

DISSERTAÇÃO

CAVALCANTE, Jeane Batista dos Santos ^[1], ÁVILA, Marcelo de Faria Souza ^[2]

CAVALCANTE, Jeane Batista dos Santos. ÁVILA, Marcelo de Faria Souza. Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 04, Vol. 11, pp. 118-135. Abril de 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/exames-clinicos>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/exames-clinicos

Contents

- RESUMO
- 1. INTRODUÇÃO
- 2. PROPOSIÇÃO
- 3. RELATO DE CASO CLÍNICO
- 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS
- ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESUMO

A reabilitação oral restabelece a correta relação maxilo-mandibular, dando capacidade mastigatória, estética facial e o bem-estar do paciente. Esta reabilitação está ligada a um bom planejamento do caso, para levar a um diagnóstico correto, sendo assim, é preciso avaliar o paciente como um todo. Este trabalho propõe e ilustra uma sequência de exames clínicos e complementares básicos para diagnóstico, planejamento e execução de reabilitação oral de pacientes em colapso oclusal severo. Com a tomada de fotos e montagem dos modelos de estudo no articulador para entender o inter-relacionamento dentário nos movimentos funcionais do paciente, considerando na análise da oclusão, como relação cêntrica, máxima intercuspidação, dimensão vertical de oclusão, dimensão vertical de repouso, guia anterior dos movimentos mandibulares, guia canina dos movimentos de

Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

lateralidade, desgastes oclusais e contatos prematuros. Concluímos que é de suma importância a minuciosa análise oclusal do paciente através de meios simples e eficientes para o restabelecimento de uma oclusão ideal em um paciente em colapso oclusal severo, facilitando o diagnóstico e planejamento da reabilitação oral do paciente.

Palavras-chave: Exames básicos, Reabilitação, Colapso oclusal.

1. INTRODUÇÃO

Fragoso (2005) relata que a reabilitação oral restabelece a correta relação maxilo-mandibular, dando capacidade mastigatória, estética facial e o bem-estar do paciente. Tal reabilitação frequentemente pode envolver procedimentos invasivos e de caráter irreversível, como a confecção de coroas, pontes fixas e a realização de procedimentos endodônticos. As próteses parciais removíveis são modalidades terapêuticas de primeira escolha, uma vez que agem corrigindo a dimensão vertical e o plano oclusal, sem exigir alterações nos dentes e proporcionando melhor relação custo-benefício.

Amaro (2013) defende que previamente à reabilitação oral em pacientes com disfunção temporomandibular associada a bruxismo, deve-se avaliar e restabelecer uma Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) saudável a esse paciente, com função estabelecida e conforto na oclusão. O restabelecimento da relação maxilomandibular é condição necessária para que uma adequada reabilitação oral seja executada, devolvendo, assim, a estética e a função perdida. Nos casos de alteração da dimensão vertical (DV) onde ocorreu um desgaste acentuado dos elementos dentários, é indispensável o restabelecimento da nova condição de normalidade oclusal de DV, através da utilização de próteses provisórias ou de um dispositivo interoclusal, até o paciente relatar conforto, como foi relatado anteriormente.

Segundo Fragoso (2005), pacientes portadores de colapso oclusal posterior necessitam ser prontamente reabilitados, de modo a reduzir a aplicação de forças destrutivas aos dentes anteriores e ao seu tecido periodontal. Tal colapso oclusal e a perda da dimensão vertical de oclusão podem ser causadas pelo desgaste excessivo ou por perdas dos dentes.

Rodrigues (2010) relata que a diminuição da DVO geralmente está associada à perda da estabilidade oclusal posterior e/ou à presença de hábitos parafuncionais. A alteração na DVO

Protocolo De Exames Clinicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

configura como uma das principais consequências da disfunção do sistema mastigatório. Ao exame intra-bucal, ausências dentárias associadas às facetas de desgaste do esmalte nas superfícies oclusais dos elementos remanescentes, confirmam as suspeitas de que a perda da DVO gera um colapso oclusal.

McCulloch (2003) relata que a oclusão alcançada durante movimentos mandibulares funcionais normais, tais como engolir e mastigar, ocorre dentro de um espaço relativamente pequeno chamado envelope de movimento. Movimentos anormais são disfuncionais, causados pelo desarranjo do disco articular e hipertrofia muscular. A atividade parafuncional é geralmente habitual onde o paciente muitas vezes ignora esses movimentos, incluindo bruxismo, apertamento, postura da mandíbula, mordida de lábio e lápis. Essas atividades podem criar forças excessivas entre os dentes ou produzir forças normais em uma frequência anormal, produzindo o risco de fraturas em cúspides ou restaurações, aumento da mobilidade dentária, fadiga muscular, e desgaste dentário. Uma oclusão de funcionamento harmonioso permite movimentos suaves e ininterruptos sobre a área de contato dentário. Algumas oclusões podem não permitir tais movimentos livres, mas o paciente não exhibe os problemas descritos, isso porque seu sistema neuromuscular se adaptou à desarmonia. No entanto, se for feita uma restauração que altere a oclusão, a capacidade adaptativa do sistema pode ser excedida, levando aos sinais e sintomas listados acima.

Rodrigues (2010) descreve a oclusão ideal como aquela que permite a realização de todas as funções fisiológicas próprias do sistema estomatognático e preserva a saúde de suas estruturas constituintes. Dentre as características oclusais desejáveis em procedimentos reabilitadores está a incorporação de uma DVO fisiológica. Com isso, o estabelecimento de uma relação maxilo-mandibular no plano vertical requer cuidados de muitos fatores tais como: DVR, DVO, fonética, mastigação e deglutição. Davies (2001) complementa dizendo que na oclusão saudável a máxima intercuspidação habitual está em relação cêntrica com orientação anterior livre de interferências posteriores e é descrita como um contato oclusal que é: “em linha com o longo eixo do dente e simultâneo com todos os outros contatos oclusais na boca”. Isto significa a eliminação de contatos inclinados.

Machado (2013) relata que na presença de interferências oclusais, os músculos podem alterar a posição da mandíbula na tentativa de proteger os dentes e absorver toda a força muscular durante o movimento de fechamento. Esse padrão de atividade muscular alterada

Protocolo De Exames Clinicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

pode impedir que os côndilos sejam posicionados adequadamente na fossa mandibular, dificultando o alcance da posição de Relação Centrica (RC). Deve-se considerar a importância dos contatos oclusais para o sucesso do tratamento odontológico, mantendo a estabilidade oclusal e a harmonia orofacial, pois interferências oclusais podem implicar danos a todo o sistema estomatognático, incluindo dentes, estruturas de suporte, sistema neuromuscular e articulações temporomandibulares.

Marques (2010) defende que para o restabelecimento do equilíbrio oclusal alterado pelos desgastes avançados, pode ser requerido um ajuste oclusal previamente à reabilitação estética e funcional do paciente. Diante da perda das guias mandibulares o ajuste oclusal na posição de (RC) se torna muitas vezes uma opção indispensável. A necessidade da RC se justifica por representar uma posição fisiológica mais retraída da mandíbula em relação à maxila. A estabilização da mandíbula numa posição mais posterior favorece o ganho de espaço para reanatomização de dentes anteriores desgastados.

Com base nos conceitos revisados acima, é lícito concluirmos que sempre que nos deparamos com condições clínicas de agravos estruturais, como perda de estruturas anatômicas dentais funcionais, alterações periodontais, mudanças de posições dentárias, perdas de dentes, nos encontramos diante de um sistema mastigatório com sinais de sobrecargas biomecânicas, onde alterações posturais, parafunções musculares e instabilidades articulares, são frequentemente presentes. Para o desenvolvimento de planejamento de tratamento que vise devolver a habilidade de tal sistema a funcionar em equilíbrio, torna-se fundamental um bom diagnóstico, baseado na consideração de todos os fatores envolvidos. Para o esboço de tal diagnóstico, precisamos avaliar o paciente como um todo, realizando uma boa anamnese, exame clínico criterioso e exames complementares.

Segundo Olival (2008) o tratamento odontológico deve se iniciar com a anamnese, não podendo ser negligente na realização da mesma. Sabe-se que deve ser coletado o histórico de saúde geral do paciente, como tipos de alergias, medicações administradas, cirurgias realizadas, algum comprometimento sistêmico, e principalmente seu histórico odontológico, tratamentos já realizados, motivo de perdas ou fraturas dentárias, dores ou desconfortos orofaciais, presença de hábitos parafuncionais, entre outros.

Pegoraro (2013) afirma que no exame físico extrabucal é importante avaliarmos o aspecto

Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

facial do paciente, verificando DV, suporte de lábio e linha do sorriso. No caso de DV diminuída encontra-se um aspecto facial típico, com redução do terço inferior da face, projeção do mento, intrusão dos lábios e aprofundamento dos sulcos nasogenianos, caracterizando um colapso facial. No caso de DV aumentada, podem-se encontrar face demasiadamente alongada, sintomatologia muscular, dificuldade de deglutição e de mastigação, alteração na fala devida a contatos dentários desagradáveis durante a fonação. O suporte labial pode ser perdido decorrente de grande reabsorção no sentido horizontal na região anterior da maxila. A linha do sorriso é um importante item a ser observado para reabilitações estéticas, sendo classificada como alta, média ou baixa. Ainda na avaliação extraoral observa-se a pele da face e deve ser feita a palpação dos tecidos de suporte, musculatura e Articulação Temporo Mandibular (ATM).

Ainda de acordo com Pegoraro (2013), no exame clínico intrabucal inspecionam-se tecidos moles, músculos, dentes, periodonto e relações oclusais. Começando pelos tecidos moles: mucosas, língua e demais tecidos. Em relação ao exame dos dentes remanescentes é importante avaliar cáries e restaurações existentes, já que um dente pode ser selecionado para ser pilar de PPF ou PPR e também é necessário examinar a adaptação marginal das coroas existentes. Fatores como cor, forma, tamanho, textura dos dentes, linha média, fundo escuro da boca, corredor bucal, grau de abertura das ameias incisais, plano oclusal, qualidade do tecido gengival e necessidade ou não de gengiva artificial devem ser considerados em relação à estética durante o exame do paciente. Ainda no exame intraoral, deve ser realizado um exame minucioso da oclusão, onde o profissional diferencie a oclusão patológica da funcional. Deve-se observar guia lateral pelos caninos, sempre que possível, guia anterior pelos incisivos durante o movimento protrusivo e, em ambos os casos, sem nenhum contato oclusal no lado de não trabalho nos dentes posteriores e harmonia com as ATMs e com a DV adequadamente mantida ou corretamente estabelecida.

Para fazer um diagnóstico completo e executar um correto plano de tratamento para uma reabilitação oral adequada, deve-se utilizar de alguns exames complementares, como radiografias, fotografias e modelos de estudo montados em articulador semi ajustável. São vistas nas radiografias dados sobre lesões ósseas, raízes residuais e corpos estranhos, quantidade e qualidade óssea, anatomia radicular e qualidade de tratamento endodôntico (PEGORARO, 2013).

Protocolo De Exames Clinicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

Terry (2008) enfatiza que durante a avaliação do pré-tratamento, a fotografia digital é uma ferramenta de diagnóstico inestimável. Proporciona ao clínico, especialista e técnico uma visualização instantânea do ambiente clínico sem a necessidade da presença do paciente. Além disso, a fotografia digital pré-operatória pode ser utilizada como uma ferramenta significativa de codiagnóstico que muitas vezes influencia o paciente aceitar tratamento.

Saliba (2018) afirma que o planejamento, inicialmente, deve ser orientado por critérios estéticos e, então, estes critérios guiarão a manutenção ou reconstrução das estruturas, da função e da biologia do sistema mastigatório. O autor afirmou também que o conceito *Digital Smile Design* (DSD) surgiu com a necessidade da melhora na comunicação entre o técnico de prótese dentária e o cirurgião dentista. O planejamento de um tratamento que será realizado se inicia no nível macro através de vídeos e fotografias, que permitem em um primeiro momento uma análise facial do paciente e análise do sorriso.

Segundo Pegoraro (2013) é necessário que modelos de estudo sejam montados em Articulador semi ajustável na posição de RC. O autor cita suas funcionalidades: registro da situação inicial do paciente; observação dos contatos que conduzem a mandíbula da RC para a MIH; observação do movimento que a mandíbula executa de RC para MIH; observação facilitada das relações intermaxilares; observação dos efeitos de um possível ajuste oclusal; observação facilitada das inclinações unilaterais dentais; enceramento diagnóstico; confecção de coroas provisórias; confecção de guia cirúrgico para instalação de implantes.

Nassar (2012) relata que nos registros de movimentos, todos os impulsos proprioceptores que controlam o fechamento mandibular devem ser bloqueados para evitar desvios e, assim, possibilitar o registro correto de (RC). Esses impulsos são responsáveis pela consciência da posição da mandíbula no espaço e os orientam para os contatos habituais. O Jig de Lucia é uma técnica aplicada por cirurgiões-dentistas para promover a reprogramação neuromuscular em indivíduos normais ou em pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) do sistema mastigatório. Sua finalidade é a estabilização da mandíbula sem a interferência de contatos dentários, mantendo assim uma condição harmônica do arco reflexo da abertura e fechamento da boca.

2. PROPOSIÇÃO

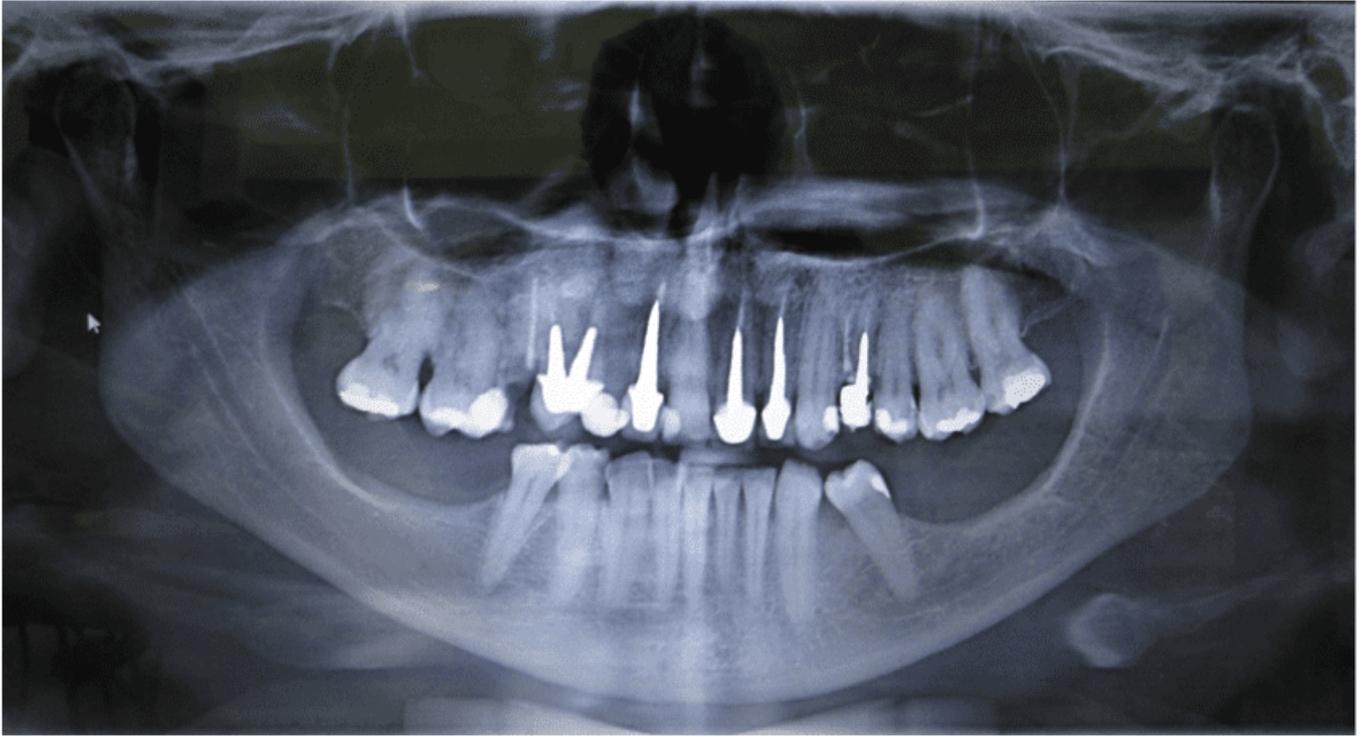
Através da descrição de casos clínicos realizados durante o curso de especialização em Prótese Dentária da Faculdade São Leopoldo Mandic do Rio de Janeiro. Este trabalho propõe e ilustra uma sequência de exames clínicos e complementares básicos para diagnóstico, planejamento e execução de reabilitação oral de pacientes em colapso oclusal severo.

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, com idade de 51 anos, apresentou-se à clínica de prótese dentária da Faculdade São Leopoldo Mandic queixando-se da fratura de dois dentes, dificuldade de mastigação e aparência dos dentes. Após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por parte do paciente, realizou-se anamnese e foi constatado que a paciente possuía nenhum problema de saúde.

Na radiografia panorâmica (figura 1) foi observado imagem radiopaca sugestiva de restaurações nos elementos 17, 16, 13, 23, 25, 26, 27 e 34; imagem radiopaca sugestiva de núcleos metálicos fundidos nos elementos 14, 12, 21, 22 e 24; imagem radiopaca sugestiva de tratamentos endodônticos nos elementos 15, 12, 21, 22, e 24. Foram feitas radiografias periapicais para confirmar indicação de exodontias dos elementos 15 e 24. Ausência dos elementos 35, 36, 37, 46 e 47.

Figura 1 - Radiografia Panorâmica.



Fonte: Autoria própria.

No exame extraoral pode se notar alguns pontos como a perda de suporte dos tecidos periorais e acentuação do sulco naso-labial (figura 2A), podendo caracterizar perda de dimensão vertical. Como referência de confirmação da alteração de alinhamento incisal dos dentes anteriores inferiores, modificando a linha de sorriso devido aos desgastes dentários, utilizamos os protocolos de montagem de dentes em próteses totais descritos na literatura (TAMAKI, 1983), que apontam para a exposição de 2 mm de bordas incisais acima do lábio inferior, quando o paciente se encontra em dimensão vertical de repouso (figura 2).

Figura 2 - Paciente de perfil em MIH e paciente de frente em repouso.

Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico



Legenda: A) Paciente de perfil com perda de suposte labial e acentuação do sulco naso-labial; B) Referência de linha úmida do lábio sem mostrar os dentes anteriores inferiores.

Fonte: Autoria própria.

No exame intraoral foi constatado retração gengival dos elementos 13, 23, 32 e 44, desgaste nas incisais dos incisivos e caninos inferiores (figura 3).

Figura 3 - Visão oclusal da arcada superior e inferior.



Fonte: Autoria própria.

Foram feitas fotos da relação maxilomandibular em MIH, Protrusiva visão do lado direito e

Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

esquerdo, Lateralidade direita e esquerda mostrando lado de trabalho e balanceio. Em MIH (figura 4) observa-se desvio de linha média, extrusão dos elementos 15, 16, 17, 25 e 26, alterações das curvas de Spee e Wilson. Quando feito movimento de protrusão houve toque nos elementos 11 x 42 e 22 x 31 e desocclusão dos demais elementos (figura 5). Quando feito movimento de lateralidade direita, no lado de trabalho há toque dos elementos 15 x 45, ponta de cúspide mesial do 16 x 45 e 12 x 43, no lado de balanceio não há toque (figura 6). Quando feito movimento de lateralidade esquerda, no lado de trabalho há toque dos elementos 24 x 34 e 22 x 32, no lado de balanceio não há toque (figura 7).

Figura 4 - MIH lado direito e lado esquerdo.



Fonte: Autoria própria.

Figuras 5 - Protrusão lado direito e lado esquerdo.



Fonte: Autoria própria.

Figura 6 - Lareralidade do lado direito e lado de balanceio.



Fonte: Autoria própria.

Figura 7 - Lateralidade do lado esquerdo e lado de balanceio.



Fonte: Autoria própria.

Foi realizada a moldagem com alginato da arcada superior e inferior e obtenção dos modelos de estudo com gesso Tipo IV, foi obtida a referência de posição do plano oclusal superior em relação ao eixo articular da paciente com registro em arco facial e montagem do modelo superior no articulador semi-ajustável. Na mesma consulta foi confeccionado o JIG com resina acrílica autopolimerizável nos incisivos superiores (Figura 8), de modo que só houvesse um toque dos incisivos inferiores no dispositivo em RC, proporcionando uma desocclusão máxima de 2 milímetro entre os dentes posteriores. A paciente foi orientada a usar o JIG 2 horas antes da próxima consulta e permanecer com ele até ser atendida, objetivando a desprogramação da memória muscular, para auxiliar a tomada de registro

postural da mandíbula em relação central. Devido à ausência dos molares inferiores caracterizando condição clínica de arco inferior com extremo livre foi confeccionado uma base de prova em acrílico e com plano de orientação em cera para o registro de contatos oclusais contra dentes superiores (figura 8) e estabilização do modelo inferior, para articulação haver estabilidade na montagem do modelo inferior no articulador.

Figura 8 - Paciente com Jig e plano de orientação em cera posicionados.



Fonte: Autoria própria.

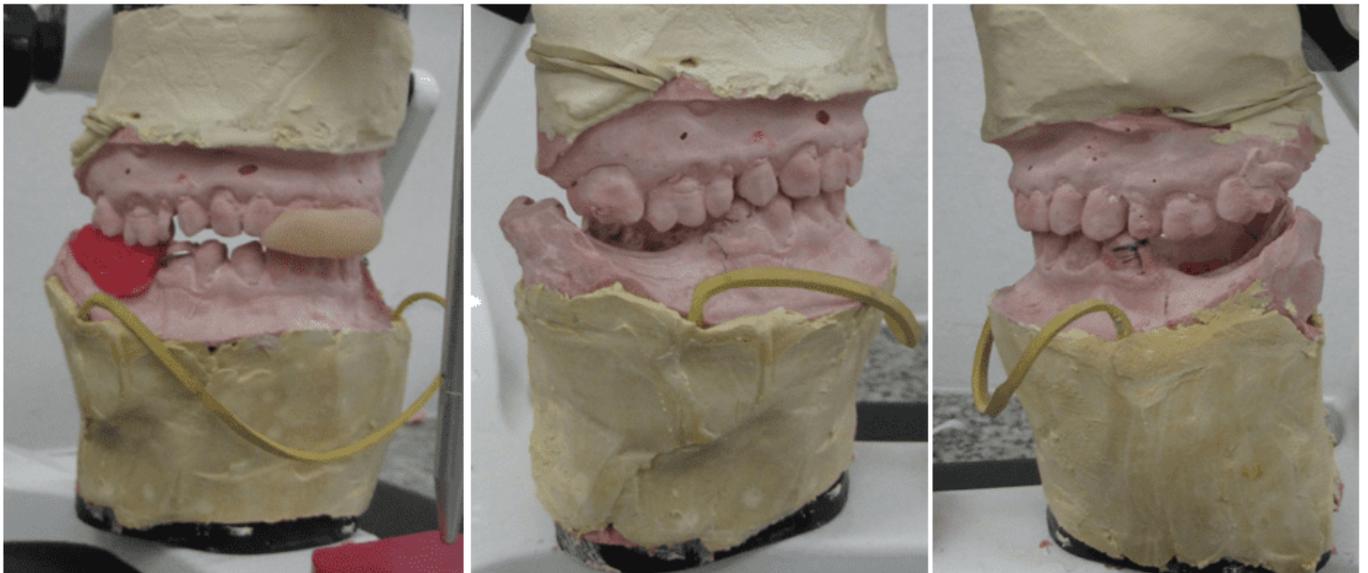
Fotos dos modelos superior e inferior articulados em posição de relação central com auxílio de JIG e plano de orientação, montados no articulador em observação da oclusão em relação central MIH, movimento de Protrusiva visão do lado direito e esquerdo, Lateralidade direita e esquerda mostrando lado de trabalho e balanceio. Foi observado Curva de Spee e Curva de Wilson alteradas (figura 9).

Durante movimento de protrusão houve orientação de guia anterior em dentes 11 x 42 e 21 x 31 e desocclusão dos demais elementos (figura 10).

Durante movimento de lateralidade direita, no lado de trabalho houve toque dos elementos 15 x 45 e ponta de cúspide mesial do 16 x 45 e 12 x 43, com desocclusão em lado de balanceio (figura 11).

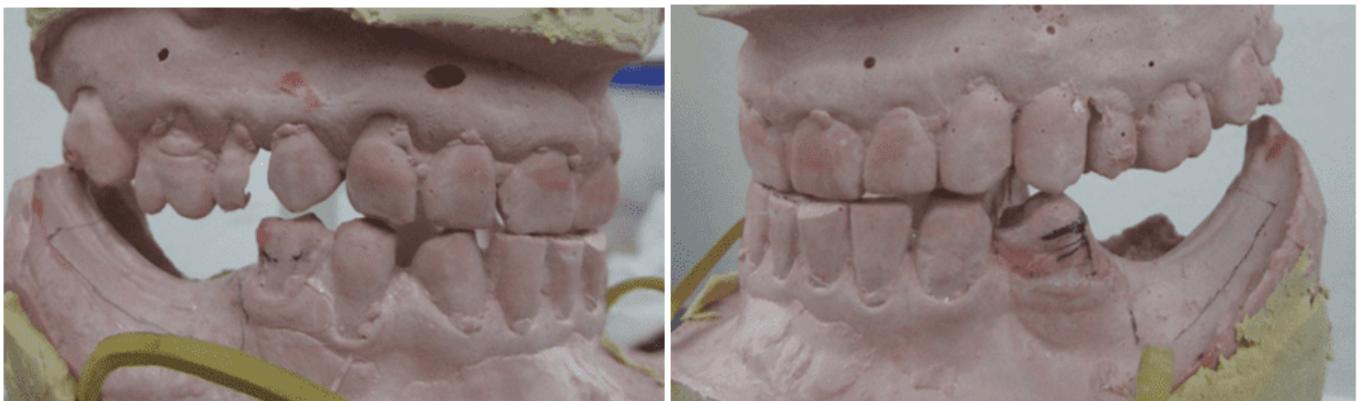
Durante movimento de lateralidade esquerda, no lado de trabalho houve toque dos elementos 24 x 34 e 22 x 32, com desocclusão no lado de balanceio (figura 12).

Figura 9 - Montagem dos modelos no Articulador com JIG e plano de orientação; modelos no articulador em RC lado direito e esquerdo



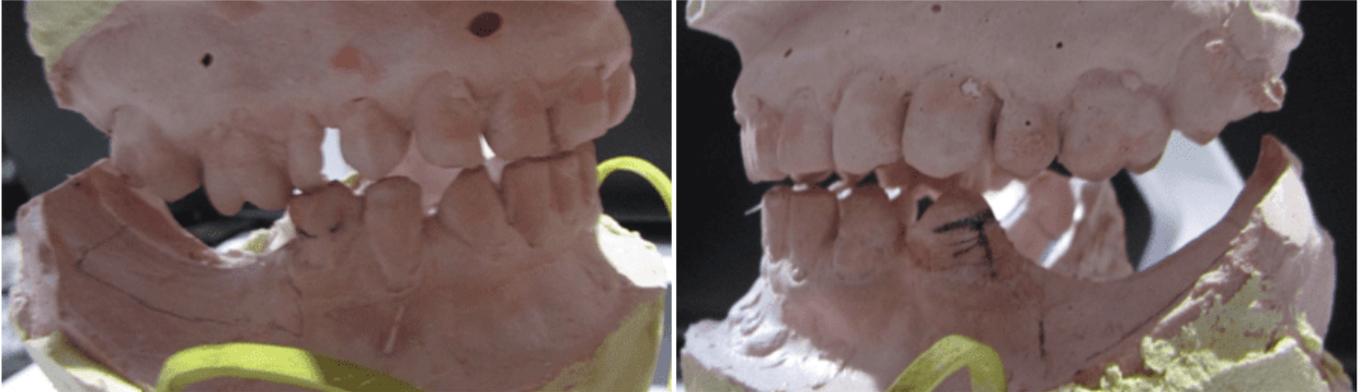
Fonte: Autoria própria.

Figura 10 - Protrusão lado direito e lado esquerdo esquerda.



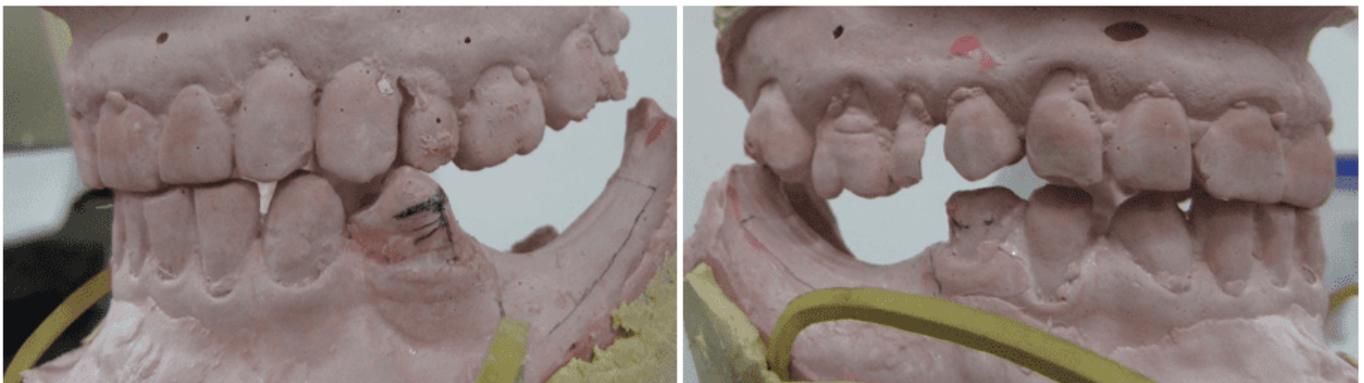
Fonte: Autoria própria

Figura 11 - Lateralidade do lado direito e lado de balanceio.



Fonte: Autoria própria.

Figuras 12 - Lateralidade do lado esquerdo e lado de balanceio.



Fonte: Autoria própria.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico pode ser definido como a confirmação sobre algo no momento do exame, a descrição minuciosa com base em dados ou informações obtidas por meio de um exame. Tal diagnóstico feito por meio do exame clínico e exames complementares ajudarão a definir os primeiros passos para o estabelecimento de uma reabilitação oral bem definida (CARVALHO, 2006; FELICIO, 2005; CARVALHO et al., 2006). Assim como, no presente estudo foram diagnosticadas posições e contatos dentários, na paciente em questão, que prejudicavam sua oclusão e não seria possível um estabelecimento de restaurações e próteses

Protocolo De Exames Clinicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

reabilitadoras de forma correta.

Com a desprogramação dos padrões proprioceptivos de contato habitual entre os dentes, alterando o padrão de fechamento mandibular, é possível avaliar as relações dentárias a partir da posição (RC). Esse registro é feito para transferência dos modelos de estudo para o articulador semi ajustável (ASA), sendo importante para estabilidade mandibular no fechamento da boca em cêntrica, durante o processo fisiológico da deglutição (MOSLEHIFARD, 2012; MEZZOMO, 2010). Havendo a transferência da relação maxilomandibular da paciente para os modelos de estudo montados em articulador semi ajustável, foi possível o estudo detalhado da oclusão da paciente.

Nos modelos de estudo montados em ASA deve ser feita avaliação da oclusão em Relação Central comparada à oclusão em Máxima Intercuspidação: verificar a estabilidade da mandíbula em posição de referência funcional; dimensão vertical coincidente com DVO em máxima intercuspidação habitual; número e distribuição dos contatos oclusais; axialidade das cargas oclusais; avaliação das guias anteriores dos movimentos mandibulares. Movimento de Protrusão mandibular: observação da orientação da desocclusão e grau de desocclusão de dentes posteriores; Movimento de Lateralidade mandibular direita: observar dentes que se contatam e orientam o movimento no lado de trabalho. Observar grau de desocclusão, ou presença de interferências no lado de balanceio/não trabalho. Movimento de Lateralidade mandibular esquerda: observar dentes que se contatam e orientam o movimento no lado de trabalho. Observar grau de desocclusão, ou presença de interferências no lado de balanceio/não trabalho (COMPAGNONI, 2004; LANDULPHO, 2003).

Portanto, é de suma importância a minuciosa análise oclusal do paciente através de meios simples e eficientes para o restabelecimento de uma oclusão ideal em um paciente em colapso oclusal severo, facilitando o diagnóstico e planejamento da reabilitação oral do paciente.

Observando critérios descritos na literatura, que definem características de uma oclusão saudável e ideal, o cirurgião dentista pode orientar o exame do paciente, utilizando ainda ferramentas e técnicas também referenciadas na literatura, para elencar danos e alterações presentes na atual condição clínica dos pacientes que necessitam de tratamentos reabilitadores orais. Desta forma a proposta de reversão de danos e alcance de condição

funcional sustentável se torna segura, fornecendo ao profissional, orientações que darão suporte a proposta de tratamento.

REFERÊNCIAS

AMOROSO, AP; FILHO, HG; ZIUM, PRJ; MAZARO, JVQ; ZAVANELLI, AC. Recuperação da domensão vertical em paciente com parafunção severa. Revista Odontológica de Araçatuba. 2013; v.34, n.2, p. 09-13.

CARVALHO, NB; GONÇALVES, SLMB; GUERRA, CMF; CARREIRO, AFP. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.6, n.4, p. 17 - 22, outubro/dezembro 2006.

CARVALHO, BCF. Utilização de imagem digital para diagnóstico e planejamento estético. Rev Dent Press Estética. 2006; 3(1): 72-8.

COMPAGNONI, MA; SOUZA, RF; LIMA, ACO; BARBOSA, DB. Estudo Cinesiográfico da Movimentação da Prótese Total Superior. Rev Odontol UNESP. 2004; 33 (4): 183-8.

DAVIES, SJ; GRAY, RMJ; SMITH, PW. Good occlusal practice in simple restorative dentistry. BRITISH DENTAL JOURNAL. 2001; VOLUME 191, NO. 7.

FELÍCIO, CM; CUNHA, CC. Relações entre condições miofuncionais orais e adaptação de próteses totais. PCL 2005; 7(36):195-202.

FRAGOSO, WS; JUNIOR, MGT; VALDRIGHI, HC; CHIAVINI, P; OLIVEIRA, PA. Reabilitação Oral com Protese Parcial Removível Overlay. RGO, Porto Alegre. 2005; v. 53. N 3, p 243-246.

LANDULPHO, AB; SILVA, WAB; SILVA, FA. Análise dos ruídos articulares em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos interoclusais. JBA, Curitiba, 2003. v.3, n.10, p.112-117, abr./jun.

MACHADO, NAG; HENRIQUES, JCG; LELIS, ER; TAVARES, M; ALMEIDA, GA; NETO, AJF. Identification of Occlusal Prematurity by Clinical Examination and Cone-Beam Computed

Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para
Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso
Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

Tomography. Brazilian Dental Journal. 2013;24(1): 64-67.

MARQUES, JLS; FERNANDES, CMO; CARDOSO, PC; TORRES, EM; ROCHA, SS. Reabilitação Estética-Funcional com Ajuste Prévio da Oclusão em Relação Cêntrica. Rev Odontol Bras Central. 2010;19(51).

MEZZOMO, E. Reabilitação oral contemporânea. Caracas: AMOLCA, 2010.

MOSLEHIFARD, E; NIKZAD, S; GERAMINPARIAH, F; MAHBOUB, F. Full-mouth rehabilitation of a patient with severely worn dentition and uneven occlusal plane: A clinical report. J Prosthodont. 2012; 21(1): 56-64.

Nassar, MSP et al. The effect of a Lucia jig for 30 minutes on neuromuscular re-programming, in normal subjects. Braz Oral Res. 2012; 26(6):530-5

MCCULLOCK, AJ. Making Occlusion Work: 1. Terminology, Occlusal Assessment and Recording. Dent Update 2003; 30: 150-157.

OLIVAL, ARB; CHARONE, S; GROISMAN, S. A importância do exame odontológico periódico ocupacional: Uma proposta de prontuário odontológico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2008; jan-abr; 20(1):37-45.

PEGORARO, LF. Bases para o planejamento em reabilitação. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2013.

RODRIGUES, RA; BEZERRA, PM; SANTOS, DFS; FILHO, ESDD. Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional – relato de caso. Int J Dent, Recife. 2010; 9(2): 96-101.

SALIBA, FM; SILVEIRA, FC; DEUS, G; COACHMAN, C. DSD: Digital Smile Design. In: Alto RM. Reabilitação estética anterior: passo a passo da rotina clínica. 1ª ed. Nova Odessa: Napoleão; 2018. p. 78-101.

TADACH, T. Dentaduras completas. 4a ed rev e ampl, São Paulo: Sarvier, 1983; cp 11 pg 114 e 115.

Protocolo De Exames Clínicos E Complementares Básicos Para
Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso
Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

TERRY, DA; SNOW, SR; MCLAREN, EA. Contemporary Dental Photography: Selection and Application. Compen Contin Educ Dent. 2008; 29(8): 432-6.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Protocolo De Exames Clinicos E Complementares Básicos Para Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES ADULTOS E INDEPENDENTES

Eu, Cláudia Paula Alves de Figueira, RG nº. 043165870, residente à Av./Rua Barão de Botafogo nº 340, complemento 311, Bairro Botafogo, na cidade de Rio de Janeiro Estado de RJ, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSINTO que o Dr. Leane Brito dos S. Cavalcanti CRO- 43 747 tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens e registros de mim, sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens bem como as informações relacionadas ao meu caso clínico sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a minha identidade e o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizados e divulgados.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que o profissional/equipe acima discriminado, que me atende e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição da minha imagem nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a minha participação ou não nestas publicações não implicará em alteração do direito a mim conferido em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Campinas, 15 de agosto de 2018.

Cláudia Paula Alves de Figueira
Assinatura do paciente
CPF: 914.584.167-34
RG: 043165870

Leane Brito dos S. Cavalcanti
Assinatura do Profissional Responsável
CPF: 00883706156
RG: 32495112-8

C.F., art. 5º, X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação." (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)
C.C., art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se destinarem a fins comerciais.
Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes." (Código Civil, Lei no 10.406, 10 de janeiro de 2002)

SLM.INS.F17-02

Protocolo De Exames Clinicos E Complementares Básicos Para
Tratamentos Reabilitadores Em Caso De Pacientes Em Colapso
Oclusal Severo: Relato De Caso Clínico

^[1] Graduação em Odontologia. Especialização em Prótese Dentária.

^[2] Orientador. Mestrado em Prótese Dentaria.

Enviado: Janeiro, 2021.

Aprovado: Abril, 2021.