

CURSO DE ODONTOLOGIA

Natália Konzen Belo

REABILITAÇÃO FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR: ESTUDO DE CASO

Santa Cruz do Sul
2018

Natália Konzen Belo

REABILITAÇÃO FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn

Santa Cruz do Sul

2018

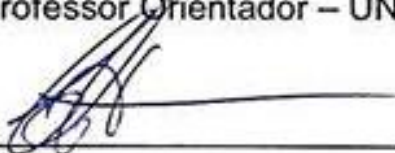
Natália Konzen Belo

REABILITAÇÃO FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR: ESTUDO DE CASO

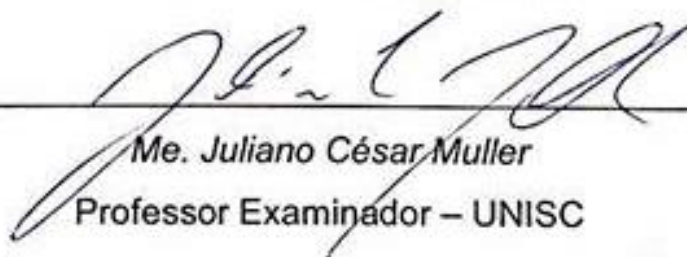
Este trabalho foi submetido ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.



Me. Helder Luiz Dettenborn
Professor Orientador – UNISC



Dr. Clóvis Irigoyen Ferrer
Professor Examinador – UNISC



Me. Juliano César Muller
Professor Examinador – UNISC

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e que batalharam muito para que eu pudesse realizá-los, meus pais, Eloir e Marguit.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me iluminar e sempre guiar meus passos e escolhas.

Aos meus pais, Eloir e Marguit, que acreditaram em mim e estiveram ao meu lado desde sempre, não medindo esforços para que a realização deste sonho fosse possível. Palavras não seriam suficientes para demonstrar a gratidão que tenho por vocês. Graças a vocês, eu tenho tudo que eu mais preciso.

À minha família, que sempre almejou meu sucesso, em especial a duas pessoas: minha irmã, Eduarda, e minha madrinha, Lígia, que acompanharam de perto a minha jornada. Sem o apoio e a ajuda de vocês este sonho não seria possível.

Ao meu namorado e melhor amigo, Jorlei, por estar comigo em todos os momentos, me incentivando sempre que eu precisei. Pelo carinho, compreensão, amor e pelas inúmeras vezes que leu este trabalho. Toda minha gratidão pela paciência que tem comigo.

Às minhas colegas e amigas que estiveram ao meu lado desde o início. Cristielle, Rieli e Vanessa, vocês permitiram que essa caminhada fosse mais tranquila e divertida. Obrigada por terem compartilhado tantos momentos comigo e por me acalmarem nos momentos mais difíceis.

Ao meu professor orientador Me. Helder Luiz Dettenborn, ao qual tenho um imenso carinho e admiração, que acompanhou o desenvolvimento do trabalho e ofereceu todas as contribuições necessárias para a sua realização. Obrigada pela atenção, pelos ensinamentos e pela confiança depositada em mim.

Aos demais professores do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), pois foi com a contribuição de cada um de vocês que consegui crescer como pessoa e como uma futura profissional na área da Odontologia. Obrigada pela convivência ao longo desses cinco anos e por se tornarem, além de mestres, queridos amigos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação profissional, muito obrigada!

RESUMO

A estimativa de vida das pessoas vem crescendo ano após ano, fazendo com que tenhamos cada vez mais idosos suscetíveis a problemas odontológicos. Com isso, as pessoas estão mais conscientes em relação aos cuidados que se deve ter no decorrer da vida, tornando-se mais preocupadas em relação a sua saúde. Este trabalho está relacionado à necessidade de conhecimento do cirurgião-dentista a respeito da reabilitação oral em pacientes idosos, contribuindo com técnicas que outros profissionais possam empregar. O trabalho é um estudo de caso, realizado na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), e tem como objetivo devolver função e estética de um paciente, relatando a sua reabilitação oral. O tratamento proposto para este caso se constituiu na reabilitação com próteses parciais fixas e próteses parciais removíveis. A conclusão apresenta que o profissional que atuar na área deve ter um conhecimento multidisciplinar para que possa solucionar todas as intercorrências durante os procedimentos.

Palavras-chaves: Odontogeriatrics. Reabilitação Oral. Prótese Dentária.

ABSTRACT

People's life estimates are growing year after year, making us more and more elderly susceptible to dental problems. With this, people are more aware of the care that must be taken in the course of life, making you more concerned about your health. This work is related to the dental surgeon's need for knowledge regarding oral rehabilitation in elderly patients, contributing with techniques that other professionals can employ. The work is a case study, performed at the Dental Clinic of the University of Santa Cruz do Sul (UNISC), and aims to return the function and aesthetics of a patient, reporting their oral rehabilitation. The treatment proposed for this case consisted of rehabilitation with fixed partial dentures and removable partial dentures. The conclusion shows that the professional who works in the area must have a multidisciplinary knowledge so that he can solve all the interferences during the procedures.

Keywords: Odontogeriatrics. Oral Rehabilitation. Dental Prosthesis.

LISTA DE FIGURAS

Fotografia 1 – Situação inicial com a prótese.....	27
Fotografia 2 – Situação inicial sem a prótese.....	27
Fotografia 3 – Radiografia panorâmica	28
Fotografia 4 – Moldagem superior.....	29
Fotografia 5 – Moldagem inferior.....	29
Fotografia 6 – Montagem do garfo e instalação do arco facial (vista frontal)	30
Fotografia 7 – Montagem do garfo e instalação do arco facial (vista lateral)	30
Fotografia 8 – Jig de Lucia em boca	31
Fotografia 9 – Jig de Lucia e lâminas de cera 7 com papel alumínio	31
Fotografia 10 – Montagem dos dentes e ceroplastia.....	32
Fotografia 11 – Enceramento diagnóstico	32
Fotografia 12 – Prótese parcial acrílica em boca	33
Fotografia 13 – Moldeira inferior.....	33
Fotografia 14 – Cor inicial dos dentes	34
Fotografia 15 – Cor final dos dentes	34
Fotografia 16 – Dente 37 extraído.....	35
Fotografia 17 – Dente 48 extraído.....	35
Fotografia 18 – Núcleo metálico do dente 15 e sistema ERA® do dente 16.....	36
Fotografia 19 – Sistema ERA® do dente 23	37
Fotografia 20 – Prótese fixa do dente 17 cimentada	40
Fotografia 21 – Próteses fixas dos dentes 26 e 27 cimentadas	40
Fotografia 22 – Próteses fixas dos dentes 34 e 35 cimentadas	41
Fotografia 23 – Prótese fixa do dente 45 cimentada	41
Fotografia 24 – Moldagem superior.....	42
Fotografia 25 – Moldagem inferior.....	42
Fotografia 26 – Raiz do dente 23 fraturada.....	43
Fotografia 27 – Dente 23 extraído.....	43
Fotografia 28 – Armação metálica superior.....	44
Fotografia 29 – Armação metálica inferior.....	44
Fotografia 30 – Rodetes de cera nas armações metálicas	45
Fotografia 31 – Prova estética das próteses removíveis	45
Fotografia 32 – Próteses parciais removíveis montadas em articulador	45

Fotografia 33 – Prótese removível superior finalizada	46
Fotografia 34 – Prótese removível inferior finalizada	46
Fotografia 35 – Captura do sistema de encaixe ERA® do dente 16	47
Fotografia 36 – Captura do sistema de encaixe ERA® do dente 16	47
Fotografia 37 – Aspecto final do paciente em oclusão	48
Fotografia 38 – Aspecto final do paciente sorrindo	48
Fotografia 39 – Paciente voluntário antes da reabilitação	49
Fotografia 40 – Paciente voluntário depois da reabilitação	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Fatores que podem provocar perdas dentais	13
2.1.1 Cárie dentária	13
2.1.2 Doença periodontal.....	13
2.2 Exames prévios para o plano de tratamento	14
2.3 Plano de tratamento	15
2.4 Cirurgia pré-protética.....	16
2.5 Clareamento dental	17
2.6 Restauração em resina composta	18
2.6.1 Pino de fibra de vidro.....	18
2.7 Overdenture	18
2.7.1 Sistema de encaixe ERA®	20
2.8 Prótese parcial fixa	21
2.9 Prótese parcial removível	22
2.10 Estética em prótese	24
2.11 Considerações para a reabilitação protética	24
3 DESCRIÇÃO DO CASO	27
4 DISCUSSÃO	50
5 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A – Questionário a respeito da satisfação do paciente voluntário ao finalizar o tratamento reabilitador na UNISC	59
ANEXO A – Autorização do coordenador do Curso de Odontologia da UNISC	60
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação da função mastigatória do paciente, parcial ou totalmente desdentado, é um dos grandes desafios da Odontologia moderna (BASTOS; ACCETTURI; PLESE, 2005).

A estimativa de vida dos seres humanos vem crescendo ano após ano, fazendo com que tenhamos cada vez mais idosos vulneráveis a problemas odontológicos devido à falta de cuidados e má formação. Nessa perspectiva, também estão aumentando o número de idosos no mundo que precisam de cuidados médicos e odontológicos. Isso se dá pelo fato de que as pessoas estão mais conscientes em relação aos cuidados que se deve ter no transcorrer da vida, tornando-se mais preocupadas em relação a sua saúde (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2009).

Deve-se considerar que a saúde bucal é fundamental para a manutenção da qualidade de vida do idoso. Neste caso, faz-se necessária uma alteração do atendimento apresentado, através de políticas específicas e investimentos nos serviços da saúde, para que seja possível qualificar a assistência ao paciente idoso, baseando-se não somente na cura, mas, principalmente, na prevenção e promoção da qualidade de vida (PRESA; MATOS, 2014).

Ao envelhecer são notados alguns problemas na saúde bucal, como a perda da dentição, a gengivite e a periodontite. Notam-se, também, dores na articulação temporomandibular, luxação devido às perdas dentárias, próteses antigas com desgaste, próteses mal ajustadas e desgastes dos próprios dentes (PRESA; MATOS, 2014).

A perda dos dentes na terceira idade tem como opção de tratamento a reabilitação oral, devolvendo função mastigatória e estética. Uma reabilitação protética ampla necessita da interação de diversas especialidades para se alcançar resultados satisfatórios. Os princípios básicos de uma reabilitação abrangem fatores funcionais, morfológicos e estéticos, que em nenhum momento devem ser esquecidos (BASTOS; ACCETTURI; PLESE, 2005).

O trabalho tem como objetivo devolver a função e a estética de um paciente, relatando a sua reabilitação oral. Assim como explicar a reabilitação do paciente integrando as diversas áreas da Odontologia; demonstrar que pode haver possíveis mudanças no decorrer do tratamento e como e quando realizá-las; apresentar os

resultados do tratamento reabilitador, considerando as vantagens de cada tipo de tratamento e promover a autoestima do paciente.

Acredita-se que a maneira mais eficaz de reabilitar um paciente debilitado de saúde bucal, devolvendo função e estética, é associando diversas áreas da Odontologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Odontologia parte de uma formação profissional que busca atender os pacientes sem focar apenas a queixa odontológica. Assim, as características de cada indivíduo que podem intervir nas reações sistêmicas do organismo, passam a ser levadas em consideração no momento da realização de um diagnóstico e um plano de tratamento (KREVE; ANZOLIN, 2016).

O aumento expressivo da população idosa nos últimos anos tem gerado um ganho no interesse pelas questões do envelhecimento. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde aponta como alarmante a falta de conhecimento sobre a saúde bucal em idosos por parte dos profissionais da área da saúde. O entendimento destes profissionais é muito importante, pois são eles que devem explicar aos idosos sobre as questões da saúde bucal (RIVALDO et al., 2008).

A preocupação com a qualidade de vida na terceira idade é relevante. Perdas dentárias podem ter efeitos expressivos na saúde e na vida dos indivíduos, pois comprometem a capacidade mastigatória, reduzem o consumo de diversos alimentos, atrapalham a fonação, além de causar danos estéticos (KREVE; ANZOLIN, 2016).

O edentulismo pode afetar a saúde bucal e geral do paciente, e conseqüentemente, a sua qualidade de vida. Em sujeitos nesta idade, há uma prevalência de doenças crônicas, de disfunções psicossociais e físicas, fazendo uso de fármacos, podendo causar inúmeros efeitos colaterais e prejudicar tanto a saúde da boca como a saúde sistêmica do idoso. Devido a essas exposições é de suma importância que os cirurgiões-dentistas avaliem as condições de saúde bucal de seus pacientes idosos, sob a visão da relação destas com as condições de saúde geral e qualidade de vida do indivíduo (RIBEIRO et al., 2009).

Desta forma, a Odontologia é responsável por manter as condições de saúde bucal satisfatórias, proporcionando função mastigatória, estética e fonética, de modo a beneficiar a saúde geral e o estado psicológico do indivíduo de maior idade (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2011).

2.1 Fatores que podem provocar perdas dentais

2.1.1 Cárie dentária

Há muitos estudos que relatam que a cárie é o principal motivo de fracassos em prótese. Vários fatores podem ser responsáveis pela incidência de cárie, a qualidade de adaptação da restauração e a qualidade da higienização do paciente, são exemplos disso.

O tratamento de cáries na região de furca é difícil, ainda mais quando envolve o teto da câmara pulpar. Devemos avaliar a profundidade da lesão em relação à estrutura óssea, evitando áreas de invasão tecidual. A associação furca-cárie pode proporcionar diversas variáveis e não existe um protocolo de tratamento. A avaliação de cada caso é que irá decidir a respeito do melhor tratamento (PEGORARO et al., 2013).

A xerostomia caracteriza um aumento de incidência de cáries, devido à baixa quantidade de saliva. Os pacientes idosos, além de apresentarem esse aumento na incidência de cáries, também relatam ter dificuldades no uso de próteses, halitose grave, síndrome da ardência bucal, fissuras e rachaduras na comissura labial, ulceração e dor (COELHO et al., 2017).

2.1.2 Doença periodontal

A doença periodontal é a inflamação nos tecidos periodontais em resposta à presença de biofilme bacteriano aderido às superfícies dentárias. A reabilitação com próteses, junto com a terapia periodontal, é uma opção para restabelecer a função perdida, melhorar a estética e estabilizar os dentes abalados.

Em casos que já existe perda de suporte periodontal significativo é necessário planejar a reabilitação com critério, pois a saúde bucal não se encontra nas condições mais adequadas devido à mobilidade e a perda de inserção periodontal (SCHÖLLER, 2010).

A doença periodontal pode desencadear algumas doenças sistêmicas, isso se dá pela invasão dos microrganismos periodontopatogênicos na corrente sanguínea, por meio dos tecidos periodontais inflamados (SOUZA et al., 2006).

A endocardite é um exemplo, ela é uma doença em que agentes infecciosos invadem as superfícies endocárdicas, gerando inflamação. A entrada de bactérias na corrente sanguínea pode levar a uma condição transitória chamada bacteremia e essas bactérias invadem tecidos cardíacos previamente comprometidos, causando a endocardite bacteriana (NASCIMENTO et al., 2011).

Praticamente todos os procedimentos dentários podem causar uma bacteremia, com isso, devemos optar pela profilaxia antibiótica. Normalmente, a antibioticoterapia profilática é indicada para pacientes com problemas cardiovasculares, nefrite estreptocócica, prótese cardíaca ou articular e imunodeprimidos (OLIVEIRA et al., 2011).

Outro exemplo é o *diabetes mellitus*, vários fatores associados a ele podem influenciar o progresso e a agressividade da doença periodontal: tipo de diabetes, idade do paciente, maior duração da doença e controle metabólico inadequado.

A microbiota periodontal, em pacientes com *diabetes mellitus*, é similar à de não diabéticos, portanto, outros fatores, como hiperglicemia e anormalidades da resposta imune do hospedeiro frente às infecções bucais, parecem ser os responsáveis pela maior prevalência desta complicação em diabéticos (ALVES et al., 2007).

Carvalho e Almeida (2009) citam, também, a artrite reumatoide, que é uma doença inflamatória articular de evolução crônica, caracterizada por episódios dolorosos e deformidades físicas.

Os autores fizeram um estudo que avaliou a existência da associação entre a doença periodontal e a artrite reumatoide, o qual foi comprovado, tendo-se observado que os indivíduos com artrite reumatoide têm 1,24 vezes mais probabilidade de ter doença periodontal (CARVALHO; ALMEIDA, 2009).

2.2 Exames prévios para o plano de tratamento

Os exames prévios são verificações feitas pelo profissional a respeito do estado de saúde geral e bucal do paciente. Eles são realizados com o intuito de descobrir quais problemas o paciente apresenta e se não têm fatores sistêmicos ou locais que prejudiquem o planejamento e, conseqüentemente, a solução dos

problemas. A anamnese, o exame clínico, o exame radiográfico e os exames complementares são exemplos de exames prévios (CUNHA; MARCHINI, 2007).

A anamnese é importante para identificar a quantidade e quais os tipos de medicamentos que o paciente utiliza. A média de medicamentos utilizados entre os idosos varia entre dois e cinco, dependendo da condição socioeconômica e do estado de saúde geral (BARBOSA et al., 2012).

Diante dessa quantidade de medicamentos, podem-se encontrar analgésicos, anticonvulsivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, diuréticos e antidepressivos. Esses medicamentos contêm propriedades que podem causar xerostomia. A xerostomia é uma manifestação clínica da disfunção das glândulas salivares, que pode ser definida como uma sensação de boca seca, muito comum na terceira idade (COELHO et al., 2017).

Dentro dos exames complementares pode-se citar o hemograma, que deve ser incluído na rotina do atendimento clínico do cirurgião-dentista quando se trata de um paciente idoso. É um exame útil na avaliação de anemias, inflamações, leucemias, infecções bacterianas e viróticas (ALÇA; TIBÉRIO; SANTOS, 2005).

2.3 Plano de tratamento

Com todas as informações a respeito dos exames prévios, o plano de tratamento do paciente já pode ser desenvolvido. Normalmente se inicia pela resolução das urgências, para então passar para a etapa de adequação do meio bucal. Nesta etapa, se realizam todos os procedimentos periodontais, cirúrgicos e endodônticos, preparando o paciente para as etapas de reabilitação bucal por meio de restaurações, próteses parciais fixas e/ou removíveis nos edentados parciais (ARRUDA et al., 2009).

Um aspecto importante no planejamento de trabalhos reabilitadores é a montagem do articulador em relação cêntrica. Para isso, existem diversas formas para encontrar a posição correta.

Um exemplo disso é o Jig de Lucia. Ele é um dispositivo que desoclude os dentes posteriores, buscando desta forma impedir a ação dos receptores proprioceptivos localizados no ligamento periodontal. Assim, ele possibilita que os côndilos alcancem sua posição ideal na cavidade glenóide (FERNANDES, 2002).

O dispositivo evita que ocorram prematuridades e interferências oclusais, melhorando desta forma a avaliação das alterações na oclusão dental (PEREIRA et al., 2013).

Dentre as ferramentas disponíveis para o estudo de um caso clínico e um planejamento, o enceramento diagnóstico é uma técnica considerada indispensável para orientar a reabilitação oral do paciente, que irá ajudar o profissional no planejamento das próteses dentais, sejam elas fixas ou removíveis (MEIRELLES; BAVIA; VILANOVA, 2013).

O enceramento diagnóstico tem a finalidade de reconstruir a porção gasta dos dentes e substituir os dentes ausentes para definir o plano oclusal, guia anterior e os contatos simultâneos nos dentes posteriores (KAHNG, 2006).

O correto planejamento é fundamental no sucesso do tratamento e diversos fatores devem ser levados em consideração, os quais serão discutidos a seguir (MELO NETO et al., 2016).

2.4 Cirurgia pré-protética

As cirurgias pré-protéticas devem ser evitadas na medida do possível, pois devemos levar em consideração que o paciente de prótese já sofreu passando por diversas cirurgias e procedimentos invasivos. Portanto, só devemos intervir cirurgicamente se tivermos a certeza do bom prognóstico da cirurgia (CUNHA; MARCHINI, 2007).

Mesmo sendo a última opção, em alguns casos, a exodontia é a única alternativa para o tratamento. Dentes que estão seriamente comprometidos por cáries, restos radiculares, dentes sem estética adequada, dentes anteriores mal alinhados, que interfiram na inserção ou remoção das próteses e que apresentem grande grau de extrusão, muitas vezes contatando com o rebordo oposto, devem ser extraídos o quanto antes, para que haja tempo para uma devida cicatrização do alvéolo (MARINI, 2011).

2.5 Clareamento dental

O sorriso é fundamental na aparência do indivíduo, inclusive no que tange a harmonização das cores. Dentes escurecidos interferem e podem afetar a autoestima do ser humano. Por este motivo os tratamentos estéticos estão sendo cada vez mais procurados. O clareamento dental é uma técnica conservadora e pode contribuir no alcance de resultados quando procedimentos mais invasivos são escolhidos na reabilitação estética oral (SILVA, 2017).

Ainda existem várias hesitações quanto a qual tipo de clareamento que deve ser feito em cada situação sabendo que pode ser feito pela técnica com moldeiras, de consultório ou a combinação de ambas as técnicas. Também há a questão quanto ao agente clareador, podendo ser o peróxido de carbamida e o peróxido de hidrogênio (FONSECA; SILVA, 2017).

O clareamento com moldeiras é aplicado em todos os dentes e indicado para dentes naturalmente escurecidos, sendo por pigmentos da dieta, do cigarro, pela idade, por trauma e manchados por tetraciclina ou fluorose.

Tem como vantagens: técnica simples e fácil, baixo custo, utiliza agentes clareadores com baixa concentração, pode ser empregado em vários dentes simultaneamente, utiliza substâncias fáceis de ser encontradas no mercado, não promove efeitos deletérios nos dentes e tecidos moles, é de fácil reaplicação nos casos de recidiva de cor (SOARES et al., 2008).

Os agentes clareadores à base de peróxido de carbamida apresentam em sua composição glicerol ou propilenoglicol que atuam como transportadores e constituem cerca de 85% do produto, agente aromático, ácido fosfórico ou cítrico e Carbapol, um polímero de carboxipolimetileno (SILVA, 2017).

Ao entrar em contato com a saliva, o peróxido de carbamida decompõe-se em peróxido de hidrogênio de 3% a 5% e uréia 7% a 10%. O peróxido de hidrogênio continua a se decompor, dando origem a oxigênio e água, enquanto a decomposição da uréia originará amônia e dióxido de carbono. Sua principal vantagem é não necessitar de calor e, conseqüentemente, não requerer condicionamento ácido. Outra vantagem é poder atuar além das áreas em contato com os dentes, como as áreas cobertas por restaurações (SOARES et al., 2008).

2.6 Restauração em resina composta

A maioria dos pacientes que buscam auxílio odontológico se queixa da falta de estética devido a restaurações antigas, que, frequentemente, apresentam integração deficiente do ponto de vista biológico e estético (FRADEANI, 2006).

As técnicas restauradoras têm apresentado uma melhora relacionada ao aumento dos procedimentos adesivos e dos materiais restauradores, oferecer as características dos dentes naturais é o principal objetivo do tratamento restaurador adesivo (HIRATA; AMPESSAN; LIU, 2001).

Com a tecnologia influenciando os sistemas restauradores, o uso das restaurações diretas tem ganhado espaço como uma das técnicas mais utilizadas. Essa tecnologia e a união entre os fatores (material e técnica) têm permitido a durabilidade e a satisfação do paciente (GOYATÁ et al., 2008).

2.6.1 Pino de fibra de vidro

O restabelecimento da forma, função e estética de dentes com extensa destruição coronária é um grande desafio para o cirurgião-dentista. Nesses casos, a utilização de pinos intra-radulares de fibra de vidro, associada a restaurações de resina composta, é uma opção que apresenta bom resultado estético. É também, uma solução rápida e de fácil execução, pois dispensa a etapa laboratorial, sem apresentar custo elevado (VERRASTRO et al., 2007).

Os pinos de fibra não metálicos flexíveis (fibra de vidro) estão substituindo os pinos metálicos devido às suas propriedades estéticas e mecânicas. Eles podem absorver melhor as cargas mastigatórias devido à sua resiliência (similar à da dentina). Isto favorece a distribuição de forças sobre a raiz, reduzindo o estresse transmitido ao dente e minimizando o risco de fratura radicular (SÁ; AKAKI; SÁ, 2010).

2.7 Overdenture

Overdentures, ou sobredentaduras, são tipos de próteses que aproveitam raízes residuais, deixando-as sob as próteses. O uso das raízes dentais contribuem

em relação às próteses convencionais no que se refere à manutenção, a estabilização do osso alveolar, a preservação e a melhoria na qualidade da mastigação (COSTA; REBOLLAL; BRAZ, 2012).

Os dentes remanescentes envolvidos na confecção das sobredentaduras podem permanecer na cavidade oral por muitos anos cumprindo suas funções. As maiores causas de fracasso estão relacionadas à perda desses dentes por cáries ou doença periodontal, por descuido quanto ao controle da placa.

As overdentures utilizam suporte mucoso e dentário, onde os ligamentos periodontais das raízes, por meio dos mecanismos complexos de seus mecanorreceptores, dirigem e distribuem as forças mastigatórias, não sobrecarregando a porção óssea do rebordo edêntulo (LUZ; PEZZINI; SIMON, 2009).

As overdentures são opções de tratamento que trazem resultados positivos à reabilitação de um paciente, por motivos que vão desde o ganho em retenção e estabilidade, passando pela manutenção da altura óssea e atingindo a satisfação do paciente. Obedecendo as indicações e limitações de cada caso, com rigor no planejamento e execução do tratamento, manutenção da higiene e controles periódicos, as overdentures são grandes aliadas da Odontologia moderna (SOLDANI et al., 2003).

A instalação da overdenture consiste em ensinar o paciente a realizar a trajetória de inserção e remoção do aparelho, os ajustes e as orientações de uma prótese convencional. O cuidado da prótese é realizado normalmente, podendo ser necessária a troca do mecanismo de retenção do interior do encaixe fêmea pela fadiga do dispositivo de borracha, essa perda de retenção normalmente ocorre após um período de dois anos (NADIN et al., 2000).

Apresenta como vantagem a manutenção do osso alveolar para posterior utilização de implantes osseointegrados. Deste modo, a manutenção das raízes mostra-se boa, pois diminui a reabsorção óssea (ROBBINS, 1980).

A maior estabilidade da prótese, o aumento da eficiência mastigatória, a melhor dissipação de cargas oclusais, a manutenção das funções dos dentes e a melhor aceitação psicológica por parte do paciente, também são vantagens das overdentures (BASTOS; ACCETTURI; PLESE, 2005).

As overdentures também eliminam a possibilidade de formação de uma lacuna entre a estrutura protética e a borda óssea alveolar, ajudando na fonética e estética (NADIN et al., 2000).

2.7.1 Sistema de encaixe ERA®

Os sistemas de encaixe mais utilizados para as overdentures são O'ring, Barra-Clip e ERA®, que proporcionam resiliência, permitindo a movimentação da prótese com a finalidade de distribuir carga mastigatória entre pilares e mucosa. A indicação de cada um depende de alguns fatores como: a distância entre os pilares, a quantidade de movimentação desejada para a prótese, o espaço interoclusal suficiente e o custo (BOTEGA; MESQUITA; HENRIQUES, 2005).

Os sistemas de encaixes foram criados com a finalidade de melhorar as limitações estéticas das próteses parciais removíveis. Desse modo, as próteses com encaixes representam uma nova opção em termos funcionais e estéticos, fornecendo resiliência, retenção e estabilidade (FÁLCON-ANTENUCCI et al., 2009).

As próteses com sistemas de encaixe para aumento da retenção garantem maior longevidade dos dentes pilares, principalmente àqueles que não apresentam uma boa proporção coroa/raiz, devido ao fato de seus componentes não gerarem forças de direção oblíqua que podem prejudicar a distribuição dessas forças de maneira igual (BASTOS; ACCETTURI; PLESE, 2005).

O sistema ERA® é formado pelo componente metálico intracanal (fêmea) e o seu correspondente de nylon, ligado na base da prótese (macho de retenção clínico) disponível em quatro cores, representando os quatro níveis de retentividade, sendo eles: branco, laranja, azul e cinza (BOTEGA; MESQUITA; HENRIQUES, 2005).

Existem dois desenhos de fêmeas, um para fundição, que é inserido ao padrão de cera e fundido em liga com dureza de no mínimo 220 vicker's, e um pré-fabricado, apresentado em dois diâmetros (1,3mm e 1,7mm). Esses diâmetros são utilizados de acordo com a largura méso-distal e vestibulo-lingual da raiz remanescente. Os encaixes pré-fabricados são confeccionados em aço inoxidável cirúrgico.

O macho de retenção, que é ancorado na base da prótese apresenta movimento universal e resiliência vertical, apresenta diferentes quantidades de retenção que são identificadas pela cor. Macho preto: macho de processamento laboratorial; macho branco: retenção leve; macho laranja: retenção moderada; macho azul: retenção forte; macho cinza: retenção muito forte (ZAVANELLI et al., 2003).

O sistema de retenção ERA® permite movimentação vertical da prótese de 0,4mm, diminuindo assim o torque sobre os pilares, uma vez que a carga mastigatória é distribuída entre pilares e mucosa, aumentando assim, a longevidade das raízes residuais. A saúde dos pilares é garantida quando o encaixe permite resiliência vertical, sendo solicitada somente durante os procedimentos de remoção, inserção e na estabilidade da prótese durante a função (DAVIDOFF; DAVIS, 1995).

2.8 Prótese parcial fixa

Prótese fixa é a restauração de um ou mais dentes ausentes, por meio de um dispositivo dento-suportado, de modo a se restabelecer a função, a estética e o conforto do paciente (BASSANTA; BASSANTA, 1997).

O preparo dental para uma prótese fixa é um dos fatores mais importantes, ele deve ser cuidadosamente planejado e executado para permitir a durabilidade do tratamento. Em prótese parcial fixa a quantidade de desgaste das paredes dentais preparadas, angulação e localização do término cervical influenciam a longevidade e a estética da peça. O preparo dental, nesse tipo de prótese, deve ter uma espessura adequada de material e ao mesmo tempo deve conservar a integridade pulpar e periodontal (PIGOZZO et al., 2009).

Para realizar um preparo dental, o cirurgião-dentista deverá conhecer os princípios deste procedimento e também observar corretamente o dente a ser preparado, evitando erros de um posicionamento incorreto do operador ou da arcada dental (FERNANDES et al., 2007).

A confecção de coroas provisórias é essencial para que durante o tempo em que o dente espera a nova prótese, exista uma proteção do complexo dentino-pulpar, pois por menor desgaste que se tenha no preparo do dente, sempre há uma reação inflamatória pulpar (NEPPELENBROEK et al., 2003).

Além disso, a coroa provisória também serve para preservar a saúde periodontal do tecido gengival saudável, ajudar no tratamento e na recuperação do tecido gengival alterado e auxiliar a manutenção da saúde do periodonto tratado (PEGORARO et al., 2013).

Os núcleos e coppings são fundidos normalmente com ligas de níquel-cromo, mas, outras ligas estão disponíveis no mercado, como as de cobalto-cromo (BRUNO et al., 2003).

A coroa metalocerâmica é muito utilizada em reabilitação oral, sendo que o restabelecimento dos dentes requer a cautela do profissional por estar trabalhando com a estética e as características do sorriso (MORANDI; NETO, 2007).

Os cimentos resinosos devem suportar as cargas mastigatórias e parafuncionais em um ambiente oral quente e úmido, devem manter sua integridade enquanto transferem os estresses das próteses fixas para a estrutura dental (CORRÊA et al., 2006).

A escolha dos cimentos deve ser decidida pelas condições clínicas de cada caso, pelas propriedades físicas do material restaurador indireto e pelas características físicas e biológicas do material cimentante, tais como: adesividade, solubilidade, resistência e biocompatibilidade.

O profissional não poderá utilizar um único agente cimentante para todos os casos e necessitará estar atento às características próprias de cada situação clínica, para que consiga escolher corretamente a técnica e o agente cimentante mais apropriado (RIBEIRO et al., 2009).

Para o sucesso de uma reabilitação deve-se considerar a longevidade da prótese, a saúde bucal e a satisfação do paciente. Nas próteses parciais fixas, o objetivo é preservar a biologia pulpar e periodontal, sem prejudicar a estética, realizando desgastes adequados para prevenir sobrecontornos (PIGOZZO et al., 2009).

2.9 Prótese parcial removível

As próteses parciais removíveis são aparelhos protéticos que têm por finalidade substituir, funcional e esteticamente, os dentes naturais ausentes em pacientes parcialmente dentados (GOYATÁ et al., 2010).

O objetivo principal é alcançar uma adequada biostática nos dentes suporte, ou seja, evitar a proliferação de microrganismos, para prevenir sobrecargas, melhorar a retenção e a estabilidade da prótese, o que a torna fácil de ser inserida e removida pelo paciente (PIGOZZO et al., 2009).

As próteses parciais removíveis cumprem um papel importante na reabilitação de desdentados parciais, sendo um método biologicamente satisfatório e de custo acessível para a maioria da população. Outro objetivo delas é vincular a saúde e a integridade dos dentes remanescentes, desta forma, o cuidado quanto à higiene da dentição natural deve ser uma preocupação do reabilitador oral (LELES; MELO; OLIVEIRA, 1999).

Para um tratamento adequado deve-se fazer um correto diagnóstico, planejamento e análise das condições periodontais dos dentes remanescentes, principalmente dos escolhidos para dar suporte à prótese. Os tratamentos devem permitir a longevidade dos elementos dentários remanescentes e cabe salientar a importância do tratamento associando prótese, periodontia e prevenção (CARREIRO et al., 2008).

Para racionalizar a aplicação dos princípios biomecânicos da execução de uma prótese parcial removível, Kennedy sugeriu uma classificação dividindo as arcadas parcialmente dentadas em quatro classes. O objetivo de uma classificação é de simplificar a descrição das possíveis combinações de dentes e áreas edentadas para melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos na confecção das próteses.

A Classe I de Kennedy possui espaços edentados posteriores bilaterais. Pode conter diversas modificações e o suporte é dentomucoso bilateral. Por outro lado, a Classe IV de Kennedy possui espaço edentado anterior que cruza a linha mediana. Esta última classe não possui modificações e o suporte é geralmente dentomucoso, dentário mucoso e eventualmente dentário (BONACHELA; TELLES, 1998).

O preparo bucal visa aprimorar o estado geral da saúde bucal dos tecidos moles e tecidos duros que sustentarão as futuras próteses removíveis (GOYATÁ et al., 2010).

A confecção de planos-guias, apoios oclusais e contornos dentais se tornam necessários para o sucesso da reabilitação por meio desse tipo de prótese (PIGOZZO et al., 2009).

A estrutura metálica é constituída por elementos rígidos e flexíveis que atuam em conjunto e devem proporcionar adequada retenção e estabilidade à prótese e aos dentes de suporte durante o uso pelo paciente (VERGANI et al., 1994).

Os dentes artificiais, que são utilizados nas próteses parciais removíveis, são pré-fabricados em resina acrílica, tendo suas formas, tamanhos e cores

determinadas pelo fabricante e escolhidos pelo cirurgião-dentista de modo que harmonize com as características do paciente (GERALDINO et al., 2007).

2.10 Estética em prótese

Nos últimos anos, há uma grande procura pela estética. Os pacientes valorizam a estética em todas as áreas, eles procuram restaurações que tenham resistência, longevidade e que aparentem um dente hígido para que tenham um sorriso harmônico (MESQUITA; POMPEU; DIAS, 2013).

A estética é um conceito muito particular, pois se apresenta relacionada a fatores sociais, culturais e psicológicos que se modificam em função do tempo, dos valores de vida e da idade do indivíduo (MIYASHITA; MELLO, 2006).

Durante o exame clínico é importante conversar com o paciente em relação às suas expectativas do tratamento, para que exista uma harmonia durante a confecção do trabalho, evitando a insatisfação do mesmo.

As vontades e características do paciente devem estar retratadas no resultado estético da prótese. Para que isso aconteça, a estética alcançada não deve representar uma visão exclusiva do profissional ou do paciente e sim uma combinação entre ambos. A maioria dos conceitos estéticos disponíveis na literatura foi definida para pacientes jovens, então, deve-se encontrar uma maneira de personalizá-la de acordo com a idade do paciente (PEGORARO et al., 2013).

2.11 Considerações para a reabilitação protética

O complexo sistema estomatognático deve ser visto como um conjunto harmônico e não como estruturas isoladas, mesmo em estado de normalidade. É importante saber a fisiologia desse sistema constituído pelos órgãos e estruturas que atuam na mastigação, deglutição e fonação. Nesse sistema, a oclusão dentária é considerada o componente principal da fisiologia bucal (MELLO; ARAUJO, 1997).

A oclusão tem sido considerada como um fator crítico para o sucesso de qualquer procedimento odontológico que vise à reabilitação do sistema estomatognático. Dessa forma, na análise dos casos de reabilitação oral é essencial a realização de um exame oclusal adequado, cuja intenção principal é definir a

posição maxilomandibular para a prática dos procedimentos. Outro aspecto a ser analisado na fase de planejamento é a presença de patologias musculares ou intra-articulares que possam trazer alterações oclusais, com conseqüente interferência no resultado final do tratamento reabilitador (PEGORARO et al., 2013).

Os determinantes anteriores da oclusão são representados pelos dentes anteriores, os quais proporcionam uma guia durante a movimentação mandibular em lateralidade e em protrusão, e as articulações temporomandibulares representam os determinantes posteriores da oclusão, sendo responsáveis na orientação dos movimentos mandibulares (MELLO; ARAUJO, 1997).

Uma das considerações para a reabilitação protética é tentar descobrir o perfil psicológico do paciente durante a anamnese é algo que só se consegue com experiência, uma vez que se trata de algo pessoal. No entanto, algumas perguntas feitas na anamnese, se analisadas criteriosamente, podem ajudar (CUNHA; MARCHINI, 2007).

O psicológico dos pacientes é visível neste tipo de reabilitação devido ao trauma da perda dentária, que muitas vezes é encarado como um caminho para a última fase da vida, precisando de tratamentos reabilitadores (MENDES; PINTO, 2004).

Os pacientes que fazem algum tipo de reabilitação oral descrevem uma melhora na qualidade de vida, com diminuição de restrições em suas atividades sociais e aumento da autoconfiança (AQUINO; ALVES; ARIOLI FILHO, 2005).

Outra consideração é a dimensão vertical de oclusão é a distância vertical entre a maxila e mandíbula quando os dentes do paciente se encontram em oclusão. Ela deve ser identificada no exame clínico inicial e não deve ser subestimada no início de qualquer tratamento restaurador protético (DITTERICH; ROMANELLI; SOUZA JÚNIOR, 2005).

A perda da dimensão vertical de oclusão pode apresentar características semelhantes no envelhecimento, pois gera alterações na face, tanto no ponto de vista muscular, quanto relacionado às articulações temporomandibulares (RODRIGUES et al., 2010).

Mesmo com o avanço dos métodos e das técnicas empregadas no registro da dimensão vertical, ainda nenhum dos métodos existentes é cientificamente correto. O aumento ou a diminuição da dimensão vertical de oclusão podem comprometer a habilidade mastigatória e a harmonia facial. O uso de mais de um método para se

determinar a dimensão vertical de repouso é fundamental para o sucesso da reabilitação protética (FELTRIN et al., 2008).

3 DESCRIÇÃO DO CASO

Nesta seção será abordado o estudo de caso que foi utilizado na realização deste trabalho de conclusão de curso. Descrição do paciente: A. Q. F., gênero masculino, 69 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia da UNISC na disciplina de Prótese Total II para avaliação de possíveis extrações dos elementos 15, 16, 17, 26, 27, 36, 46 e 47 indicados pela triagem, juntamente com a confecção de próteses superior e inferior. As fotografias a seguir mostram a situação inicial do paciente com e sem a prótese (Fotografias 1 e 2).

Fotografia 1 – Situação inicial com a prótese



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 2 – Situação inicial sem a prótese



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Foram realizadas a anamnese, o exame clínico e o exame radiográfico (Fotografia 3). Durante a anamnese, em conversa com o paciente, o mesmo relatou que não gostaria de extrair os dentes indicados pela triagem. Sendo assim, foi feito um planejamento com a inclusão destes dentes, excluindo apenas o resto radicular do elemento 37 e o dente 48, que havia uma extensa destruição coronária.

Fotografia 3 – Radiografia panorâmica



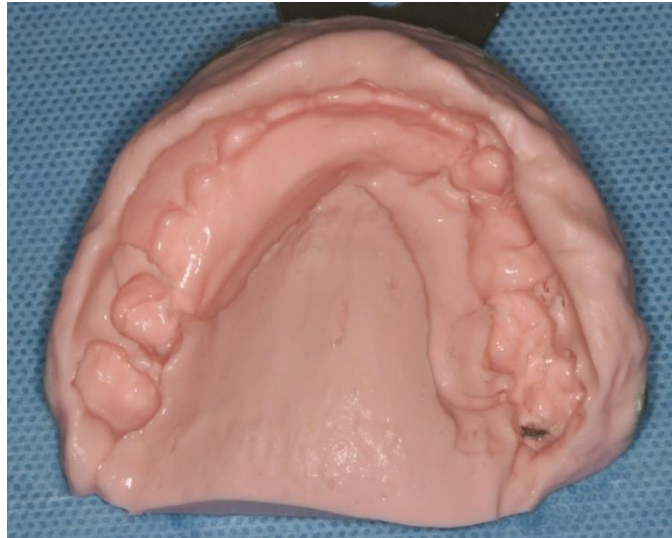
Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Após um planejamento prévio, foi esclarecido ao paciente que o mesmo necessitava de próteses fixas nos dentes: 15, 16, 17, 23, 26, 27 e 47. E, também, a confecção de uma nova prótese parcial removível superior e outra inferior, que o paciente não possuía.

Para dar início ao tratamento, o coordenador do curso de Odontologia da UNISC assinou a carta de autorização (ANEXO A) e o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Iniciou-se o caso clínico com moldagem superior (Fotografia 4) e inferior (Fotografia 5) com alginato Jeltrate Plus® (Dentsply – Estados Unidos), para que assim fossem obtidos os modelos de estudo, os quais foram confeccionados em gesso pedra tipo III (Asfer Indústria Química Ltda. – São Paulo).

Fotografia 4 – Moldagem superior



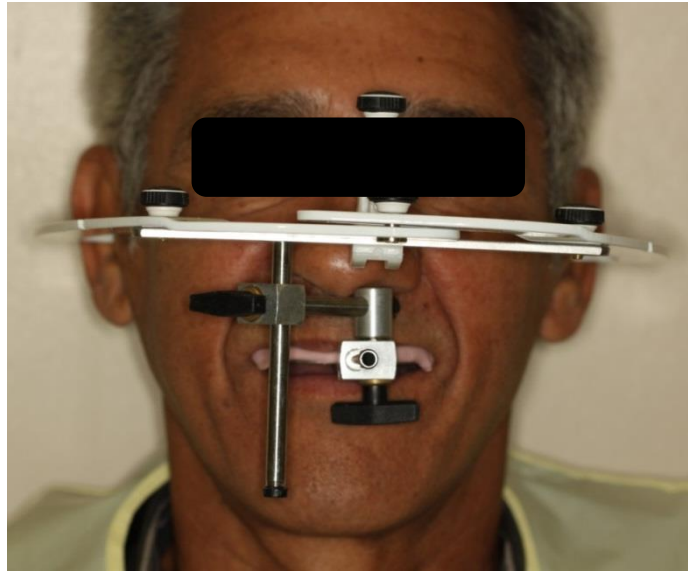
Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 5 – Moldagem inferior

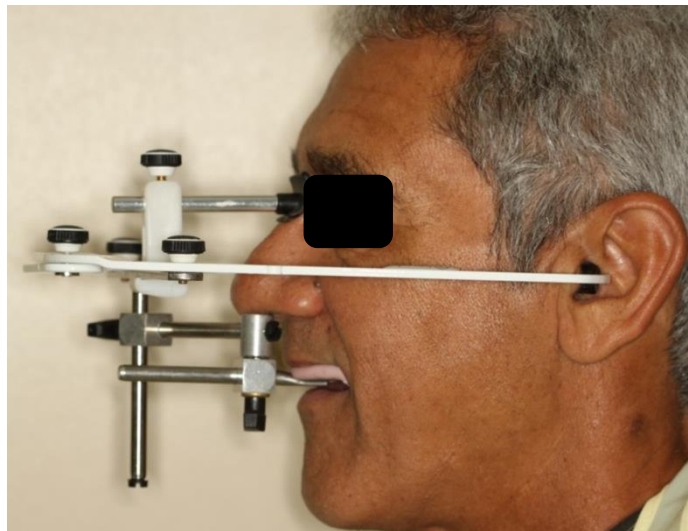


Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Em seguida realizou-se a montagem do garfo com silicone laboratorial Zetalabor® (Zhermack – Itália), a instalação do arco facial (Fotografias 6 e 7) e a montagem do modelo de estudo superior em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo).

Fotografia 6 – Montagem do garfo e instalação do arco facial (vista frontal)

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 7 – Montagem do garfo e instalação do arco facial (vista lateral)

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Para a montagem do modelo de estudo inferior em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo), foi confeccionado um Jig de Lucia (Fotografia 8) utilizando resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor vermelha para obter a relação maxilomandibular em relação cêntrica.

Fotografia 8 – Jig de Lucia em boca



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Após o uso do jig por uma hora, para fazer a desprogramação neuromuscular, foi colocado duas lâminas de cera 7 NewWax® (Technew – Rio de Janeiro) com papel alumínio entreposto para obter a oclusão do paciente (Fotografia 9).

Fotografia 9 – Jig de Lucia e lâminas de cera 7 com papel alumínio



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

A montagem em articulador com o paciente em relação cêntrica é imprescindível na realização de um bom planejamento. A partir dela, foi possível finalizar o plano de tratamento e perceber que o paciente necessitava de mais procedimentos, tais como: troca das restaurações de amálgama por resina composta, restaurações nas incisais dos incisivos inferiores devido a um grande desgaste e, também, sistema de encaixe ERA®.

O articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo) foi encaminhado para o protético para a realização do enceramento diagnóstico e a confecção de uma prótese parcial acrílica (Fotografia 10, 11 e 12). Os dentes acrílicos escolhidos

foram da Trilux Eurovipi® (VIPI Indústria Comércio Exportação Importação de Produtos Odontológicos Ltda. – São Paulo), os modelos foram O32 e M5, de cor A4.

Fotografia 10 – Montagem dos dentes e ceroplastia



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 11 – Enceramento diagnóstico



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 12 – Prótese parcial acrílica em boca

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Foi realizada uma nova moldagem da arcada inferior com alginato Jeltrate Plus® (Dentsply – Estados Unidos), sendo ela, vazada com gesso pedra tipo III (Asfer Indústria Química Ltda. – São Paulo) para a confecção da moldeira de clareamento (Fotografia 13) realizada com placa Soft® (Bio-art – São Paulo) de 1,0mm de espessura.

Fotografia 13 – Moldeira inferior

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

O agente clareador de escolha foi o peróxido de carbamida e o gel utilizado foi da Whiteness Perfect® (FGM – Santa Catarina) de 16%. A cor inicial dos dentes do paciente eram C4 da escala de cores da Vita Classical® (Wilcos Odonto Médica – Rio de Janeiro) (Fotografia 14).

Fotografia 14 – Cor inicial dos dentes



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

O resultado do clareamento foi positivo, apresentando melhora na parte estética do sorriso do paciente. A cor passou de C4 para C3 de acordo com a escala de cores da Vita Classical® (Wilcos Odonto Médica – Rio de Janeiro) (Fotografia 15).

Fotografia 15 – Cor final dos dentes



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Foram realizadas as exodontias dos restos radiculares do dente 37 (Fotografia 16) e a exodontia do dente 48 (Fotografia 17). Os medicamentos prescritos foram Paracetamol® (750mg) e Diclofenato de Potássio® (50mg) a cada seis horas, durante dois dias, ou enquanto o paciente sentisse dor. Após a cicatrização, foi realizada a remoção das suturas.

Fotografia 16 – Dente 37 extraído

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 17 – Dente 48 extraído

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

No planejamento inicial, o dente 15, elemento desvitalizado e com tratamento endodôntico, iria receber uma prótese parcial fixa no local, porém, no novo planejamento, foi indicada a retenção pelo sistema de encaixe ERA® (Sternfold Attachmnt – São Paulo).

Foi iniciada a desobturação do dente para modelagem do canal com pinjet vermelho (Angelus – Paraná) e resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor vermelha.

Como o comprimento da raiz do dente 15 era muito curta para a colocação de um sistema ERA® no local, neste caso, foi melhor indicado um núcleo metálico

fundido estojado nas raízes do dente 15 para não perder estrutura óssea, sendo ele cimentado com cimento resinoso dual da RelyX ARC® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos) (Fotografia 18).

No dente 16, elemento desvitalizado e com tratamento endodôntico, o caso se repete, pois também iria receber uma prótese parcial fixa, contudo, no novo planejamento foi mais indicado a colocação de um sistema de encaixe ERA® (Sternfold Attachmnt – São Paulo).

Para isso, o dente foi desobturado e moldado com silicone de adição Scan Kit® (Yller Biomateriais – Pelotas) para envio ao laboratório para a confecção da peça. Quando pronta, a peça foi provada em boca, ajustada e cimentada com cimento resinoso dual da RelyX ARC® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos) (Fotografia 18).

Fotografia 18 – Núcleo metálico do dente 15 e sistema ERA® do dente 16



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

No dente 17, elemento desvitalizado e com tratamento endodôntico, também foi indicada uma prótese parcial fixa e no planejamento final ela continuou sendo bem indicada. Foram realizados os preparos para coroa metalocerâmica e confeccionados os provisórios com resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor 69. O provisório foi cimentado com Provy® (Dentsply Sirona – Estados Unidos).

No dente 23, elemento desvitalizado e com tratamento endodôntico, o planejamento seria colocar uma prótese parcial fixa, porém, após reavaliação, foi mais indicada a colocação de um sistema ERA® (Sternfold Attachmnt – São Paulo).

O dente foi desobturado e modelado com pinjet vermelho (Angelus – Paraná) e resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor vermelha. Quando a peça chegou do laboratório, foi provada em boca, ajustada e cimentada com cimento resinoso dual da RelyX ARC® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos) (Fotografia 19).

Fotografia 19 – Sistema ERA® do dente 23



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Detttenborn (2018).

No dente 26, elemento vital, a indicação inicial de prótese parcial fixa permaneceu no planejamento final, todavia, ao iniciar o preparo para coroa metalocerâmica, foi encontrado uma cárie profunda, necessitando de tratamento endodôntico, o qual foi realizado na disciplina de Estágio Supervisionado II.

Após a conclusão da endodontia, foi colocado um pino de fibra de vidro da Whitepost DC-E (FGM – Santa Catarina) e restaudado com resina Natural Flow® (DFL Indústria e Comércio S.A. – Rio de Janeiro) de cor 3. Quando pronto, o dente foi preparado para coroa metalocerâmica e moldado com poliéster Impregum Soft® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos). Foi confeccionado um provisório com resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor 69 e cimentado com Provy® (Dentsply Sirona – Estados Unidos).

No dente 47, elemento desvitalizado e com tratamento endodôntico, também seria colocado uma prótese parcial fixa e no novo planejamento o mais indicado foi a colocação de um sistema ERA® (Sternfold Attachmnt – São Paulo) devido a fragilidade das raízes.

Foi iniciada a desobturação do dente, entretanto, foi encontrada uma cárie grande na região de furca, sendo indicada a extração do dente. O medicamento prescrito foi Paracetamol® (750mg) a cada seis horas, durante dois dias, ou enquanto o paciente sentisse dor. Após a cicatrização, foi realizada a remoção da sutura.

Nos dentes 33, 34, 35, 44 e 45, nas faces oclusais e vestibulo-cervicais, foram feitas as substituições das restaurações de amálgama por resina Charisma Classic® (Kulzer – São Paulo) de cor OA3,5 para a dentina e A3,5 para o esmalte. As incisais dos dentes 31, 32, 41, 42 e 43 também foram restaurados devido ao grande desgaste.

Nos dentes 35 e 45, elementos vitais, foram realizados os preparos para coroa metalocerâmica e confeccionados os provisórios com resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor 69. Os provisórios foram cimentados com cimento de hidróxido de cálcio Hydro C® (Dentsply Sirona – Estados Unidos).

No dente 34, ao visualizar a radiografia foi notada uma endodontia de má qualidade, necessitando de retratamento endodôntico. Após a conclusão, o canal foi desobturado e modelado com pinjet vermelho (Angelus – Paraná) e resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor vermelha, utilizando a técnica do pincel. A modelagem foi encaminhada para o laboratório para a finalização em metal. Quando pronto, o núcleo foi ajustado e cimentado com cimento resinoso dual da RelyX ARC® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos).

O dente, 34, também foi preparado para coroa metalocerâmica e feito um provisório com resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor 69. O provisório foi cimentado com Provy® (Dentsply Sirona – Estados Unidos).

Na consulta seguinte foi realizada a remoção de todos os provisórios da arcada superior e inferior para realizar as moldagens com silicone de condensação Zetaplus® (Zhermack – Itália), com a pasta densa e a fluída. As moldagens foram

vazadas com gesso especial para troquel tipo IV da Durone® (Dentsply – Estados Unidos) e encaminhadas para o laboratório para a confecção dos casquetes em acrílico para moldagem.

Após a confecção dos casquetes, foi realizado o reembasamento dos mesmos, com resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor vermelha. Posteriormente o reembasamento, foi feita a moldagem com poliéter Impregum Soft® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos) e com alginato Jeltrate Plus® (Dentsply – Estados Unidos). As moldagens foram vazadas com gesso especial para troquel tipo IV da Durone® (Dentsply – Estados Unidos) e encaminhadas para o laboratório para a confecção dos casquetes em metal.

Quando finalizados, os casquetes metálicos foram provados em boca necessitando de alguns ajustes, após foi feita a moldagem de transferência, sendo ela vazada em gesso especial para troquel tipo IV da Durone® (Dentsply – Estados Unidos) e montada em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo) para envio ao laboratório para a aplicação da cerâmica. A cor escolhida foi A3 para os superiores e A4 para os inferiores, baseado na escala de cores da Vita Classical® (Wilcos Odonto Médica – Rio de Janeiro).

Quando o articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo) retornou do laboratório, as peças foram provadas em boca, ajustadas e enviadas novamente para o laboratório para a finalização. Quando prontas, foram cimentados os dentes 17, 26, 27, 34, 35 e 45 com cimento resinoso dual da RelyX ARC® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos) (Fotografias 20, 21, 22 e 23).

Fotografia 20 – Prótese fixa do dente 17 cimentada



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 21 – Próteses fixas dos dentes 26 e 27 cimentadas



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

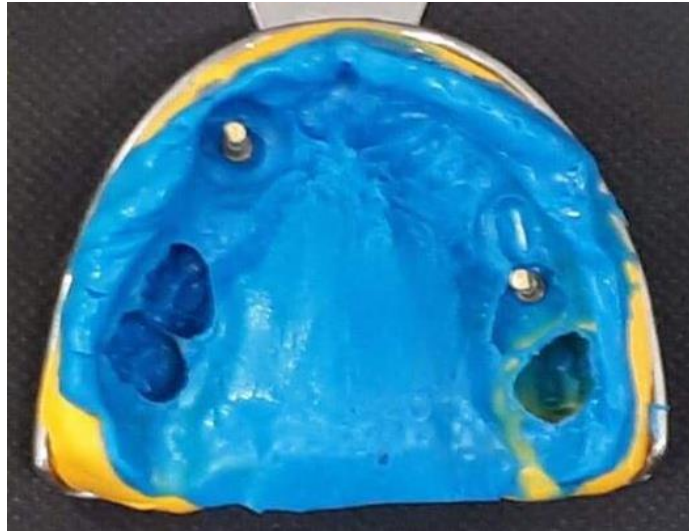
Fotografia 22 – Próteses fixas dos dentes 34 e 35 cimentadas

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

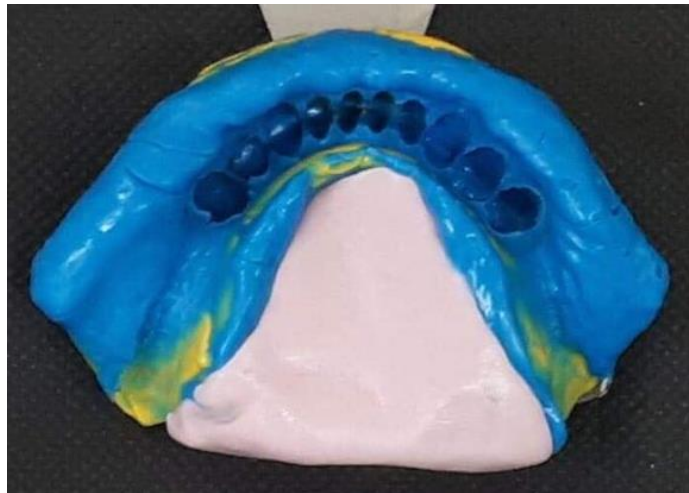
Fotografia 23 – Prótese fixa do dente 45 cimentada

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

O passo seguinte foi dar início à confecção das próteses parciais removíveis. Foi feita a moldagem do arco superior e inferior com silicone de adição Express XT® (3M ESPE Certified Channel Partners – Estados Unidos), com a pasta densa e a fluída (Fotografias 24 e 25). O vazamento foi feito com gesso especial para troquel tipo IV da Durone® (Dentsply – Estados Unidos). Foi feita a instalação do arco facial e a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo), que foi encaminhado para o laboratório para a confecção da armação metálica.

Fotografia 24 – Moldagem superior

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 25 – Moldagem inferior

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Na arcada superior a classificação é classe IV de Kennedy, o conector maior utilizado foi à barra palatina dupla e o grampo utilizado foi o ackers, tanto no dente 17, como no dente 26. Na arcada inferior a classificação é classe I de Kennedy, sem modificações, o conector maior utilizado foi à barra lingual dupla e o grampo foi o T de Roach, nos dentes 34, 35 e 45.

No dia em que o paciente voltou à Clínica de Odontologia da UNISC para prova da armação metálica da prótese parcial removível superior e inferior, o mesmo relatou que algo havia soltado.

Ao fazer o exame clínico, foi notado que o sistema de encaixe ERA® (Sternfold Attachmnt – São Paulo) não estava mais em boca e a raiz do dente 23 havia fraturado (Fotografia 26), necessitando sua extração (Fotografia 27).

Fotografia 26 – Raiz do dente 23 fraturada



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 27 – Dente 23 extraído



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Seguindo o plano de tratamento, foi realizada a prova das armações metálicas, tanto superior (Fotografia 28), quanto inferior (Fotografia 29), sendo elas aprovadas.

Fotografia 28 – Armação metálica superior

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 29 – Armação metálica inferior

Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Foi feita a confecção de rodetes de cera 7 NewWax® (Technew – Rio de Janeiro) nas armações (Fotografia 30), e com eles, foi possível registrar a relação maxilomandibular do paciente para a montagem dos dentes. Os dentes acrílicos escolhidos foram da Leonardo Silver® (Acrylic Teeth Line – Londres), os modelos LL13 e LU13 e a cor A2 (Fotografia 31 e 32).

Fotografia 30 – Rodetes de cera nas armações metálicas



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 31 – Prova estética das próteses removíveis



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 32 – Próteses parciais removíveis montadas em articulador



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Quando as próteses chegaram do laboratório, foram realizados vários ajustes, sendo necessárias novas provas estéticas. Após a aprovação da parte estética, os modelos foram enviados novamente para o laboratório para a acrilização e finalização das mesmas.

No dia da entrega das próteses parciais removíveis, superior (Fotografia 33) e inferior (Fotografia 34), foi feito os ajustes necessários em boca. Na prótese removível superior, nos dentes 14 e 24, foram colocadas contraplacas para que a dimensão vertical do paciente se mantesse estável por mais tempo, aumentando a longevidade do tratamento reabilitador.

Fotografia 33 – Prótese removível superior finalizada



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 34 – Prótese removível inferior finalizada



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Na consulta seguinte foi capturado o sistema de encaixe ERA® do dente 16 na prótese parcial removível superior do paciente (Fotografia 35 e 36). O local, na prótese removível superior, onde seria colocado o encaixe ERA® do dente 23 foi preenchido com resina acrílica autopolimerizável Duralay® (Reliance Dental Manufacturing – Estados Unidos) de cor rosa.

Fotografia 35 – Captura do sistema de encaixe ERA® do dente 16



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 36 – Captura do sistema de encaixe ERA® do dente 16



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

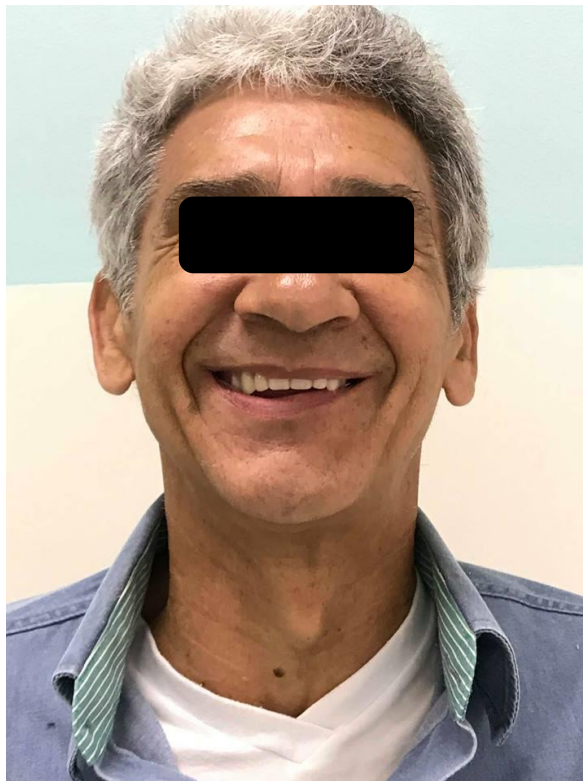
As fotos a seguir mostram o aspecto final do paciente após a reabilitação oral (Fotografias 37 e 38).

Fotografia 37 – Aspecto final do paciente em oclusão



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 38 – Aspecto final do paciente sorrindo



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

As últimas imagens mostram o paciente antes e depois da reabilitação oral (Fotografias 39 e 40).

Fotografia 39 – Paciente voluntário antes da reabilitação



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Fotografia 40 – Paciente voluntário depois da reabilitação



Fonte: Acervo do Prof. Me. Helder Luiz Dettenborn (2018).

Ao final do tratamento reabilitador foi feito um questionário a respeito da satisfação do paciente voluntário. Ele relatou que o tratamento reabilitador ficou ótimo, sentindo-se muito satisfeito com o resultado, pois lhe trouxe muitos benefícios, como conforto, bem-estar e respeito próprio (APÊNDICE A).

4 DISCUSSÃO

A saúde bucal é um fator que afeta diretamente a qualidade de vida do ser humano, podendo atingir o bem-estar físico e mental do paciente, intervindo nas funções da fala, deglutição, estética, conforto e sua vida social (CAVALCANTI; BIANCHINI, 2008).

Para que a saúde bucal do indivíduo comprometido seja reestabelecida, o planejamento de uma reabilitação oral deve ser realizado. A reabilitação exige recursos odontológicos apropriados, tanto funcional quanto esteticamente, tendo muitas vezes, a necessidade de englobar várias especialidades da Odontologia para proporcionar a saúde oral e o bem-estar do paciente (BONACHELA; TELLES, 1998).

Segundo Oliveira et al. (2009), as reabilitações orais reunindo diversos tipos de próteses são sempre complexas. Apesar de a implantodontia ser o tratamento de primeira escolha, muitos ainda, por razões financeiras ou de saúde, optam pelas próteses convencionais. No caso clínico descrito, foi indicada a associação de prótese parcial fixa e prótese parcial removível com sistema de encaixe ERA® para que o paciente tivesse maior retenção e, conseqüentemente, maior comodidade durante a função mastigatória.

Para Goyatá et al. (2009), o sucesso do tratamento protético reabilitador resulta da integração do paciente ao caso, sendo indispensáveis alguns preparos em boca para que esta reabilitação seja possível, como a exodontia de alguns dentes e o tratamento periodontal, sendo esses procedimentos preliminares a uma reabilitação protética. Pode-se ressaltar que, antes de dar início ao tratamento reabilitador do paciente, foram feitas as exodontias indicadas e, também, um adequado tratamento periodontal, para poder seguir o plano de tratamento do paciente.

Conforme Cunha e Marchini (2007), as overdentures são mais estáveis que as próteses convencionais, sendo assim, os pacientes podem empregar forças mais apropriadas durante a mastigação, utilizando também a língua e a musculatura. Deste modo, o indivíduo consegue manipular melhor os alimentos, aumentando a eficiência mastigatória. As overdentures associadas ao sistema de encaixe ERA® sobre raízes atingiu um resultado parcial em relação ao esperado, pois apenas um encaixe possibilitou ao paciente mais retenção, estética, conforto, segurança e eficiência mastigatória.

O outro encaixe não atingiu o resultado esperado, pois a raiz do dente 23 fraturou devido aos esforços mastigatórios do paciente. É de suma importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento disto para contornar o problema, uma vez que isso pode acontecer durante a execução dos casos clínicos.

Fragoso et al. (2005) apresentaram algumas desvantagens em relação as overdentures, como maior custo e complexidade dos procedimentos laboratoriais, associados à necessidade anual para realização de avaliações dos pilares e a substituição de retentores desgastados. Porém, entende-se que independente disso, vale o empenho com a instalação do sistema, pois se tem a vantagem de ser uma prótese mais estável, tornando-a mais confortável para o paciente.

De acordo com Santos, Kato e Conti (2003), as próteses metalocerâmicas apresentam ótimas vantagens e indicações, sendo elas, próteses resistentes aos esforços mastigatórios e que apresentam baixo índice de fraturas ou lascas na cerâmica. Dessa forma, no caso descrito, foi mais indicada a confecção das próteses fixas em metalocerâmica, além de apresentarem fatores estéticos e funcionais como vantagens.

Por outro lado, Mesquita, Pompeu e Dias (2013) apresentam algumas desvantagens, como a presença de uma cinta metálica na região cervical do dente restaurado e a opacidade da restauração protética na presença de luz. A maior desvantagem é a questão estética, porém, se todos os passos forem seguidos adequadamente, pode-se minimizar esta questão, tornando-a uma prótese mais favorável esteticamente.

Goyatá et al. (2010) relataram que com o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão e dos dentes perdidos, ocorre uma maior estabilidade mandibular durante os movimentos mastigatórios, reabilitando a musculatura e a articulação do paciente. De acordo com a perda de dimensão vertical que o paciente apresentava devido a sua idade, foi possível devolver a correta dimensão do paciente, possibilitando assim uma estabilidade ainda maior às próteses.

Finalizando o caso, pode-se perceber que o resultado final influenciou não somente a saúde bucal do paciente, mas também de um modo geral, pois além de restabelecer a função, o tratamento reabilitador também reintegrou a estética e, desse modo, o paciente ficou com uma aparência mais jovem. A função aliada à estética do sorriso proporcionou uma maior autoestima, melhorando sua parte psicológica e, em consequência disto, melhorando também a sua qualidade de vida.

Através dos resultados positivos obtidos no tratamento reabilitador relatado neste trabalho, entende-se que este poderá servir de base de pesquisas para futuros profissionais que estejam em busca de soluções práticas e eficientes no tratamento da perda de função e estética em pacientes geriátricos.

5 CONCLUSÃO

A partir da literatura estudada e dos resultados obtidos na resolução do caso clínico descrito, conclui-se que os procedimentos reabilitadores empregando métodos adequados, bem planejados e com técnicas multidisciplinares, tornam-se uma excelente opção para o paciente, resultando em uma condição favorável com ótima estética e função mastigatória.

A prótese parcial removível associada ao encaixe ERA® sobre raízes é uma excelente alternativa para a reabilitação oral, pois proporciona maior retenção, estabilidade, conforto e função mastigatória para o paciente idoso. Pode-se destacar também a relação de próteses parciais fixas e próteses parciais removíveis que são técnicas eficientes de reabilitação oral, pois apresentaram um resultado satisfatório, além de terem uma boa relação custo-benefício.

Em casos de reabilitações orais, os cirurgiões-dentistas devem estar atentos às exigências de seus pacientes, porém devem ser críticos em relação ao tipo de reabilitação que devem executar, pois esta deve agradar o paciente, aliando estética, função e longevidade clínica. Deve-se ressaltar também que o cirurgião-dentista que atuar na área de reabilitação oral deve ter conhecimento multidisciplinar para que possa solucionar todas as intercorrências durante os procedimentos.

REFERÊNCIAS

- ALÇA, L. R. R.; TIBÉRIO, D.; SANTOS, M. T. B. R. Estudo dos componentes do hemograma em pacientes geriátricos. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, Campina Grande, v. 5, n. 3, p. 261-266, 2005.
- ALENCAR, C. R. B.; ANDRADE, F. J. P.; CATÃO, M. H. C. V. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, Joinville, v. 8, n. 2, p. 200-210, 2011.
- ALVES, C. et al. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1050-1057, 2007.
- AQUINO, E. B.; ALVES, B. P.; ARIOLI FILHO, J. N. A. Sistemas de encaixes utilizados em overdentures implantossuportadas. *Revista Ibero-Americana de Prótese Clínica e Laboratorial*, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 159-165, 2005.
- ARRUDA, W. B. et al. Clínica integrada: o desafio da integração multidisciplinar em Odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 51-55, 2009.
- BARBOSA, P. S. et al. Odontogeriatrics: perfil farmacológico de uma população de idosos de interesse para Odontologia. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 14, n. 4, p. 7-14, 2012.
- BASSANTA, A. D.; BASSANTA, D. S. *Prótese fixa: atualidades e perspectivas*. São Paulo: Sarvier, 1997.
- BASTOS, E. L. S.; ACCETTURI, F.; PLESE, A. Reabilitação oral com prótese parcial removível e sistema de encaixe em raízes remanescentes – caso clínico. *Revista Ibero-Americana de Prótese Clínica e Laboratorial*, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 119-123, 2005.
- BONACHELA, W.; TELLES, D. *Planejamento em reabilitação oral com prótese parcial removível*. São Paulo: Santos, 1998.
- BOTEGA, D. M.; MESQUITA, M. F.; HENRIQUES, G. E. P. Uso do sistema ERA® para confecção de overdentures. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 210-212, 2005.
- BRUNO, M. V. et al. Avaliação do ajuste cervical de coroas totais confeccionadas pela técnica de porcelana aplicada e porcelana prensada uniaxialmente. *Revista Biociências*, Taubaté, v. 9, n. 2, p. 83-89, 2003.
- CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1903-1909, 2009.

- CARREIRO, A. F. P. et al. Aspectos biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes suporte. *Revista Periodontia*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 105-113, 2008.
- CARVALHO, R. P.; ALMEIDA, R. F. Associação entre a doença periodontal e a artrite reumatóide numa população da ilha terceira. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, Lisboa, v. 50, n. 2, p. 69-74, 2009.
- CAVALCANTI, R. V. A.; BIANCHINI, E. M. G. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 490-502, 2008.
- COELHO, I. et al. Xerostomia na terceira idade: etiologia e suas complicações. *Revista Saúde Integrada*, Santo Ângelo, v. 10, n. 20, p. 93-99, 2017.
- CORRÊA, M. D. et al. Resistência à flexão de cimentos resinosos. *Brazilian Dental Science*, São José dos Campos, v. 9, n. 1, p. 93-98, 2006.
- COSTA, S. C.; REBOLLAL, J.; BRAZ, D. B. U. *Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas*. Nova Odessa: Napoleão, 2012.
- CUNHA, V. P. P.; MARCHINI, L. *Prótese total contemporânea na reabilitação bucal*. Santos: Santos, 2007.
- DAVIDOFF, S. R.; DAVIS, R. P. The ERA® implant-supported overdenture. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, Newtown, v. 16, n. 5, p. 512-516, 1995.
- DITTERICH, F. G.; ROMANELLI, M. V.; SOUZA JÚNIOR, J. A. Dimensão vertical e relação central em prótese removível: análise e discussão dos métodos de obtenção. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, Ponta Grossa, v. 11, n. 3, p. 79-87, 2005.
- FÁLCON-ANTENUCCI, R. M. et al. Sistemas de encaixes em prótese parcial removível: Classificação e indicação. *Revista Odontológica de Araçatuba*, Araçatuba, v. 30, n. 2, p. 63-70, 2009.
- FELTRIN, P. P. et al. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da UNICID*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 274-279, 2008.
- FERNANDES, L. F. B. S. *Avaliação do reposicionamento mandibular após o uso do Jig de Lúcia e da placa oclusal miorrelaxante em pacientes dentados assintomáticos e pacientes dentados com dor nos músculos do sistema mastigatório*. 2002. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
- FERNANDES, P. F. S. et al. Erros mais frequentes no preparo dental realizado pelos alunos de prótese fixa da faculdade de medicina dentária da Universidade do Porto. *Revista de Odontologia da UNESP*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 305-316, 2007.

FONSECA, E. E.; SILVA, E. R. O. I. *Clareamento em dentes vitais*. 2017. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Pindamonhangaba, Pindamonhangaba, 2017.

FRADEANI, M. *Reabilitação estética em prótese fixa: análise estética, uma abordagem sistemática para o tratamento protético*. São Paulo: Quintessence Ltda, 2006.

FRAGOSO, W. S. et al. Overdenture implanto-retida. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Campinas, v. 53, n. 4, p. 325-328, 2005.

GERALDINO, A. M. et al. Caracterização das bases de próteses removíveis: incidência e prevalência de pigmentação na mucosa alveolar. *Revista Horizonte Científico*, Uberlândia, p. 1-19, 2007.

GOYATÁ, F. R. et al. Clínica de preparo bucal: Indispensável para o tratamento de pacientes parcialmente desdentados. *Revista Pró-UniverSUS*, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 27-32, 2010.

_____. Multidisciplinary restoration treatment: a clinical report. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 7, n. 2, p. 142-146, 2008.

_____. The importance of buccal preparation clinic in removable partial denture treatment: a case report. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 8, n. 2, p. 109-113, 2009.

HIRATA, R.; AMPESSAN, R. L.; LIU, J. Reconstrução de dentes anteriores com resina composta: uma sequência de escolha e aplicação de resinas. *Jornal Brasileiro de Clínica e Estética em Odontologia*, Curitiba, v. 5, n. 25, p. 15-25, 2001.

KAHNG, L. Patient dentist technician communication within the dental team: using a colored treatment plan wax-up. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, Medford, v. 18, n. 4, p. 185-195, 2006.

KREVE, S; ANZOLIN, D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 19, n. 22, p. 45-59, 2016.

LELES, C. R.; MELO, M.; OLIVEIRA, M. M. M. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. *Revista Odontológica do Brasil Central*, Goiânia, v. 8, n. 25, p. 14-18, 1999.

LUZ, A. F.; PEZZINI, R. P.; SIMON, G. P. Overdenture barra clipe sobre dentes remanescentes: relato de caso clínico. *Stomatos*, Canoas, v. 15, n. 29, p. 72-78, 2009.

MARINI, M. L. *Reabilitação oral em paciente com alteração de dimensão vertical de oclusão*. 2011. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2011.

MEIRELLES, L.; BAVIA, P. F.; VILANOVA, L. S. R. Aplicações clínicas do encerramento diagnóstico na reabilitação oral – uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 20-25, 2013.

MELLO, J. B.; ARAUJO, M. A. M. Incidência de disfunção da ATM em relação a ausência da guia anterior. *Revista Odontológica do Brasil Central*, São José dos Campos, v. 6, n. 22, p. 52-55, 1997.

MELO NETO, C. L. M. et al. Interdisciplinary planning for the oral rehabilitation: Branemark's clinic case report. *Journal of Health Sciences*, Sarajevo, v. 18, n. 2, p. 95-103, 2016.

MENDES, J. M.; PINTO, A. C. Sobredentadura maxilar dento-suportada. Caso clínico de um paciente com hemiparesia facial. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, Lisboa, v. 45, n. 3, p. 169-175, 2004.

MESQUITA, V. T.; POMPEU, M. H.; DIAS, A. H. M. O novo conceito em prótese fixa estética. *Jornal Ilapeo*, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 76-82, 2013.

MIYASHITA, E.; MELLO, A. T. *Odontologia estética: planejamento e técnica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORANDI, L. B; NETO, S. C. B. R. Reabilitação oral: prótese fixa metalocerâmica anterior inferior com reconstrução de guia. Relato de caso clínico. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 38-43, 2007.

NADIN, P. S. et al. Fixação de overdenture através de sistema o'ring para implantes osseointegrados. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 55-59, 2000.

NASCIMENTO, E. M. et al. Abordagem odontológica de pacientes com risco de endocardite: um estudo de intervenção. *Revista Odonto*, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 107-116, 2011.

NEPPELENBROEK, K. H. et al. A importância das próteses provisórias. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Campinas, v. 51, n. 1, p. 50-53, 2003.

OLIVEIRA, I. L. M. et al. Antimicrobianos de uso odontológico: informação para uma boa prática. *Revista Odontologia Clínico-Científica*, Recife, v. 10, n. 3, p. 217-220, 2011.

OLIVEIRA, M. C. S. et al. Prevalency of the planning in removable partial denture in Feira de Santana, Bahia, Brazil. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 8, n. 2, p. 67-71, 2009.

PEGORARO, L. F. et al. *Prótese fixa*. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

PEREIRA, C. P. et al. Estudo dos efeitos do Jig de Lúcia na força de mordida de sujeitos com disfunção temporomandibular. *Revista de Odontologia da UNESP*, São Paulo, v. 42, n. esp., p. 64, 2013.

PIGOZZO, M. N. et al. Preparos dentais com finalidade protética: Uma revisão da literatura. *Revista de Odontologia da UNICID*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 48-55, 2009.

PRESA, S. L.; MATOS, J. C. Saúde bucal na terceira idade. *Revista Uningá*, Maringá, v. 39, n. 1, p. 137-148, 2014.

RIBEIRO, D. G. et al. A saúde bucal na terceira idade. *Revista Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RIVALDO, E. G. et al. Envelhecimento e saúde bucal. *Stomatos*, Canoas, v. 14, n. 26, p. 39-45, 2008.

ROBBINS, J. Success of overdentures and prevention of failure. *Journal of the American Dental Association*, Chicago, v. 100, n. 6, p. 858-862, 1980.

RODRIGUES, R. A. et al. Multidisciplinary procedures used in VDO's recovery during the rehabilitation of esthetic and functional: case report. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 9, n. 2, p. 96-101, 2010.

SÁ, T. C. M.; AKAKI, E.; SÁ, J. C. M. Pinos estéticos: qual o melhor sistema? *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, Belo Horizonte, v. 6, n. 3, p. 179-184, 2010.

SANTOS, C. N.; KATO, M. T.; CONTI, P. C. R. Assessment of clinical proceedings adopted by dental professional regarding the employment of ceramic fused to metal crowns. *Journal of Applied Oral Science*, Bauru, v. 11, n. 4, p. 290-300, 2003.

SCHÖLLER, R. *Prótese parcial fixa em pacientes periodontais: Revisão de literatura*. 2010. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, L. M. B. *Bases teóricas do clareamento dental*. 2017. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Integrada de Pernambuco, Recife, 2017.

SOARES, F. F. et al. Clareamento em dentes vitais: uma revisão literária. *Revista Saúde.com*, Vitória da Conquista, v. 4, n. 1, p. 72-84, 2008.

SOLDANI, C. et al. Overdenture utilizando sistema barra-clipe cimentada sobre implantes: Relato de caso clínico. *Revista Ibero-Americana de Prótese Clínica e Laboratorial*, Curitiba, v. 5, n. 28, p. 455-462, 2003.

SOUZA, E. L. B. et al. Periodontal disease as factor of risk to the cardiovascular disease. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 1, n. 2, 2006.

VERGANI, C. E. et al. Análise qualitativa e quantitativa de ligas metálicas para próteses parciais removíveis. *Revista de Odontologia da UNESP*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 297-305, 1994.

VERRASTRO, A. P. et al. Reconstrução de dentes decíduos anteriores com pino de fibra de vidro e matriz anatômica de celulóide: relato de caso clínico. *Revista ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 81-88, 2007.

ZAVANELLI, R. A. et al. Sobredentadura dento-retida: relato de caso. *Revista Odontológica Brasileira Central*, Goiânia, v. 12, n. 33, p. 60-63, 2003.

APÊNDICE A – Questionário a respeito da satisfação do paciente voluntário ao finalizar o tratamento reabilitador na UNISC

Santa Cruz do Sul, 31 de outubro de 2018.

1 – O que você achou do resultado do tratamento reabilitador?

Ótimo Muito bom Bom Regular Ruim

Alguma observação que queira acrescentar?

2 – Como você se sentiu ao ver seu novo sorriso?

MUITO BEM

3 – A reabilitação lhe trouxe benefícios? Quais?

*MUITOS - CONFORTO - BEM ESTAR - SATISFAÇÃO
ALÉM DO RESPEITO PRÓPRIO*

ANEXO A – Autorização do coordenador do Curso de Odontologia da UNISC

Santa Cruz do Sul, 04 de junho de 2018.

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “Reabilitação funcional multidisciplinar: estudo de caso”, desenvolvido pela acadêmica Natália Konzen Belo do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob a orientação do professor Helder Luiz Dettenborn, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



Prof. Me. George Valdemar Mundstock
Coordenador do Curso de Odontologia

George Valdemar Mundstock
Coordenador do Curso de Odontologia

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Santa Cruz do Sul, 04 de junho de 2018.

Prezado Senhor,

O senhor está sendo convidado para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado reabilitação funcional multidisciplinar: estudo de caso. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e é importante porque pretende relatar uma reabilitação oral. Para que isso se concretize, o senhor será contatado pelos pesquisadores para a realização dos procedimentos necessários para a sua reabilitação oral, tais como: próteses parciais fixas, próteses parciais removíveis, restaurações e exodontias. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam no decorrer do tratamento, mas sem nenhum risco a saúde, pois são previamente planejados. Por outro lado, se o senhor aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a Odontologia poderão acontecer, como contribuir para que outros profissionais, que buscam novas maneiras de reabilitar um paciente, consigam analisar o estudo e associá-lo aos seus casos clínicos, ajudando-os a resolvê-los.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando; e,

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Helder Luiz Dettenborn. Para projetos individuais e de horas atividade da acadêmica Natália Konzen Belo. Para esclarecimento de dúvidas, essas poderão ser respondidas pelo telefone: 3717-1115.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717-7680.

ARLEU FERNANDES

Paciente Voluntário