UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LEONARDO RODRIGUES DIAS

RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM PRÓTESES PROVISÓRIAS – RELATO DE CASO CLÍNICO

BELÉM
2020

LEONARDO RODRIGUES DIAS

RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM PRÓTESES PROVISÓRIAS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal do Pará.

Orientador (a): Lurdete Maria Rocha Gauch

BELÉM

2020

LEONARDO RODRIGUES DIAS

RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM PRÓTESES PROVISÓRIAS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Pará.

BANCA EXAMINADORA:

Lurdete Maria Rocha Gauch
(Origem – Orientador)

Renata Antunes Esteves
(Origem – Membro)

Simone Soares Pedrosa
(Origem – Membro)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças para correr atrás de meus sonhos e nunca desistir, mesmo que tenha passado por momentos difíceis. Em segundo, pelos meus pais Noé Dias e Estela Dias que sempre me deram força e apoiaram meus sonhos, nunca me deixando desistir e dando subsídios para eu seguir firme.

Ao André Nunes, por sempre está ao meu lado me apoiando e ajudando quando a faculdade estava pesada.

A minha orientadora Lurdete Gauch, por ser uma excelente orientadora, me dando dicas e auxiliando nos momentos difíceis no TCC.

A todos os meus amigos e colegas de faculdade, em especial a Yngrid Paes, Aldrian Ribeiro, Ana Flavia Costa e Rafaela Ferreira que estiveram ao meu lado nesses 5 anos de curso, brincando, rindo, viajando, estudando, chorando.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ASA= Articulador semi ajustável

ATM= Articulação temporomandibular

DTM= Disfunção temporomandibular

DVO= Dimensão Vertical de Oclusão

NMF= Núcleo metálico fundido

PPR= Prótese parcial removível

RATP= Resina acrílica termopolimerizável

RC= Relação cêntrica

UFPa= Universidade Federal do Pará

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Aspecto inicial da arcada superior. Pág 7.
FIGURA 2 – Aspecto da arcada inferior, após tratamento endodôntico. Pág 7.
FIGURA 3 – Vista frontal das arcadas superior e inferior. Pág 7.
FIGURA 4 – Perfil do paciente em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) Pág 8.
FIGURA 5 – Registro com o arco facial. Pág 9.
FIGURA 6 – Determinação da DVO, através do compasso de Willis Pág 9.
FIGURA 7 – Adaptação dos núcleos metálicos fundidos. Pág 10.
FIGURA 8 – Vista intraoral após a adaptação da prótese provisória Pág 11.
FIGURA 9 – Perfil do paciente utilizando as próteses provisórias. Pág 11.
FIGURA 10 – Coroa provisória no dente 26 em resina autopolimerizavel. Pág 12.
FIGURA 11 – Paciente 24h após uso da prótese provisória. Pág 12.

SUMÁRIO

Este estudo será apresentado no formato de artigo científico, submetido a *Revista Digital da Academia Paraense de Odontologia* (APO), conforme o anexo II, portanto obedecendo as normas de formatação da mesma.

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO......5

2 RELATO DE CASO......6

3 DISCUSSÃO 12

4 CONCLUSÃO......14

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS......15

ANEXOS

ANEXO I......24

ANEXO II......26

RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM PRÓTESES PROVISÓRIAS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Leonardo Rodrigues Dias[1*], Lurdete Maria Rocha Gauch[2]

RESUMO

As ausências dentárias, os desgastes acentuados dos dentes e o comprometimento da dimensão vertical de oclusão (DVO) ainda são condições clínicas observadas rotineiramente nos atendimentos odontológicos, e estão associadas principalmente ao bruxismo e a falta de acesso aos serviços odontológicos, por razões financeiras ou desconhecimento. Fatores como a ansiedade ou estresse podem desencadear e/ou agravar o bruxismo. Este trabalho tem o objetivo de realizar o relato de um caso clínico dando ênfase a importância de uma reabilitação oral com próteses provisórias para o reestabelecimento da DVO, função mastigatória, fonética e estética. Um paciente de 59 anos procurou atendimento na clínica de odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPa) queixando-se da aparência dos dentes, dificuldade na mastigação e fonação. Observou-se no exame clínico a diminuição do terço inferior da face, aspecto envelhecido, inúmeras ausências dentárias e grande perda de estrutura coronária. O plano de tratamento consistiu na confecção de próteses fixas e removíveis provisórias para posterior reabilitação com próteses definitivas. Concluiu-se que a reabilitação oral provisória é fundamental para restabelecer a DVO do paciente e suas funções orais básicas, além de elevar sua autoestima.

Palavras – chaves: Reabilitação oral; Prótese dentária, Oclusão.

RESTORATION OF THE VERTICAL DIMENSION OF OCCLUSION WITH PROVISIONAL PROSTHESIS – CLINICAL CASE REPORT

Leonardo Rodrigues Dias[1*], Lurdete Maria Rocha Gauch[2]

ABSTRACT

Dental absences, accentuated wear of teeth and loss of vertical dimension of occlusion (OVD) are still common in the day-to-day dental clinics of the colleges and associates, mainly due to bruxism and the lack of access to dental services, for financial reasons or ignorance. Factors such as anxiety or stress can trigger and / or aggravate bruxism. This work aims to show the step by step and the importance of an oral rehabilitation with temporary prostheses for the reestablishment of the OVD, masticatory, phonetic and aesthetic function. A 59-year-old patient waits at the dental clinic of the Federal University of Pará (UFPa) complaining about the appearance of the teeth, difficulty in chewing and phonation. In the clinical examination, a decrease in the lower third of the face, an aged appearance, dental absences and a great loss of coronary structure were observed. The treatment plan consisted of making temporary fixed and removable prostheses for later rehabilitation with permanent prostheses. It was concluded that the provisional oral rehabilitation is fundamental to reestablish the patient's OVD and his basic oral functions, in addition to raising his self-esteem.

Keywords: Oral rehabilitation; Dental prosthesis, Occlusion

1 INTRODUÇÃO

Com o avanço da idade, a função mastigatória vai se modificando por perdas dentárias e desgastes dentais devido a fatores externos como estresse e ansiedade, podendo levar os pacientes a diversos problemas, como diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO), alterações nas articulações temporomandibulares (ATMs), hiperatividade dos músculos da mastigação, dificuldades na fonação, mastigação e comprometimento estético [1,2].

A DVO é a distância vertical entre dois pontos, sendo um na maxila e um na mandíbula, quando as superfícies oclusais estão em contato. O seu restabelecimento é o passo mais importante, desafiador e complexo de uma reabilitação oral, devendo ser realizada inicialmente com próteses provisórias, e, em seguida, com definitivas, pois, se for realizada da maneira inadequada, resultará em um trabalho mal sucedido [3, 4].

Grandes diminuições da DVO são comuns em pacientes com bruxismo severo, sendo este hábito diurno ou noturno, voluntário ou involuntário e multifatorial, podendo envolver fatores psicológicos, comportamentais e sistêmicos. As reabilitações desses pacientes comumente são complexas e demoradas, pois, necessitam de um restabelcimento da dimensão vertical de oclusão, o que pode ser feito com próteses provisórias [5].

Uma DVO diminuída pode trazer inúmeros danos ao paciente, permanentes ou não, na função mastigatória, articular, muscular, fonética e estética. Além disso, pode ser observado nesses pacientes um desgaste dental acentuado, envelhecimento precoce, queilite angular, face com aspecto encurtado e dor nas ATMs [3, 4].

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma patologia que engloba um grupo de doenças que acometem as ATMs, músculos mastigatorios, dentes e estruturas de suporte. Além disso, a DTM pode ter etiologia multifatorial sendo causada por traumas (hábitos parafuncionais), fatores psicossociais (ansiedade, depressão) e fatores psicopatológicos (sistêmicos, genéticos), sendo um importante fator associado a diminuição da DVO [6, 7].

A Relação Cêntrica (RC) é uma relação maxilo-mandibular considerada essencial na reabilitação dentária, pois, é fisiologicamente a mais adequada e independe de contatos dentários. No entanto, existem muitas divergências acerca do tema, pois deve ser considerada a destreza do operador, a condição muscular do paciente, presença de dor na região e a ação reflexa protetora causada pela ausência dos contatos dentais, situações essas que são fundamentais na escolha do método adequado, levando a importância do clínico conhecer as diversas técnicas para obter a RC [8, 9].

O uso de próteses provisórias é importante nessa fase, pois elas irão auxiliar num diagnóstico, prognóstico e planejamento para uma reabilitação oral definitiva, além de

permitir que o profissional avalie o paciente sobre à aceitação das próteses, estética e função, possibilitando ainda uma alternartiva temporária de recuperação da DVO comprometida e uma adaptação à nova dimensão, visto que o tratamento definitivo requer mais tempo[5]. Além disso, o uso de próteses dentárias pode mudar a qualidade de vida de uma pessoa, pois ela vai restabelecer a função e a estética do paciente, proporcionando uma melhora na autoestima perante a sociedade [10].

Uma reabilitação protética provisória é fundamental para restabelecer a DVO do paciente e essa fase é imprescindível para a reabilitação oral definitiva, devendo ser cuidadosamente planejada. Nesse contexto, este trabalho tem o objetivo de realizar o relato de caso para reabilitar um paciente diagnosticado com bruxismo severo, grande diminuição da DVO e perdas de inúmeros dentes, por meio de próteses provisórias fixas e removíveis[3,11].

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A. S. C. A 59 anos, compareceu na clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPa), queixando-se da aparência dos dentes, dificuldade de mastigação e fonação. Foi realizado anamnese e o preenchimento da ficha clínica do paciente, seguindo para o exame clínico extra oral e exame clínico intra-oral, respectivamente.

No exame extra-oral observou-se uma grande diminuição da altura do terço inferior da face, o que ocasionava um envelhecimento acentuado (Figura 1). O paciente não apresentava sintomas de dor nas articulações temporomandibulares (ATMs) e nos músculos.

No exame clínico intra-oral observou-se ausência dos dentes 17, 16, 12, 11, 21, 22, 23, 27, 37, 36, 35, 41, 45, 46, 47 (Figura 2 e 3). Os dentes 44, 43, 42, 31, 32, 33 e 34 estavam com as coroas totalmente destruídas, com sinais de bruxismo severo e os dentes 15, 14, 13, 24, 25 e 26 com leves desgastes oclusais ou lesões cervicais (Figura 4).

No exame extra-oral observou-se uma grande diminuição da altura do terço inferior da face o que ocasionava um envelhecimento acentuado (Figura 4). O paciente não apresentava sintomas de dor nas articulações temporomandibulares (ATMs) e nos músculos. Então, foi realizada anamnese, preenchimento de ficha clínica, radiografias periapicais e moldagem das arcadas superior e inferior com hidrocolóide irreversível (Jeltrate Chromatic – Dentsplay Sirona, Brasil) para obtenção dos modelos de estudo com gesso especial tipo IV (Durone-Dentsplay, Brasil).



Figura 1: Perfil do paciente em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH).



Figura 2: Aspecto inicial da arcada superior.



Figura 3: Aspecto da arcada inferior, após tratamento endodôntico.



Figura 4: Vista frontal das arcadas superior e inferior.

Foi observado que o elemento 44 apresentava uma mobilidade de grau II e como serviria de suporte para a futura prótese, optou-se pela extração do mesmo. Devido aos dentes 34, 33, 32, 31, 42, 43 estarem com as coroas totalmente destruídas, foi solicitado o tratamento endodôntico visando utilizar os condutos como meio de retenção para restabelecer a estrutura coronária perdida, e proporcionar retenção e resistência às futuras coroas. Posteriormente, foram feitas radiografias periapicais e moldagem das arcadas superior e inferior com hidrocolóide irreversível (Jeltrate Chromatic – Dentsplay Sirona, Brasil), para obtenção dos modelos de estudo com gesso especial tipo IV (Durone-Dentsplay, Brasil).

Em seguida, foi realizada a confecção de uma placa de prova superior com plano de orientação de cera para o registro com arco facial (Figura 5), e montagem do modelo superior no articulador semi-ajustável (ASA), pois o paciente não apresentava dentes anteriores superiores, o que dificultaria o registro pela técnica da godiva. Imediatamente foi feita uma nova confecção de placa de prova com plano de orientação superior e inferior para o registro interoclusal e montagem do modelo inferior no articulador. No momento do registro interoclusal determinou-se a provável dimensão vertical de oclusão (DVO) utilizando-se o método métrico com compasso de Willis (Figura 6) e os métodos estético e fonético como auxiliares, permitindo em seguida que o modelo inferior fosse montado em ASA, posteriormente, o ASA foi enviado ao laboratório para execução de enceramento e montagem de dentes artificiais para diagnóstico e apresentação de plano de tratamento ao paciente.

No plano de tratamento proposto ao paciente foi decidido não incluir o dente 41, pois o espaço que existia entre o 42 e o 31 era pequeno para um pôntico. Este fato aconteceu devido o paciente ter perdido de forma prematura o elemento 41, levando os demais dentes (42, 43 e 44) a migrarem em direção a linha média da face. Devido a esses fatores optou-se por aumentar a coroa clínica dos dentes 31, 32 e 42 (Figura 8).

Após as orientações sobre o plano de tratamento, o paciente aceitou as intervenções e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi baseado no projeto intitulado de “Educação continuada para integração dos conhecimentos aplicados a reabilitação oral” – Portaria ICS 538/2019.



Figura 5: Registro com o arco facial.



Figura 6: Determinação da DVO, através do compasso de Willis.

Após a conclusão dos tratamentos endodônticos realizou-se a modelagem dos condutos pela técnica direta com resina acrílica autopolimerizável vermelha (Dencrilay – Dencryl, Brasil) para confecção dos núcleos metálicos fundidos (NMFs). Após a fundição, os

núcleos foram adaptados, os condutos e o preparo da porção coronária dos dentes foram refinados (Figura 7). Realizou-se a moldagem com hidrocolóide irreversível para obtenção de modelo com os núcleos em posição para remontagem deste no ASA e reenvio ao laboratório para confecção das coroas provisórias dos dentes 43, 42, 31, 32, 33 e 34 em resina acrílica termopolimerizável (RATP – Vipicril Plus, VIPI, cor 62), baseado no enceramento de diagnóstico prévio. Além disso, foram realizadas as montagens dos dentes artificiais (BIOTONE®, Dentspls, cor 62) das próteses parciais removíveis (PPRs) provisórias na DVO pré-determinada.



Figura 7: Adaptação dos núcleos metálicos fundidos.

Após a acrilização, as coroas e PPRs provisórias vieram do laboratório permitindo a cimentação dos NMFs. Após a remoção do material obturador provisório, os condutos foram irrigados com hipoclorito de sódio a 1% e secos com cones de papel absorvente; os NMFs passaram por um processo de jateamento com óxido de alumínio 50 μ (Bioart, Brasil), limpeza com álcool 70% e cimentação com cimento de fosfato de zinco (SSWhite, Brasil). Após 5 minutos, foi retirado o excesso de cimento e as coroas provisórias foram reembasadas nos dentes com os núcleos cimentados. Após o reembasamento, as coroas provisórias sofreram acabamento com lixas de granulação 220 e 320 (Norton Abrasivos, Brasil) e polimento com disco de feltro e pasta diamantada (Diamond excel – FGM, Brasil); após essa etapa, realizou-se a cimentação das coroas provisórias nos dentes 43, 42, 31, 32, 33, 34 com hidróxido de cálcio (Hidro C – Dentsplay Sirona, Brasil). Após a instalação das coroas provisórias, as PPRs superior e inferior foram adaptadas ao rebordo alveolar; realizado o ajuste oclusal, e, em seguida, foram polidas e instaladas. Na mesma sessão foi realizada a reconstrução incisal do dente 13 e oclusal do 14 com resina composta fotopolimerizável (Vittra APS Essential – FGM, Brasil, cor EA2) (Figura 8).

Na sessão seguinte foram realizadas restaurações de classe V nos dentes 15, 24 e 25 com resina composta fotopolimerizável. O dente 26 apresentava a distal destruída e uma grande restauração em amálgama, então, foi confeccionado para este dente uma coroa provisória em resina acrílica autopolimerizável, a partir do enceramento de diagnóstico, que foi cimentada com cimento de fosfato de zinco (Figura 9).

Devido ao bruxismo severo e também para manutenção a longo prazo dos resultados alcançados foi realizada uma nova moldagem com hidrocolóide irreversível das arcadas do paciente, com as próteses provisórias, para obtenção de novos modelos de gesso pedra tipo IV, que foram montados no ASA e enviados ao laboratório para a confecção de uma placa oclusal miorrelaxante protetora em resina acrílica termopolimerizavel, para controlar o bruxismo e preservar por mais tempo as próteses provisórias.



Figura 8: Vista intraoral após a adaptação das próteses provisórias.



Figura 9: Coroa provisória no dente 26 em resina autopolimerizável.



Figura 10: Perfil do paciente utilizando as próteses provisórias.



Figura 11: Sorriso do paciente utilizando as próteses provisórias.

O paciente foi orientado sobre o uso das próteses, possíveis incômodos, importância da mastigação, fala e higienização adequada das mesmas. Foi marcado seu primeiro retorno após 24 horas (Figura 10 e 11).

3 DISCUSSÃO

Nesse caso clínico foi realizado o aumento da dimensão vertical de oclusão com próteses removíveis provisórias superior e inferior e 7 coroas provisórias, sendo a coroa do dente 26 com resina autopolimerizável e as coroas dos dentes 43, 42, 31, 32, 33 e 34 com resina termopolimerizável, com a finalidade de devolver a estética, as funções orais e restabelecer a DVO do paciente antes das próteses e coroas definitivas.

É importante observar as necessidades gerais do paciente em um tratamento reabilitador, ou seja, levar em consideração a estética e função oral do paciente, pois pessoas com perdas dentárias tem um grave problema social, podendo apresentar dificuldades de conseguir emprego, devido ao encurtamento da face levando a uma aparência envelhecida, ocasionada por desgastes oclusais e ausências dentárias, além de apresentar uma dificuldade de se comunicar com outras pessoas por vergonha das ausências dentárias, podendo tais alterações levar o paciente à depressão ou baixa estima devido a insatisfação com a aparência, por medo de humilhação e constrangimento [1, 12, 13], fato este relatado pelo paciente neste estudo de caso.

Conseguinte, especialistas vêm discutindo sobre os desgastes oclusais referindo-se a parafunções, traumas, cáries, doença periodontal e ocasionalmente, a perda de elementos dentais, levando o paciente a um desequilíbrio oclusal ou perda da DVO [3] como observado neste estudo.

Estudos [1, 2, 14] relataram que a diminuição da DVO causa dor nas ATMs, no entanto, essa dor não foi relatada pelo paciente. Mas foi observada uma hiperatividade nos músculos masseteres e encurtamento da face, corroborando com os achados desses mesmos autores.

A perda da DVO pode gerar problemas funcionais e estéticos e seu reestabelecimento por meio de uma reabilitação protética é fundamental para recuperar a mastigação e o equilíbrio facial [13].

Para fazer uma reabilitação oral em pacientes com disfunção temporomandibular, com associação do bruxismo severo é necessário reestabelecer uma nova DVO para o paciente, que proporcione conforto, função mastigatória e fonética adequada, além de estabelecer uma estética satisfatória. Um aspecto importante para promover um prognóstico favorável ao paciente é estabelecer uma sequência de trabalho apropriada, determinando uma DVO mais adequada para o paciente [14] através de próteses provisórias.

Além disso, o uso de PPRs provisórias permite que o paciente recupere a DVO mais rapidamente, com um menor custo e com facilidade de execução, devolvendo a função mastigatória e uma harmonia facial satisfatória [15].

O controle da dor e dos hábitos parafuncionais, nesse caso o bruxismo, deve ser realizado com uma placa miorrelaxante de resina acrílica após a reabilitação oral provisória, para que não haja interrupção no tratamento da DTM e para prevenir possíveis problemas

oclusais [14]. Por isso, a placa miorrelaxante foi confeccionada após a instalação das próteses provisórias, para além de relaxar os músculos mastigatórios e controlar o bruxismo severo, preservar por mais tempo o trabalho que foi realizado para o paciente.

Por fim, retornos periódicos nas primeiras 24 horas e nas semanas seguintes são importantes para verificar a adaptação das próteses e da nova DVO estabelecida para o paciente, observando se apresenta algum incômodo doloroso, fazendo ajustes nas PPRs, se necessário, verificando a saúde oral e a diminuição dos hábitos parafuncionais com o uso da placa miorelaxante. Passos estes importantes para as futuras próteses definitivas e sucesso do tratamento[11, 14].

4 CONCLUSÃO

Diante do caso clínico relatado pode-se afirmar que a reabilitação oral provisória é um fator fundamental na qualidade de vida, na estética e na função oral do paciente, pois, permite que ele se alimente de maneira adequada e se reintegre a sociedade, perdendo a vergonha que antes tinha de falar, sorrir e se comunicar. O paciente deve passar por uma reabilitação assistida com próteses provisórias para reestabelecer a DVO perdida proveniente do bruxismo e utilizar placa miorrelaxante para controlar a parafunção, restabelecendo as relações intermaxilares, contribuindo para uma melhora da fonação, estética e função mastigatória.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosendo RA, Sousa JNL, Abrantes JGS, Cavalcante ABP, Ferreria AKTF. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: Uma revisão de literatura. *RSC online* [periódico da internet] 2017 [acesso em 19 de agosto de 2020] 6(1):89-102. Disponível em: https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/157/153

2. Berretin-Felix G, Silva TA, Machado WM. Dentaduras implanto-suportadas e nutrição. *Rev. CEFAC.* [periódico da internet] 2017 Jan-Fev. [acesso em 1 de fevereiro de 2020] 19(1):75-81. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n1/1982-0216-rcefac-19-01-00075.pdf

3. Mukai MK, Gil C, Costa B, Stegun RC, Garlhado APM, Chaccur DC, et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *Rev. pós-Grad* [periódico da internet]. 2010 Jul/set [acesso em 10 de janeiro de 2020];17(03):167-72. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rpg/v17n3/a07v17n3.pdf.

4. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. Odont. [periódico da internet]. 2012 [acesso em 11 de agosto de 2020]; 20(40):41-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Euler_Dantas/publication/272415334_A_Importancia_do_Restabelecimento_da_Dimensao_Vertical_de_Oclusao_na_Reabilitacao_Protetica/links/564f36a208ae1ef9296e73c5.pdf

5. Cesto, FM; Domareski, L; Samra, APB; Neppelenbroek, KH; Campanha, NH; Urban, VM. Overlay removable partial denture as temporary restoration of vertical dimensiono f occlusion in a bruxist patient. *RGO, Rev Gaúch Odontol.* [periódico da internet] 2015 jan-mar [acesso em 31 de julho de 2020] 63(1):95-102. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgo/v63n1/1981-8637-rgo-63-01-00095.pdf.

6. Donnaruma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: Sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. CEFAC.* [periódico da internet] 2010 Set-out [acesso em 19 de agosto de 2020] 12(5):788-94. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n5/44-08.pdf

7. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1° conseso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Dental Press J Orthod*. [periódico da internet] 2010 May-

jun [acesso em 19 de agosto de 2020] 15(3):114-20. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n3/14.pdf

8. Marques JLS, Fernandes CM, Cardoso PC, Torres, EM, Rocha SS. Reabilitação estético-funcional com ajuste prévio da oclusão em relação cêntrica. *Rev Odontol Bras Central.* [periódico de internet] 2010 [acesso em 19 de agosto de 2020] 19(51):356-61. Disponível em : https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/503/520.

9. Okeson, Jeffrey P. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão* / Jeffrey P. Okeson ; [tradução Roberta Loyola Del Caro. et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

10. Rodrigues LCB, Pegoraro LF, Brasolotto AG, Berretin-Felix G, Genaro KF. A fala nas diferentes modalidades de reabilitação oral protética em idosos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* [periódico da internet] 2010 abr-jun [acesso em 1 de fevereiro de 2020] 22(2):151-6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pfono/v22n2/v22n2a14.pdf

11. Frota CSN, Negreiros WA, Fiallos ACM, Regis RR. Esthetics and function: a return to the basic concepts: case report. *Rev Gaúch Odontol*. [periódico da internet] abr./jun. [acesso em 1 de fevereiro de 2020] 2017 65(2):174-179. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgo/v65n2/1981-8637-rgo-65-02-00174.pdf

12. Corrêa HW, Bitencourt FV, Nogueira AV, Toassi RFC. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. *Rev. de Saúde Coletiva*. [periódico da internet] 2016 [acesso em 1 de fevereiro de 2020] 26 [2]: 503-24. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/physis/2016.v26n2/503-524/pt

13. Souza e Silva ML, Villaça EL, Magalhaes CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciencia & saúde coletiva.* [periódico da internet] 2010 [acesso em 20 de agosto de 2020] 15(3):841-50. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15n3/841-850/pt.

14. Amoroso AP, Gennari Filho H, Zuim PRJ, Mazaro JVQ, Zavanelli AC. Recuperação da dimensão vertical em pacientes com parafunção severa. *Rev. Odont. Araçatuba* [periódico da internet]. 2013 Julho/dezembro [acesso em 10 de janeiro de 2020];34(2):09-13. Disponível em: https://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/08/trabalho%201.pdf.

15. Cavalcanti YW, Oliveira LMC, Batista AUD. Prótese Parcial Removível Provisória Tipo Overlay na Reabilitação Oral de Paciente com Colapso Oclusal Posterior. Rev. Bras. Ci. Saúde [periódico da internet]. 2015 [acesso em 13 de agosto de 2015]; 19(2):143-150. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Andre_Ulisses_Dantas_Batista/publication/299432125_Protese_Parcial_Removivel_Provisoria_Tipo_Overlay_na_Reabilitacao_Oral_de_Paciente_com_Colapso_Oclusal_Posterior_Provisional_Overlay_Removable_Partial_Denture_in_Oral_Rehabilitation_of_a_Patient_with_/links/570f90d908ae38897ba1dae5/Protese-Parcial-Removivel-Provisoria-Tipo-Overlay-na-Reabilitacao-Oral-de-Paciente-com-Colapso-Oclusal-Posterior-Provisional-Overlay-Removable-Partial-Denture-in-Oral-Rehabilitation-of-a-Patient-wit.pdf.

ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Este é apenas um guia para auxiliar na elaboração do se TCLE. Adapte-o conforme as necessidades e especificidades de sua pesquisa, e sempre de acordo com as Resoluções pertinentes. O uso do presente modelo não exclui a necessidade do pesquisador ter conhecimento da Resolução CNS 466/12 e das suas complementares. Quando o TCLE for assinado por responsável, adequar o texto. Por exemplo, ao invés de "Você está sendo convidado..." teremos: "Seu filho está sendo convidado...". Lembrar que, mesmo nas situações em que a capacidade de consentimento do participante está comprometida, é necessário informá-lo no limite da sua capacidade).

1. VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA INTEGRAÇÃO DOS CONHECIMENTOS APLICADOS A REABILITAÇÃO ORAL.
2. (Descrição da justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa).

a. Você foi selecionado (método de seleção) BRUXISMO SEVERO e sua participação não é obrigatória.

b. Os objetivos deste estudo são REABILITAÇÃO ORAL

c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em SUBMETER-SE AOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NECESSÁRIOS PARA REABILITAÇÃO ORAL

3. Possíveis Desconfortos: DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO E ORALIDADE
Benefícios: MITIGAÇÃO DOS DANOS CAUSADOS PELO BRUXISMO.

a. Análise dos riscos e de procedimentos para sua minimização.

4. A PESQUISA SERÁ APLICADA ATRAVÉS DAS VISITAS DO PACIENTE A CLÍNICA DE ONDONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA) CAMPUS BELÉM, EXECUTADA PELO DISCENTE **LEONARDO RODRIGUES DIAS** E SUPERVISIONADO PELA PROFESSORA DRA. **LURDETE MARIA ROCHA GAUCH**
5. O PACIENTE É LIVRE PARA ABANDONAR A PESQUISA EM QUALQUER ETAPA DO PROCESSO

a. "A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento."

b. "Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição." (detalhar, se pertinente).

6. É GARANTIDO SIGILO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE, RESPEITANDO-O EM QUALQUER HIPOTESE.

a. "As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidencias e asseguramos o sigilo sobre sua participação."

b. "Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação." (informar, de acordo com o método utilizado na pesquisa, como o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade).

7. NÃO HAVERÁ RESSARCIMENTO DO VALOR INVESTIDO POR PARTE DOS PESQUISADORES ENVOLVIDOS E/OU INSTITUIÇÃO DE ENSINO (UFPA), UMA VEZ QUE OS ENVOLVIDOS NÃO COBRAM PELOS SERVIÇOS PRESTADOS.
8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de necessidade, você pode também entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado a Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, primeiro andar, ou ainda pelo telefone: (91) 3201-0961 e pelo e-mail: cepbel@ufpa.br.

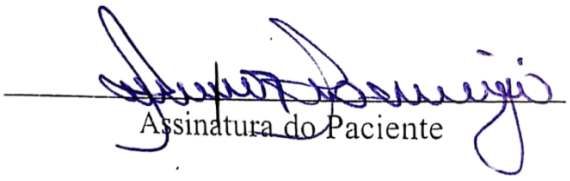
Leonardo R. Dias

(LEONARDO RODRIGUES DIAS)
Universidade Federal do Pará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia. Rua Augusto Corrêa, Guamá, 66070-900 - Belem, PA - Brasil,

Termo de Consentimento

DECLARO QUE EU FUI INFORMADO SOBRE OS OBJETIVOS, RISCOS E BENEFÍCIOS DE MINHA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA E PORQUE O PESQUISADOR PRECISA DA MINHA COLABORAÇÃO, TENDO ENTENDIDO A EXPLICAÇÃO. POR ISSO, EU CONCORDO EM PARTICIPAR, SABENDO QUE NÃO VOU GANHAR NADA E QUE POSSO SAIR QUANDO QUISER. ESTE DOCUMENTO É EMITIDO EM DUAS VIAS QUE SERÃO AMBAS ASSINADAS POR MIM E PELO PESQUISADOR, FICANDO UMA VIA COM CADA UM DE NÓS.

Belém, Pará, 23.04.19



Assinatura do Paciente

Obs.:
Incluir informação sobre patrocinador (se pertinente); incluir informação sobre destino e guarda de materiais (se pertinente); incluir informação sobre estudo multicêntrico (se pertinente); utilizar linguagem compreensível para população alvo. No caso de pesquisas relacionadas com ações terapêuticas ou diagnósticas, explicitar os métodos alternativos, os riscos e benefícios de não utilizá-los.

* Quando o sujeito da pesquisa for criança, adolescente, ou pessoa com discernimento prejudicado pegar também a assinatura do pai/mãe ou responsável legal

ANEXO II – Normas de formatação da Revista Digital Paraense de Odontologia

1. ESTRUTURA DO MANUSCRITO

A Revista aceita artigos inéditos em português ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. O artigo deverá ser redigido em português e encaminhado em formato doc ou docx, com fonte Times New Roman, sem espaçamentos entre parágrafos, margem de 2,5 cm de cada lado, papel A4, perfazendo um total de, no máximo, 20 páginas, incluindo ilustrações (gráficos, fotos, tabelas, etc.).

Recomenda-se, quando digitado, a fonte tamanho 12 para todo o trabalho, excetuando-se citações com mais de três linhas, notas de rodapé, legendas e fontes das ilustrações e das tabelas, que devem ser em tamanho 10.

Todo texto deve ser digitado com espaçamento 1,5 entre as linhas, excetuando-se as citações de mais de três linhas, resumo, abstract, notas de rodapé, referências, legendas das ilustrações e das tabelas, que devem ser digitados ou datilografados em espaço simples. O título das seções deve ser colocado após o indicativo da seção, alinhado à margem esquerda, separado por um espaço. O texto deve ser separado da seção por um espaço de 1,5 cm.

Os artigos originais de pesquisa e de revisão de literatura devem estar divididos em: folha de rosto, resumo com palavras-chave, abstract com keywords, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos (se houver) e referências.

As abreviações e siglas devem aparecer entre parênteses, ao lado de sua descrição por extenso, na primeira vez em que forem mencionadas.

Agradecimentos devem ser inseridos somente na folha de rosto, não devendo constar no corpo do artigo.

1.2 FOLHA DE ROSTO

A Folha de rosto (deverá ser submetida como arquivo suplementar pelo sistema de submissão online do periódico) deverá conter apenas:

a) O título e subtítulo (se houver) do manuscrito em português e inglês;

b) Os nomes dos autores em ordem direta, seguido de sua principal titulação e afiliação institucional;

c) Endereço completo do autor correspondente, a quem se deve endereçar todas as correspondências, incluindo telefone e endereço de e-mail;

d) Agradecimentos: esta seção é opcional, entretanto, deve-se mencionar sempre que houver apoio financeiro de agências de fomento citando o nome da organização de apoio e o número do processo;

e) Declaração de conflito de interesses.

1.3 TEXTO

O manuscrito deve iniciar com o Título e subtítulo (se houver), em português e inglês, na sua primeira folha (negrito, caixa alta e centralizado). Posteriormente, deve apresentar os elementos elencados a seguir:

• **RESUMO:** deve ser composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos, em parágrafo único, não excedendo 250 palavras, ressaltando o objetivo, o método, os resultados e as conclusões do artigo. A primeira frase deste item deve ser significativa, explicando o tema principal do manuscrito.

• **Palavras-chave:** correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. Para determinação das palavras-chave os autores deverão consultar a lista de assuntos do Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (consulta eletrônica pelo endereço: http://decs.bvs.br/) e do "Índex Medicus". Deve-se usar ponto final para separar as palavras-chave, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula. Ex: Dental implants. Fixed prosthesis. Photoelasticity. Passive fit.

• **Abstract e Keywords**: devem seguir as mesmas orientações do Resumo.

• **INTRODUÇÃO**: resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Estabelecer a hipótese do trabalho.

• **METODOLOGIA**: os materiais e os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Ensaios clínicos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado.

• **RESULTADOS**: apresentar os resultados em uma sequência lógica no texto, com tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.

• **DISCUSSÃO:** enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir em detalhes dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

• **CONCLUSÃO (ões):** Parte final do artigo, na qual devem ser apresentas as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses.

1.4 REFERÊNCIAS

As Referências deverão obedecer aos requisitos *"Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver",* para a submissão de manuscritos a revistas biomédicas, disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Devem ser ordenadas numericamente na ordem em que aparecem no texto, em lista correspondente ao final do manuscrito, observando-se os seguintes critérios:

- As referências são alinhadas somente à margem esquerda do texto e de forma a se identificar individualmente cada documento, em espaço simples e separadas entre si igualmente por espaço simples;

- Deve-se restringir o número de referências ao máximo de 30.

- A pontuação segue padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências;

- O recurso tipográfico (itálico) utilizado para destacar o elemento título deve ser uniforme em todas as referências de um mesmo documento. Isto não se aplica às obras sem indicação de autoria, ou de responsabilidade, cujo elemento de entrada é o próprio título;

- As referências possuem elementos essenciais e complementares. Ao optar pela utilização de elementos complementares, estes devem ser incluídos em todas as referências existentes na lista;

- Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses, textos não publicados (aulas, entre outros) e artigos publicados em Anais de eventos;

- Somente podem figurar na lista de referências, aquelas citadas direta ou indiretamente no corpo do texto;

- Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pelo *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine*, disponibilizados no endereço eletrônico: https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/ tsd/serials/lji.html;

- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: http://portal.revistas.bvs.br eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano;

- Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Exemplo: p. 320-329; usar 320-9;

- Denomina-se número (fascículo) a identificação da sequência do volume, sendo que o algarismo

fica entre parênteses. Exemplo: 347(4).

1.4.1 Modelos de referências

AUTOR (Pessoa Física)

- Quando o documento possuir de um até seis autores, citar todos os autores, separados por

vírgula.

- Quando o documento possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos

da expressão latina “et al.”, sem itálico.

- Para artigos de periódicos, citar nesta ordem: Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do

periódico abreviado e em itálico. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo. Exemplos:

Litonjua LA, Cabanilla LL, Abbott LJ. Plaque formation and marginal gingivitis associated with restorative materials. *Compend Contin Educ Dent*. 2012 Jan; 33(1):6-10.

Tawil G, Akl FA, Dagher MF, Karam W, Abdallah Hajj Hussein I, Leone A, et al. Prevalence of IL-1beta+3954 and IL-1alpha-889 polymorphisms in the Lebanese population and its

association with these verities of adult chronic periodontitis. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2012 Oct- Dec;26(4):597-606.

ORGANIZAÇÃO COMO AUTOR

- Indicar o nome da organização quando esta assume a autoria do documento consultado.

Exemplo:

Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4a ed. São Paulo:

Santos; 1999.

- Quando a autoria for de duas ou mais organizações, separá-las por ponto-e-vírgula, e para identificar a hierarquização dentro da organização, separar por vírgula.

AUSÊNCIA DE AUTORIA

Quando o documento consultado não possui autoria indicada, iniciar a referência bibliográfica pelo título. Exemplo:

ODONTOLOGIA faz bem para o sono. *Rev ABO Nac*. 2003 ago.-set.; 11(4):256-8.

LIVRO

Indicar o(s) Autor(es) do livro. *Título do livro*. Edição (no da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Exemplo:

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. *Patologia bucomaxilofacial* contemporânea. 2a ed. São Paulo: Santos; 2012.

CAPÍTULO DE LIVRO

Citar o(s) Autor(es) do capítulo. *Título do capítulo*. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). *Título do livro*. Edição (no da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo. Exemplo:

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). *Estética em odontopediatria: considerações clínicas*. 2a ed. São Paulo: Santos; 2011. p. 29-34.

ARTIGO DE PERIÓDICO EM FORMATO ELETRÔNICO

Indicar o Autor do artigo. Título do artigo. *Título do periódico abreviado* [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em": Exemplo:

Gimenes ACR, Pontes ERJC. Prevalência de cárie dentária e condições periodontais de escolares. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* [periódico na Internet]. 2011 Dez [acesso em 2012 jan 15]; 59(4):577- 82. Disponível em: www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6752&article=2205&mode=pdf