



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

CHARLES WILLIAM CAVALCANTE DE OLIVEIRA

**ABORDAGEM INTEGRADA, CONSERVADORA E ACESSÍVEL PARA A
RECUPERAÇÃO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NA CLÍNICA
ESCOLA DA UFPA: Relato de Caso**

Belém - PA

2025

CHARLES WILLIAM CAVALCANTE DE OLIVEIRA

**ABORDAGEM INTEGRADA, CONSERVADORA E ACESSÍVEL PARA A
RECUPERAÇÃO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NA CLÍNICA
ESCOLA DA UFPA: Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Odontologia.

**Orientadora: Prof^a Dr^a Camila Lima de
Andrade**

Belém - PA

2025

CHARLES WILLIAM CAVALCANTE DE OLIVEIRA

**ABORDAGEM INTEGRADA, CONSERVADORA E ACESSÍVEL PARA A
RECUPERAÇÃO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NA CLÍNICA
ESCOLA DA UFPA**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Camila Lima de Andrade

Data de Publicação: __/__/__

Conceito:

Banca Examinadora

Nome

Instituição

Nome

Instituição

Nome

Instituição

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

- O48a Oliveira, Charles William Cavalcante de.
Abordagem Integrada, conservadora e acessível para a
recuperação da dimensão vertical de oclusão na clínica
escola da UFPA : Relato de Caso / Charles William
Cavalcante de Oliveira. — 2025.
31 f. : il. color.
- Orientador(a): Profª. Dra. Camila Lima de Andrade
Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade
de Enfermagem, Belém, 2025.
1. Dimensão Vertical. 2. Prótese Total. 3. Prótese
Parcial Removível. 4. Resinas Compostas. 5. Sistemas
de Saúde. I. Título.

CDD 617.69

AGRADECIMENTOS

Início essa carta de agradecimento agradecendo a Deus, por todas as conquistas que realizei até aqui, agradeço por ter me guiado durante todos esses anos, por estar comigo em todos os momentos, os momentos felizes, tristes de angústia e de conquista, obrigado.

À minha mãe, Irlandia Cavalcante e ao meu pai Charles Oliveira, Obrigado, por sempre acreditarem nos meus sonhos, por me apoiarem em todas as minhas realizações, tenho certeza que vocês sempre estarão por mim, torcendo e apoiando, obrigado mãe, por todos os sacrifícios que você já fez por mim, por toda a educação que você pode proporcionar e até as coisas que não podia, obrigado por sempre ter sido meu local de conforto e segurança; Obrigado pai, por sempre ter sido meu porto seguro onde sei que sempre posso contar com sua proteção, obrigado por todo esforço que teve, faça chuva ou faça sol, nunca me deixaste faltar nada; Eu estou onde estou porque vocês acreditaram em mim e não me deixaram desistir em nenhum momento, eu amo vocês com tantas palavras que não consigo descrever, obrigado.

Ao meu noivo, futuro marido, Ian Lima, obrigado, por estar em todos os momentos cruciais na minha vida, por sempre acreditar no meu potencial e por diariamente me proporcionar a felicidade, compartilhar a vida com você deixa tudo muito mais leve e alegre; você me inspira, por sua determinação, pela sua história de vida e por nunca desistir dos seus sonhos, iremos juntos realizar todos eles, eu te amo.

Aos meus amigos, obrigado por terem tornado essa jornada mais leve e mais divertida, em especial a minha dupla, Sandiele Duarte, obrigado, por sempre me impulsionar nos grandes desafios que enfrentamos juntos na graduação, juntos formamos uma equipe sem iguais, tenho certeza que teremos caminhos lindos e incríveis pela frente, obrigado.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Camila Lima, obrigado, por ter me guiado durante esses anos na graduação, suas aulas sempre leves, claras e com muito conhecimento compartilhado, foram essenciais para formar o Cirurgião Dentista que estou me tornando, obrigado por todo o suporte durante a escrita desse trabalho, seus conhecimentos foram essenciais para minha formação, Obrigado.

Gratidão a mim, por nunca ter desistido, foram diversas noites mal dormidas, dúvidas, cansaço e renúncias, mas também descobertas, superação e crescimento, hoje vejo o quanto amadureci durante esses anos, o quanto evolui, pessoalmente e profissionalmente; orgulho é o que define, gratidão a Deus, a vida, gratidão.

RESUMO

A recuperação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) representa um dos grandes desafios da odontologia reabilitadora, pois as desordens oclusais afetam não apenas a função mastigatória, mas também aspectos estéticos e psicossociais do paciente. Este trabalho foi desenvolvido em uma clínica escola da Universidade Federal do Pará (UFPA), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e teve como objetivo relatar um caso clínico de recuperação da DVO utilizando materiais acessíveis, como resina composta e próteses removíveis. O estudo concluiu que a utilização de materiais de baixo custo, aliada a uma abordagem conservadora e integrada, pode ser eficaz na recuperação da DVO, sem comprometer a qualidade funcional e estética do tratamento.

Palavras-chave: Dimensão Vertical; Prótese Total; Prótese Parcial Removível; Resinas Compostas; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Restoring the Vertical Dimension of Occlusion (VOD) represents one of the greatest challenges in rehabilitative dentistry, as occlusal disorders affect not only masticatory function but also the patient's aesthetic and psychosocial aspects. This study, conducted at a teaching clinic at the Federal University of Pará (UFPA), affiliated with the Unified Health System (SUS), aimed to report a clinical case of VOD restoration using affordable materials, such as composite resin and removable prostheses. The study concluded that the use of low-cost materials, combined with a conservative and integrated approach, can be effective in restoring VOD without compromising the functional and aesthetic quality of the treatment.

Keywords: Vertical Dimension; Complete Denture; Removable Partial Denture; Composite Resins; Healthcare Systems.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	Objetivo específico	13
4	RELATOS DE CASO	13
5	DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O equilíbrio dentário e de todo o sistema estomatognático favorece a determinação de uma oclusão harmônica. Para estabelecer uma oclusão funcional e estável é necessário que fatores como a dimensão vertical de oclusão (DVO) e relação cêntrica (RC) estejam em condições ideais para que o tratamento reabilitador, estético e os tecidos de sustentação do periodonto tenham longevidade (Lesage, 2019). Com o envelhecimento, podem ocorrer diversas alterações fisiológicas, patológicas e parafunções que podem incluir a diminuição da DVO, o que se caracteriza assim, uma perda de estabilidade oclusal (Cordeiro, 2021).

Segundo a pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2023, a perda dentária continua sendo uma grande problemática na população, principalmente entre os idosos de 65 a 74 anos de idade. O estudo aponta que metade dessa população em análise teve impactos na sua rotina, como dificuldade em se alimentar, falar e sorrir (SB Brasil, 2023).

A perda dos dentes tem uma repercussão negativa na saúde oral do paciente, visto que afeta a mastigação, a fonética, a relação maxilomandibular, a estética e a qualidade de vida do paciente (Santos, 2021). Para o restabelecimento das funções fisiológicas e mastigatórias é recomendado o uso de prótese dentária convencional, pois além de apresentar bons resultados estéticos, apresenta menor custo e permite melhor higienização ao paciente, devido a possibilidade de remoção. A fabricação de uma prótese é complexa, necessita de diversas etapas, como a moldagem anatômica e funcional, devido o papel crucial na retenção e estabilidade da prótese. A base da prótese deve estar bem adaptada à mucosa, oferecendo uma adequada transmissão e dissipação de forças à crista alveolar, entre outros critérios que devem ser levados em consideração para a correta construção e funcionamento deste dispositivo em boca pelo paciente (Miranda et al., 2021).

A reabilitação de dentes com desgastes severos que levam a diminuição da DVO é complexa e difícil de solucionar, sendo esse um dos grandes desafios da odontologia reabilitadora. Diversos fatores etiológicos podem estar associados à perda de estrutura dentária, como a perda de dentes posteriores e às parafunções, principalmente o bruxismo, no qual, tem sido associado ao estresse emocional e ao distúrbio do sono (Bugiga et al., 2016). A determinação de uma nova DVO não é uma ciência exata, visto ser baseada na avaliação clínica, funcional, estética e dentária,

além de ser necessário ter entendimento científico e prático das técnicas que a literatura fornece (Goldsteins, Goodacre, Macgregor, 2021).

A terapia minimamente invasiva para recuperação dos dentes com desgastes significativos dos tecidos biológicos tem sido debatida. Técnicas convencionais que utilizam de desgastes dentários para a confecção de coroas totais, além de desafiadoras, muitas vezes são invasivas e necessitam de habilidade técnica operatória, maior tempo e recurso financeiro. Porém, necessita de maior número de sessões de acompanhamento, de reparos e de polimentos em curto espaço de tempo (Loomans, 2018).

A escolha da melhor técnica é palco de grande debate entre estudiosos, visto que, diversos métodos podem ser incorporados na reconstrução da DVO. Embora tenha diversas possibilidades, nenhum protocolo foi definido, os estudos mostram que as técnicas desenvolvidas são eficazes e úteis para o uso clínico, seja com resina composta, próteses removíveis, ou coroas totais (Brasiliense, 2023).

2 JUSTIFICATIVA

Os dentes humanos com o decorrer dos anos sofrem desgastes fisiológicos, podendo ser ocasionados por fatores extrínsecos ou intrínsecos, como o bruxismo, que é uma parafunção associada ao ranger e apertamento dos dentes, ocasionando desgastes severos. Sua principal consequência é a perda de DVO, ocorrendo uma desarmonia oclusal e de todo o sistema estomatognático (Almeida, 2019).

Pacientes com desordem oclusal tendem a ter dificuldades de se alimentar, falar e até sorrir. Uma oclusão traumática pode acarretar diversas problemáticas biológicas, prejudicando todo o sistema estomatognático, com efeito nos ligamentos periodontais, tecidos pulpare, músculos da mastigação e articulação temporomandibular (Braz, 2023). A perda da altura dos dentes pode ocasionar um visual envelhecido, afetando negativamente a estética facial do paciente, além de comprometer a função mastigatória e fonética, afetando diretamente a qualidade de vida do paciente (Soares, 2023).

A reabilitação oral tem um grande papel transformador no sorriso, na qualidade de vida do paciente, no restabelecimento da função e da estética. O uso da resina composta direta como tratamento é uma possibilidade econômica viável, esteticamente aceitável, passível de ajustes em boca, o que ajuda o paciente a obter maior aceitação ao tratamento (Brasiliense, 2023).

De acordo com o programa governamental SB Brasil (2023), o Brasil possui 70% da população idosa com necessidades protéticas, dessa forma, entende-se a necessidade de os profissionais dominarem a especialidade de prótese dental e os pacientes com tais necessidades terem suas funções mastigatórias restabelecidas dentro do SUS.

Sendo assim, justifica-se a necessidade desse trabalho, pois visa expor uma abordagem integrada, conservadora e acessível para a recuperação da dimensão vertical de oclusão com resina composta direta e próteses removíveis na clínica odontológica, contribuindo assim, como um suporte para uma odontologia mais resolutiva e de menor custo.

3 OBJETIVOS

Relatar um caso clínico com diminuição de DVO até a reabilitação oral total realizado na clínica escola da Faculdade de Odontologia da UFPA. O estudo visa detalhar todas as etapas clínicas realizadas, descrever os materiais e técnicas utilizadas, além de reunir um embasamento teórico atualizado sobre a temática.

3.1 Objetivo específico

- Reestabelecer a DVO
- Devolver a função do sistema estomatognático

4 RELATO DE CASO

Paciente E. S. B, do gênero masculino, 62 anos, compareceu na clínica escola da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará para atendimento odontológico, com queixa principal de necessidade protética, devido à ausência de seus elementos dentários superiores e com necessidades de restaurações nos dentes remanescentes inferiores.

Na consulta inicial, foi realizada a anamnese detalhada, na qual o paciente relatou ausência de comorbidades sistêmicas e negou o uso prévio de próteses removíveis. Foram realizados exames clínicos intraorais, extraorais, periograma e radiografias periapicais.

No exame clínico intraoral foi observado a ausência de todos os elementos dentários superiores com o rebordo alveolar irregular (Figura 1). No arco inferior constatou-se a ausência dos dentes 45, 47 e 48, 34, 37 e 38. Os dentes remanescentes da arcada inferior 31, 32, 33, 41, 42, 43, 46, 44, 35 e 36 apresentavam-se com facetas de desgastes, além da presença de Lesões Cervicais Não Cariosas (LCNC) em forma de cunha (Figura 2). Paciente apresentou acúmulo significativo de cálculo dentário em todos os dentes e mobilidade dentária grau 1 nos dentes anteriores.

Figura 1 - Diagnóstico Inicial - Arco Superior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 2 - Diagnóstico Inicial - Arco Inferior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Ao exame extraoral, observou-se simetria facial. No entanto, constatou-se diminuição da DVO, evidenciada pela redução do terço inferior da face, aprofundamento do sulco nasolabial e comissuras labiais levemente caídas. Não foram observadas alterações em linfonodos cervicais.

No exame radiográfico, foi observada perda óssea no seguimento mesial e distal do dente 46, imagem radiolúcida no ápice do dente 44, sugestiva de lesão endodôntica, além de grande perda estrutural no terço cervical.

O plano de tratamento do paciente foi dividido em três fases:

Fase 1: Adequação bucal: raspagem supragengival e Profilaxia.

Fase 2: Reabilitação oral: Tratamento endodôntico do elemento 44, Prótese total removível superior e reanatomização dos elementos inferiores com resina composta direta, visando o ajuste da DVO.

Fase 3: Reabilitação oral: prótese parcial removível inferior.

Iniciando a primeira fase do tratamento, foram realizadas duas consultas para raspagem supra gengival, remoção de tecido mineralizado contaminado, polimento coronário e logo em seguida foi realizada profilaxia com pedra pomes e aplicação tópica de flúor.

Na segunda fase do tratamento, iniciou-se a reabilitação oral do paciente, selecionando moldeiras de estoque perfuradas para desdentado total no arco superior e moldeira de estoque perfurada para dentados no arco inferior para obter a moldagem de estudo. O material de escolha foi o hidrocoloide irreversível (Alginate Tipo II Jeltrate Dustless - Dentsply Sirona, presa regular) para a obtenção do molde. Vazou-se sobre o molde, com gesso especial tipo pedra IV (Herostone - Vigodent) para obter o modelo de estudo. Sobre os modelos de estudo foram realizadas duas bases de prova de

resina acrílica (AutoCril – Imodonto), uma com rodete de cera para a confecção da prótese total e a outra sem, para tomada do arco facial.

Com a base de prova e rodete de cera, foram determinadas as referências para a altura e largura dos dentes superiores, plano oclusal, corredor bucal e tomadas das linhas de referência para a seleção dos futuros dentes de estoque da PT superior (linha alta do sorriso, linha média dental e largura intercaninos) (Figura 3, 4, 5 e 6).

Posteriormente, foi realizada a tomada de arco facial e do registro inter-oclusal para a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável (ASA) Bio-art 4000 S. Nesta mesma sessão, foi realizada a seleção de cor dos dentes e cor de gengiva para envio ao laboratório de prótese para montagem dos dentes da PT superior (Figura 7 e 8).

Figura 3 - Base de Prova com rodete de Cera no modelo superior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 4 – Ajuste de rodete de cera em boca e linhas de referência demarcadas para a montagem de dentes



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 5 - Prova de rodete de cera superior com determinação da DVO. Nota-se espaço visível para a recuperação estética e funcional dos remanescentes dentários inferiores



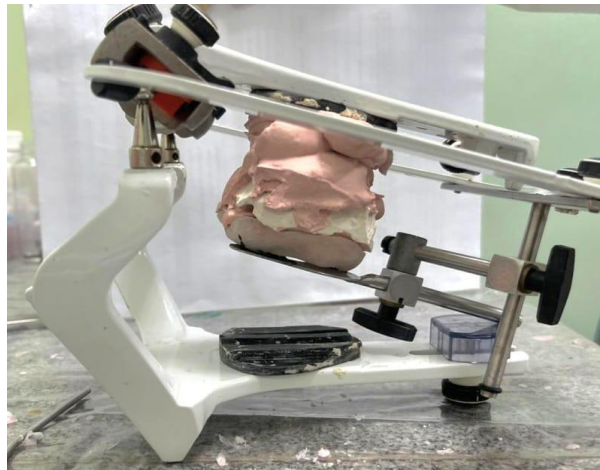
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 6 – Preparo do garfo de mordida para tomada de arco facial e montagem de modelo superior em ASA



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 7 - Montagem do arco superior em articulador semi-ajustavel (ASA)



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 8 – Montagem de dentes da PT superior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Durante o tratamento reabilitador intercalou-se o tratamento endodôntico do dente 44, no qual apresentava LCNC e exposição do conduto radicular. Para este dente realizou-se uma restauração classe V com resina composta direta Fotopolimerizável (Palfique Omnicroma - Tokuyama). Na consulta seguinte foi possível iniciar o tratamento endodôntico do dente 44, assim, realizou-se o isolamento absoluto com grampo mestre 206, acesso coronário, preparo cervical, odontometria eletrônica, instrumentação, medicação intracanal com Hidróxido de cálcio por 15 dias e selamento provisório com restaurador temporário e selamento cavitário com ionômero de vidro. Na sétima consulta, foi feita a remoção da medicação intracanal e realizado todo o sistema de irrigação, secagem do canal, prova do cone e obturação do conduto radicular com cimento obturador Sealer 26 (Dentsply Sirona) (Figura 9 e 10).

Figura 9 - Restauração Classe V no dente 44



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 10 - Raio-x do tratamento endodôntico finalizado no dente 44



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na etapa seguinte, realizou-se a prova dos dentes (Figura 11 e 12), aprovação pela equipe de alunos e professores e pelo paciente. Nessa mesma sessão, realizou-se a moldagem funcional dinâmica para a PT superior. Foi aplicado adesivo de moldeira na base de prova (Figura 13), logo em seguida iniciou-se a etapa de moldagem funcional, carregando-a com silicone de condensação leve (Perfil - Vigodent) (Figura 14). Durante o processo da moldagem de trabalho, foram realizados movimentos dos tecidos moles para registrar a dinâmica muscular na área de interesse (Figura 15). Com a moldagem de trabalho realizada, enviou-se ao laboratório para que a prótese total fosse acrilizada (Figura 16).

Finalizando, fez-se a entrega da prótese superior do paciente, os ajustes necessários na oclusão e nas áreas de compressão (Figura 17).

Figura 11 - Prova de Dentes da PT superior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 12 - Prova de Dentes, visão lateral



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 13 - Aplicação de adesivo de moldeira



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 14 - Carregamento de silicone de condensação fluido sobre a superfície interna da PT



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 15 - Moldagem funcional dinâmica



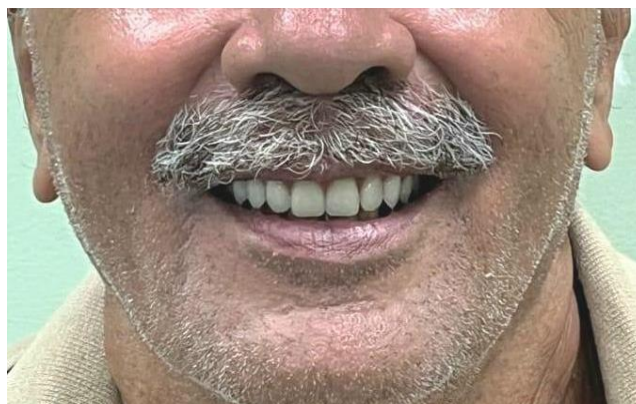
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 16 - Prótese total acrilizada com personalização da cor da gengiva e com palato incolor



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 17 - Entrega da Prótese Superior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na sequência do tratamento, foram realizadas as restaurações classe V dos dentes 46, 35 e 36 com isolamento relativo, devido à dificuldade de isolamento absoluto, utilizou-se a resina composta fotopolimerizável (Palfique Omnichroma - Tokuyama), devido a sua tecnologia de efeito “camaleão”, que se adequa a cor do substrato dentário. Em seguida realizou-se a cópia da prótese do paciente com alginato de presa rápida (Alginato Tipo II Jeltrate Dustless - Dentsply Sirona), vazamento do molde em gesso pedra especial tipo IV (Herostone - Vigodent) e tomada de arco facial para montagem do modelo superior em articulador. Em seguida, iniciou-se o enceramento de diagnóstico da arcada inferior para reanatomizar os dentes e ajustar a DVO do paciente (Figura 18). O material de escolha para reabilitar os dentes remanescentes no arco inferior foi a resina composta direta fotopolimerizável (Forma - Ultradente, cor A2B, A2E, Trans) com acréscimos da resina em faces incisal e vestibular, protocolo realizado com isolamento absoluto.

Para a confecção da face palatina dos dentes anteriores, foi utilizada uma muralha de silicone de condensação denso (Perfil - Vigodent) e obtenção da anatomia da concha lingual com resina composta fotopolimerizável translúcida (Forma – Ultradente). Na sequência, utilizou-se resina de corpo A2B (Forma – Ultradente) e finalizou-se com resina de esmalte A2E da Forma - Ultradente.

Na sessão seguinte, foram realizados acabamento e polimento com tiras de lixas e borrachas abrasivas (American Burrs), seguindo a sequência de abrasividade recomendada, e polimento com discos de feltro e pasta de polimento (Diamond Excel – FGM) (Figura 19). Sucedeu-se com os acréscimos em resina nos dentes posteriores para harmonia anatômica e contatos oclusais bilaterais.

Figura 18 - Enceramento de diagnóstico no modelo inferior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 19 - Reanatomização dos dentes Anteriores



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na terceira fase do tratamento, realizou-se a moldagem de estudo do arco inferior após a reanatomização dos dentes remanescentes com resina composta. Com o modelo de estudo em mãos, iniciou-se o processo de planejamento da Prótese Parcial Removível (PPR) inferior, realizando o delineamento, definindo o desenho, os grampos, o eixo de entrada e de saída da PPR. O paciente foi classificado como classe III de Kennedy, modificação 1.

De acordo com o planejamento da PPR inferior, definiu-se grampos circunferenciais simples para os dentes 35, 44 e 46, grampo MDL modificado no dente 33, placa lingual como conector maior, em substituição à barra lingual, devido a presença de tórus mandibular e promoção de uma contenção dos dentes anteriores devido mobilidade dentária leve (Figura 20 e 21).

Após a definição de todos os apoios e nichos no modelo de estudo, realizou-se o preparo em boca. Para a moldagem funcional, fez-se a seleção de moldeira de estoque, utilizou-se a técnica de dupla moldagem, primeiro copiando-se as estruturas com o auxílio do material tipo silicone de condensação denso e papel celofane para criação de alívio, em seguida removeu-se o papel celofane e fez-se a finalização da moldagem com silicone de condensação leve (Figura 22).

Vazou-se o modelo de trabalho com gesso pedra especial tipo IV (Herostone - Vigodent) e encaminhou-se para o laboratório de prótese para confecção da estrutura metálica e placa base de acrílico transparente e rodete de cera. Realizou-se o registro inter-oclusal, seleção de cor dos dentes e de gengiva e a montagem de dentes em ASA. Na sessão seguinte fez-se a prova de dentes, os ajustes necessários e encaminhou-se ao laboratório para acrilização da prótese (figura 23).

Na sessão da entrega da prótese ao paciente, realizou-se os ajustes necessários (Figura 24, 25 e 26). O paciente foi orientado acerca da higienização de suas próteses e orientação de saúde bucal.

Após a conclusão do caso, foi notória a satisfação do paciente, podendo voltar a sorrir, comer e falar de forma adequada, trazendo harmonia para a face e todo o sistema estomatognático.

Figura 20 - Delineamento do arco inferior e delimitação do equador protético



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 21 – Visualização das áreas de retenção após o delineamento



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 22 - Moldagem Funcional – técnica de dupla moldagem



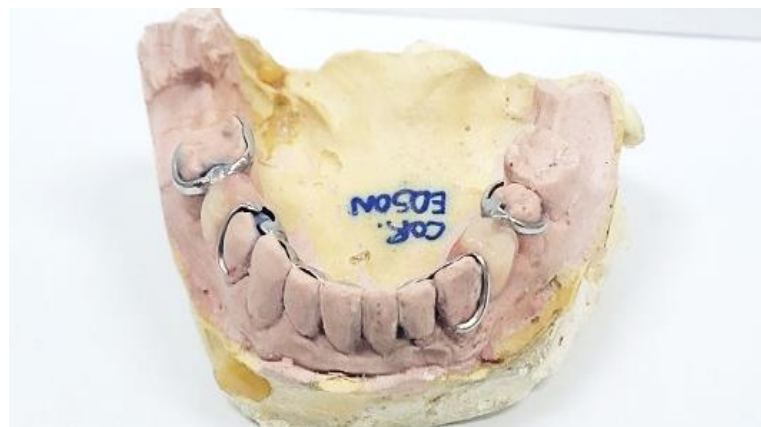
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 23 – Infra estrutura metálica e montagem para prova de dentes de PPR inferior



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 24 – Prótese Parcial Removível acrilizada.



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).



Figura 25 - Entrega da PPR e ajustes



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 26 - Resultado Final



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

5 DISCUSSÃO

A recuperação da Dimensão Vertical de Oclusão é um dos grandes desafios na reabilitação oral. Essa é uma das etapas mais importantes do processo reabilitador, então, se torna necessário um correto diagnóstico, planejamento e execução das etapas clínicas (Costa, 2017). A perda dentária precoce afeta negativamente muitos aspectos psicossociais do paciente, como a vergonha de sorrir e falar, além de afetar a saúde bucal, principalmente no que se refere ao ato de mastigar, sendo assim, a indicação de tratamentos reabilitadores é de suma importância para o paciente, pois são capazes de proporcionar um sentimento de inclusão, pertencimento e aceitação (Laport, 2017).

O presente caso clínico relatou a reabilitação oral de um paciente com significativa redução da dimensão vertical de oclusão, inicialmente sendo realizada uma Prótese Total Superior, seguida por reanatomização dos dentes do arco inferior com resina composta e posteriormente finalizou-se com a instalação de PPR convencional no arco inferior. A sequência do tratamento foi cuidadosamente planejada, a fim de obter resultados estéticos e funcionais satisfatórios, além de uma abordagem integrada, conservadora e acessível para que fosse possível a execução das etapas clínicas no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira etapa do plano terapêutico foi a adequação do meio bucal, condição indispensável para qualquer reabilitação oral de sucesso. Segundo Okida et al (2019), o controle de placa, remoção de cálculos e a eliminação de focos infecciosos reduzem significativamente os riscos de falhas restauradoras. Neste caso, a raspagem supragengival foi realizada para eliminar acúmulo de biofilme e cálculo dental, que estavam presentes em todos os dentes inferiores, promovendo assim, um ambiente oral saudável. Além da realização do tratamento endodôntico, já que a literatura evidencia que dentes com comprometimento pulpar e envolvimento periapical devem ser tratados antes de receberem qualquer carga mastigatória ou função protética, especialmente quando se planeja seu uso como pilar em uma prótese futura (Okida, 2019).

O diagnóstico da perda da DVO deve ser baseado em múltiplos fatores clínicos, como o colapso do terço inferior da face, a perda de suporte labial, a redução da eficiência mastigatória e alterações na fala, além da observação dos desgastes dentários e histórico funcional do paciente (Cordeiro, 2021). No caso relatado, o paciente apresentava características faciais compatíveis com essa perda, além de

ausência dentária superior e desgaste severo nos dentes inferiores. A definição da nova DVO foi conduzida com base em referências clínicas, estabilidade oclusal e conforto do paciente, conforme preconizam Goldstein et al. (2021).

Para a obtenção da prótese total, foi escolhida a técnica simplificada ao invés da convencional. Os métodos de confecção da prótese total podem variar, porém, há um consenso de que, nas etapas laboratoriais e clínicas, quando aplicada a técnica convencional, exigem do profissional e do paciente tempo maior para sua confecção, enquanto que estudos recentes realizados por Ye Y et al (2016) mostram que algumas das etapas que são indispensáveis, como, a dupla moldagem não interfere na qualidade da prótese, assim como por Kachhara et al (2020) confirma que, os métodos simplificados ganham espaço dentro do mercado odontológico pela sua praticidade (Ye Y, 2016; Kachhara, 2020). O autor ressaltou ainda em seu estudo que o método simplificado para a confecção da PT é confiável, podendo ser empregado nos sistemas públicos de saúde, por ser um tratamento rápido, mais barato e de fácil execução. A forte ênfase nos protocolos tradicionais de moldagem em PT pode ser dogmática, visto que as etapas meticulosas tradicionais ensinadas nos livros, nas faculdades de odontologia e na universidade, não são as únicas formas de se obter bons resultados sem perda da qualidade. Ensaio clínicos sugerem que métodos simplificados podem ser aplicados no dia a dia clínico visto que reduzem tempo clínico, exigem menos visitas ao consultório, trazem bons resultados e com redução de custo (Resende, 2019). Assim como Buscariolo et. al., (2023), afirma em seu estudo que o método simplificado é seguro de se utilizar principalmente nas etapas de moldagens, confirmando resultados anteriores e ressalta ainda que, não houve diferença na qualidade do resultado final da prótese total utilizando métodos convencionais ou simplificados.

Do ponto de vista terapêutico, optou-se por uma abordagem que priorizou técnicas conservadoras, acessíveis e com bom respaldo na literatura. A escolha da resina composta direta fotopolimerizável para reanatomização dos dentes inferiores foi estratégica, não apenas por sua viabilidade econômica, mas também por seu caráter minimamente invasivo, reversível e passível de reparos. Os materiais dentários passaram por anos de evolução, a fim de inovar e mimetizar o mais próximo possível os dentes naturais, resultando em maior conforto ao paciente, maior durabilidade e mais naturalidade (Talon, 2024).

Para este caso clínico foi escolhido a realização de reconstruções diretas com resina composta nos dentes inferiores, tanto anteriores quanto posteriores, pois devido a evolução dos sistemas adesivos, é possível a obtenção de resultados clínicos satisfatórios, com função, estética e resistência, além de ser um material de baixo custo (Cardoso, 2024). Levando em consideração que este caso foi realizado no cenário SUS em uma clínica escola da Faculdade de Odontologia da UFPA, a escolha desse material atendeu as expectativas do paciente. Outras técnicas poderiam ser aplicadas, como a utilização de materiais cerâmicos ou resinosos reforçados por cerâmicas, que tem grande relevância no mercado, pois são materiais utilizados há décadas e conseguem alcançar resultados incríveis, porém exigiriam desgastes dentários, maior tempo de resolução e elevaria o custo do procedimento devido a necessidade de terceirização de serviço (Medeiros, 2023).

A última etapa do tratamento do paciente consistiu na execução da Prótese Parcial Removível (PPR) inferior, pois o paciente apresentava espaços edêntulos, que poderiam comprometer a função mastigatória e o equilíbrio oclusal. Segundo Figueiredo (2020) o planejamento cuidadoso da PPR, com atenção à biomecânica dos grampos e conectores são essenciais para garantir uma distribuição das forças, preservando assim, os dentes remanescentes (Figueiredo, 2020). A escolha da PPR como tratamento reabilitador para o caso clínico foi devido ser um tratamento consagrado na literatura, ter boa resolução, custo-benefício e tempo compatíveis, já que, outra alternativa de tratamento reabilitador para as ausências unitárias apresentadas seria a instalação de implantes dentários. Porém, segundo Giroto et al. 2022, a PPR pode ser a única opção viável de tratamento quando existem limitações financeiras ou de ordem relacionada a saúde geral do paciente.

Com a estabilidade oclusal restabelecida, foi possível devolver ao paciente requisitos mastigatórios, fonéticos e estéticos que há tempos ele não vivenciava e isso visivelmente afetou diretamente na qualidade de vida desse paciente, por serem fatores que trazem limitações sociais, como a vergonha em se comunicar, sorrir e transtornos psicológicos (Muniz, 2022). Sendo assim, a escolha de uma abordagem que combinou as especialidades da periodontia, endodontia, dentística e prótese dental, demonstrou ser uma estratégia viável e resolutiva, principalmente no contexto de atendimento odontológico do SUS. O presente caso reforça que é possível alcançar resultados estéticos e funcionais satisfatórios com recursos mais simples, de baixo custo, desde que utilizados com critérios clínicos e técnicos.

Com a realização de todas as fases propostas no plano de tratamento, foi possível alcançar os objetivos relacionados ao reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão e a devolução funcional do sistema estomatognático. O paciente apresentava sinais clínicos compatíveis com a perda da dimensão vertical de oclusão, como a diminuição do terço inferior da face, acentuação do sulco nasolabial e comissuras labiais caídas. Após a reabilitação oral, observou-se uma melhora estética facial perceptível, com recuperação do suporte labial, harmonia do sorriso e proporção facial mais equilibrada.

Os benefícios obtidos com o tratamento vão além dos aspectos mecânicos da reabilitação oral. O impacto psicológico e social foi evidente, refletido na melhora da autoestima, na confiança para sorrir e se comunicar, e na retomada de interações sociais que antes eram limitadas. Esses aspectos psicossociais são tão relevantes quanto os resultados clínicos obtidos e vêm sendo amplamente valorizados na literatura atual, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Soares, 2023).

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que a reabilitação oral de pacientes com diminuição da dimensão vertical de oclusão pode ser realizada por meio de uma abordagem integrada, conservadora e acessível. A integração entre as técnicas restauradoras e as próteses removíveis quando bem planejada e executada de forma criteriosa, são eficazes na recuperação funcional do sistema estomatognático, na estética e autoestima do paciente. Assim, conclui-se que o reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de recursos restauradores com resina composta direta e próteses removíveis são uma alternativa clínica segura e eficaz, principalmente quando aplicadas a pacientes com baixos recursos financeiros, podendo ser amplamente utilizada no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.; MOREIRA, G.; JUNIOR, A. **Recuperação da dimensão vertical de oclusão por meio de laminados cerâmicos minimamente invasivos.** *Revista FAIPE*, v. 9, n. 2, p. 1–6, 2019.

BARRETO, J. O. et al. **Impactos psicossociais da estética dentária na qualidade de vida de pacientes submetidos a próteses: revisão de literatura.** *Archives of Health Investigation*, v. 8, p. 48–52, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Santos 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 537 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final.pdf. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASILIENSE, F. **Aumento de DVO com resina composta.** [S. l.], 2025. Disponível em: <https://biblioteca.slmandic.edu.br/TerminalWebRI/acervo/detalhe/188781?guid=1728864005966>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRAZ, L. P. **Protocolo de organização para diagnóstico e planejamento assertivos de reabilitações complexas.** [S. l.], 2025. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/f094292e-7c16-4b21-aa89-cad2e2fd7b0d>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BUGIGA, F. B. et al. **Restabelecimento da dimensão vertical em paciente com desgastes dentais severos: relato de caso clínico.** *Journal of Oral Investigations*, v. 5, n. 2, p. 45–52, dez. 2016.

BUSCARIOLO, V. M. et al. **Há viabilidade no uso de técnica simplificada de moldagem para confecção de uma prótese total?** *Deleted Journal*, v. 41, n. 3, 28 nov. 2023.

CARDOSO, A. B. C. et al. **Evolução dos adesivos dentinários: revisão de literatura.** *ARACÊ*, v. 6, n. 2, p. 3700–3711, 28 out. 2024.

CORDEIRO, D. C. F. **Restabelecimento de DVO em pacientes dentados com hábitos parafuncionais: revisão de literatura.** 2021. Disponível em: <http://www.repositorioguaiaca.com.br/jspui/bitstream/23102004/275/1/Restabelecimento%20de%20DVO.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2025.

COSTA, M. M. et al. **Reabilitação oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay: relato de caso.** *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 26, n. 77, p. 66–70, 2017.

DE FIGUEIREDO, V. M. G.; ARCOVERDE, L. M. M.; GRANGEIRO, M. T. V. **Considerações biomecânicas sobre suporte, retenção e estabilidade em prótese parcial removível convencional: uma revisão narrativa da literatura.** *Journal of Dentistry & Public Health*, v. 11, n. 2, p. 199–215, 15 dez. 2020.

GIROTTTO, A. et al. **O uso da prótese parcial removível na reabilitação oral.** *Revista Científica Multidisciplinar*, v. 3, n. 8, e1805, 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/362663923>. Acesso em: 1 maio 2025.

GOLDSTEIN, G.; GOODACRE, C.; MACGREGOR, K. **Occlusal vertical dimension: best evidence consensus statement.** *Journal of Prosthodontics*, v. 30, supl. 1, p. 12–19, 2021. DOI: 10.1111/jopr.13315.

KACHHARA, S.; NALLASWAMY, D.; GANAPATHY, D. M.; MAITI, S. **Uma revisão sistemática abrangente em busca de evidências para alterações pragmáticas em dentaduras simplificadas.** *Journal of Advanced Oral Research*, v. 12, n. 1, p. 24–33, 2021. DOI: 10.1177/2320206820953965.

LAPORT, L. B. R. et al. **Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível: relato de caso.** *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 20, n. 1, p. 108–114, 2017. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173602.pdf. Acesso em: 1 maio 2025.

LESAGE, B. P. **CAD/CAM: applications for transitional bonding to restore occlusal vertical dimension.** *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, v. 32, n. 2, p. 132–140, 2020. DOI: 10.1111/jerd.12554.

LOOMANS, B. A. C. et al. **Clinical performance of full rehabilitations with direct composite in severe tooth wear patients: 3.5 years results.** *Journal of Dentistry*, v. 70, p. 97–103, mar. 2018.

MEDEIROS, C. M. et al. **Reabilitação estética e funcional inferior com aumento de dimensão vertical de oclusão: relato de caso.** *Revista de Odontologia de Araçatuba*, v. 44, n. 3, p. 21–26, 2023.

MIRANDA, G. P. et al. **Moldeira individual modificada para realização da moldagem funcional e registro interoclusal na mesma consulta.** *Archives of Health Investigation*, v. 10, n. 2, p. 340–344, 2021.

MUNIZ, M. B. M. et al. **Oral rehabilitation with composite resin facets and the influence on quality of life – case report.** *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, p. e23611326467, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26467. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26467>. Acesso em: 5 maio 2025.

OKIDA, R. et al. **Adequação do meio bucal para restaurações estéticas: relato de caso.** *Revista Odontológica de Araçatuba*, n. 3, p. 28–33, 2019.

RESENDE, G. P.; NOGUEIRA, T. E.; LELES, C. R. **Effectiveness of a simplified method for final impression in complete denture treatment: a pragmatic clinical trial.** *Gerodontology*, v. 36, n. 4, p. 365–373, 2019. DOI: 10.1111/ger.12411.

SANTOS, K. S. DE S. et al. **Restabelecimento da estética do sorriso por meio de prótese total imediata / Restoration of smile aesthetics through immediate**

complete denture. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 4, p. 40216–40228, 2021.

SOARES, K. D. A. **A dimensão vertical da oclusão e sua influência na qualidade de vida dos pacientes: revisão de literatura.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário UNIRB, Salvador, 2023. Disponível em: <http://dspace.unirb.edu.br/xmlui/handle/123456789/686>. Acesso em: 15 jun. 2025.

TALON, Loris Frédéric. **Evolução das próteses removíveis ao longo dos séculos e seu futuro.** 2024. Dissertação (Mestrado) – Egas Moniz School of Health and Science, Portugal, 2024. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/3ee0fce2b36efb503066dfcb44983955/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 03 mar. 2025.

YE, Y.; SUN, J. **Simplified Complete Denture: A Systematic Review of the Literature.** Journal of Prosthodontics, v. 26, n. 4, p. 267–274, 24 fev. 2016.