocular: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, v. 6, n. 4, p. 162-166, maio 2017.
- CEVIK, P.; DILBER, E.; ERASLAN, O. Different Techniques in Fabrication of Ocular Prosthesis: **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 23, n. 6, p. 1779–1781, Nov. 2012.
- CHINTAL, S. K.; SAJJAN, C. S. Prosthetic management of an ocular defect. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 1, n. 3, p. 201-203, 2010.
- CLARKE, A. Psychosocial aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. **Psychology, Health & Medicine**, v. 4, n. 2, p. 127–142, May 1999.
- CÔAS, V. R.; NEVES, A. C. C.; RODE, S. de M. Evaluation of the etiology of ocular globe atrophy or loss. **Brazilian Dental Journal**, v. 16, n. 3, p. 243–246, Dec. 2005.
- DESAI, P. *et al.* Incidence of cases of ocular trauma admitted to hospital and incidence of blinding outcome. **British Journal of Ophthalmology**, v. 80, n. 7, p. 592–596, 1 July 1996.
- FERNANDES, C. S. **Análise das dimensões ósseas periorbitárias por meio de tomografia computadorizada, visando à colocação de implantes osseointegráveis**. Dissertação (Mestrado em Prótese Buco-Maxilo-Facial) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GERALDINI, C. A. C.; COTO, N. P.; DIAS, R. B. Confecção de prótese ocular OCA: nova proposta. **Revista Odontologia Clínico-Científica**, v. 9, n. 1, p. 45-48, Mar. 2010.

GLYNN, S. M. The Psychosocial Characteristics and Needs of Patients Presenting with Orofacial Injury. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 22, n. 2, p. 209–215, May 2010.

GOULART, D. R. *et al.* Aspectos psicossociais envolvidos na reabilitação de pacientes com cavidade anoftálmica: implicações do uso de prótese ocular. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 74, n. 5, p. 330–334, out. 2011.

KIESER, J. *et al.* Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 31, n. 2, p. 206–209, Apr. 2002.

MAIA, F. de A. S.; DIAS, R. B.; REZENDE, J. R. V. de. Estudo comparativo de técnicas de moldagem da cavidade anoftálmica visando a confecção da prótese ocular. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, p. 85-90, 1997. Supl. 1.

MONTOVANI, J. C. *et al.* Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 2, p. 235–241, abr. 2006.

RUMSEY, N.; HARCOURT, D. Body image and disfigurement: issues and interventions. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 83–97, Jan. 2004.

SASTRY, S. M. *et al.* Leading Causes of Facial Trauma in the Major Trauma Outcome Study. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 95, n. 1, p. 196-197, jan. 1995.

SILVEIRA, M. S. DA; GOMES, C. M. A. Avaliação do desenvolvimento experiencial de pacientes com prótese ocular: a focalização no atendimento clínico. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 1, p. 181–196, jun. 2014.

SIMÕES, F. G. *et al.* A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 3, p. 327-331, dez. 2009.

WULKAN, M.; PARREIRA JÚNIOR, J. G.; BOTTER, D. A. Epidemiologia do trauma facial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 5, p. 290-295, 2005.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **PESQUISA: Reabilitação Protética Bucomaxilofacial: Relato de Caso**

COORDENAÇÃO: Prof. Dra. Adriana Corsetti

1. **NATUREZA DA PESQUISA:** Você está sendo convidado a participar desta pesquisa da área da saúde que tem como finalidade relatar caso de reabilitação com prótese bucomaxilofacial já realizada e levantar informações que sustentem uma discussão sobre esse tema. Este projeto foi analisado pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e está vinculado e sob supervisão do Comitê de Ética da UFRGS.

2. **PESQUISADORES:** Prof. Dra. Adriana Corsetti  
Acadêmico Rafael Micco Bischoff

3. **ENVOLVIMENTO NA PESQUISA:** Ao participar deste estudo, você está ciente que seu caso clínico será utilizado neste trabalho, bem como permitir ser fotografado. Você tem a liberdade de se recusar e de desistir de participar em qualquer momento que decida sem qualquer prejuízo. No entanto, solicitamos sua colaboração para que possamos obter dados de qualidade para essa pesquisa, pois avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

4. **SOBRE OS DADOS:** Serão utilizadas algumas informações básicas pessoais do seu prontuário e anamnese.

5. **RISCOS E DESCONFORTO:** A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Há o risco de quebra de sigilo e confidencialidade, porém os autores estão cientes que os dados estão confidenciais.

6. **CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados coletados nesta investigação são estritamente confidenciais. Tanto as informações quanto as imagens só poderão ser publicadas com finalidade científica de forma anônima, isto é, sem divulgação dos nomes das pessoas envolvidas.

7. **BENEFÍCIOS:** Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que futuramente os resultados deste estudo sejam usados em benefício de outras pessoas.

8. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar deste estudo, bem como não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Para tanto, preencha os itens que se seguem:

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e compreendido integralmente as informações acima apresentadas antes de assinar este termo de consentimento. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Assim, eu, de forma livre e esclarecida, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Porto Alegre, 01 de OUTUBRO de 2019.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura

*Adriana Fossetto*  
\_\_\_\_\_  
Coordenadora da pesquisa

#### ATENÇÃO

Esse termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa e a outra de propriedade dos participantes da pesquisa.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, o(a) Sr(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308.3738.

Agradecemos a sua autorização e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.





ANEXO C – FICHA DE ANAMNESE EXTENSAO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**Serviço de Reconstrução e Prótese Bucomaxilofacial**

Nº PRONTUÁRIO: 83997 DATA: 27/09/2018 nº

Sexo: M. Cor: BRANCO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: PROF. DE TÊNIS

End: [redacted] Cidade: [redacted]

UF: RS

CEP: [redacted] Fone: [redacted] Encaminhado por:

Responsável: ..... Grau Parentesco: .....

CIC/RG: .....

**ANAMNESE**

Fuma? (1) Sim  Não Tempo (em anos):

Álcool?  Sim (2) Não Frequência (vezes por semana):  
1x

Usa drogas? (1) Sim  Não Se sim, qual?

Tem alergia? (1) Sim  Não (3) Não soube informar Se sim, qual?

Algum problema de saúde?

Não COMORBIDADES

Está em tratamento médico? (1) Sim  Não (3) Não soube informar Se sim, qual?

Está tomando algum medicamento? (1) Sim (2) Não Se sim, qual(is) e há quanto tempo?

--- História da lesão: (tempo, etiologia):

PACIENTE SUPRER TENDINA (QUEDA) EM 2016, EM QUANTO  
PROCURA UMA TQHA. RESULTOU EM MÚLTIPLAS FRATURAS, INTERNAÇÃO  
Duas CIRURGIAS E PERDA DO GLOBO OCULAR.

- História de radioterapia ou quimioterapia:

- Quem é a equipe medica que acompanha? Em que hospital: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

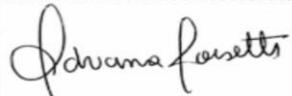
- Exames Complementares: (1) Rx Panorâmica (2) Rx Periapical  Tomografia (4) Outro:.....

**Prótese Bucomaxilofacial****Tipo de Prótese**indicada: PRÓTESE OCULARMaterial: RESINA ACRÍLICA TERMOINDUZÍVEL

**Planejamento:** 1.ª CONSULTA: MOLDAGEM, MODELO DE TRABALHO E COLEÇÃO DA PRÓTESE EM CERA. 2.ª CONSULTA: PINTURA DE IPIS, LOCALIZAÇÃO DA PUPILA E PRÓVA EM CERA. 3.ª CONSULTA: ESPECIFICAÇÃO E PRÓVA. 4.ª CONSULTA: ENTREGA E INSTRUÇÕES. Entrega da Prótese em 22 / 11 / 2018.

**Aluno(s) responsável(is):**

..... RAFAEL M. BISCHOFF .....

**Carimbo e assinatura do professor**

**ANEXO D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS**

Eu, **Ac. Rafael Micco Bischoff**, abaixo assinado, comprometo-me a manter confidencialidade com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem desenvolvidas no projeto de pesquisa **Reabilitação Protética Bucomaxilofacial: Relato de Caso**, coordenado pela **Prof. Dra. Adriana Corsetti** realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - **UFRGS**; ou ainda informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto, concordando em:

- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Declaro ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Porto Alegre, 19 de dezembro de 2018

Acadêmico responsável:

  
Rafael Micco Bischoff

Prof. orientador:

  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Adriana Corsetti  
Adriana Corsetti  
Professora UFRGS  
CRG-RS 12926

## ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO E USO DE PRONTUÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

### AUTORIZAÇÃO DE ACESSO E USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Autorizo o acesso e o uso do registro de prontuário da paciente Ivanir Cardoso da Silva à pesquisadora Adriana Corsetti para realização da pesquisa intitulada "REABILITAÇÃO PROTÉTICA BUCOMAXILOFACIL: RELATO DE CASO".

Saliento que o acesso e o uso do arquivo e ou registro ocorrerá **somente** no momento em que o pesquisador responsável enviar o **parecer de aprovação** do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS para este Setor.

De acordo e ciente

Porto Alegre, 18 de março de 2019 .

*Leticia Moreira*  
Faculdade de Odontologia  
UFRGS

*Leticia Moreira*

---

Leticia Moreira  
Coordenadora do Núcleo Especializado

**ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REABILITAÇÃO PROTÉTICA BUCOMAXILOFACIAL: RELATO DE CASO **Pesquisador:** Adriana Corsetti **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 07618619.1.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.246.093

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de relato de caso clínico relacionado a Trabalho de Conclusão de Curso, sob a responsabilidade da Profa Adriana Corsetti e que conta com a participação de Rafael Micco Bischoff, da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

**Objetivo da Pesquisa:**

Relatar um caso de reabilitação com prótese bucomaxilofacial de um paciente com perda do globo ocular gerado por trauma (queda), levantar informações sobre o tema, explicar e ilustrar os passos da confecção protética.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** Segundo os pesquisadores, os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Há o risco de quebra de sigilo e confidencialidade, porém os autores estão cientes que os dados são confidenciais. Todos os dados coletados nesta investigação são estritamente confidenciais. Tanto as informações quanto as imagens só poderão ser publicadas com finalidade científica de forma anônima, isto é, sem divulgação dos nomes das pessoas envolvidas. Salienta-se que os pesquisadores mantêm a passagem "a participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem", entretanto, isso não pode ser garantido.

**BENEFÍCIOS:** Segundo os autores, não há benefícios diretos ao participante, decorrentes da

publicação do caso clínico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Revisão da literatura: presente.

Local de realização: Hospital de Ensino Odontológico, Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Procedimentos experimentais: revisão de literatura em base de dados e relato de caso clínico.

Número de participantes: 1 (um), maior de 18 anos.

Orçamento: R\$33,00.

Início da coleta de dados: junho de 2019.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto: presente.

Documento de aprovação da COMPESQ/ODO: presente.

TCLE: presente.

Termo para uso de imagens: presente.

Termo de Confidencialidade de Dados: presente e assinado pelos pesquisadores.

Ficha para coleta de dados: presente.

Termo de Ciência e Autorização para acesso a prontuário, emitido pelo responsável pelos mesmos na Faculdade de Odontologia: presente.

**Recomendações:**

Salienta-se que, como o projeto se desenvolverá com recursos próprios, esses são de responsabilidade do pesquisador principal.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a análise das respostas encaminhadas pelos pesquisadores, considera-se o projeto de pesquisa

APROVADO quanto aos aspectos éticos em pesquisa em seres humanos, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

**PENDÊNCIAS ENCAMINHADAS EM PARECER ANTERIOR:**

Adequar descrição de riscos no Formulário de Submissão à Plataforma Brasil. Segundo os autores, "a participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Há o risco de quebra de sigilo e confidencialidade, porém os autores estão cientes que os dados estão confidenciais".

Ospesquisadores devem indicar as formas que irão utilizar para garantir o sigilo e a confidencialidade na divulgação dos dados. Essas informações constam no Termo de Compromisso para uso de dados que está no projeto (itens 1 e 2).

ATENDIDO.

Como serão obtidos dados secundários de prontuários, é necessário incluir termo de autorização do responsável pela guarda dos mesmos na Faculdade de Odontologia.

ATENDIDO.

No Formulário de coleta de dados, remover campo para registro de telefone e os campos "nome do responsável, RG/CIC do responsável".

ATENDIDO.

Como serão obtidos dados secundários de prontuário, é necessário incluir termo de autorização de acesso emitido pelo responsável pela guarda do mesmo na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

ATENDIDO.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_1295181.pdf	19/03/201 9 23:18:16		Aceito
Outros	RESPOSTARELATOR.docx	19/03/201 9 23:15:54	Adrian a Corset ti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto final.pdf	19/03/201 9 23:02:25	Adrian a	Aceito

Investigador			Corsetti	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/02/2019 19:50:52	Adriana Corsetti	Aceito
Folha de Rosto	rafael.pdf	11/02/2019	Adriana Corsetti	Aceito

Página 03 de

Folha de Rosto	rafael.pdf	12:21:22	Adriana Corsetti	Aceito
Parecer Anterior	PARECER.pdf	07/02/2019 14:42:43	Adriana Corsetti	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 05 de Abril de 2019

**Assinado por:  
José Artur Bogo Chies  
(Coordenador(a))**