



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAMPUS BENFICA

MARIA EDUARDA COUTINHO DO NASCIMENTO

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM MOBILIDADE DENTAL
AGRAVADO PELO BRUXISMO: RELATO DE CASO.**

**FORTALEZA
2025**

MARIA EDUARDA COUTINHO DO NASCIMENTO

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM MOBILIDADE DENTAL AGRAVADO
PELO BRUXISMO: RELATO DE CASO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia
do Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Fernanda
Araújo Sampaio.

FORTALEZA
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N244r Nascimento, Maria Eduarda Coutinho do.
Reabilitação oral em paciente com mobilidade dental agravado
pelo bruxismo: Relato de caso. / Maria Eduarda Coutinho do
Nascimento. - 2025.
42 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Fernanda Araújo Sampaio.

1. Doença periodontal. 2. Mobilidade Dentária. 3. Bruxismo. I.
Título.

CDD 617.6

MARIA EDUARDA COUTINHO DO NASCIMENTO

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM MOBILIDADE DENTAL AGRAVADO
PELO BRUXISMO: RELATO DE CASO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção da aprovação do título de
bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Fernanda Araújo
Sampaio.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Fernanda Araujo Sampaio Nogueira (Orientador)
Centro Universitário Christus
(UNICHRISTUS)

Prof. Dra. Diana Araújo Cunha
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho a Deus, à minha família e a todos que me apoiaram nesta jornada. Sem vocês, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido pai, cuja presença ainda ecoa em minha vida mesmo após sua partida. Sua memória, seus ensinamentos e seu exemplo de dedicação e coragem continuam sendo fonte de inspiração e força para mim. Sua sabedoria, seu exemplo de integridade e sua fé inabalável são heranças que carrego com orgulho. Este trabalho é também por ele, e para ele.

À minha mãe, com todo o amor e reverência. Mulher de força, fé e coração imenso, que sempre esteve ao meu lado com palavras de apoio, gestos de carinho e uma dedicação silenciosa, mas inabalável. Sua presença me deu coragem nos momentos de incerteza, e sua confiança em mim me motivou a seguir mesmo quando tudo parecia difícil. Esta conquista também é sua — fruto do seu amor e do exemplo de coragem que carrego comigo todos os dias.

Ao meu filho, minha maior motivação. Que este trabalho representa, para ele, um exemplo de esforço, superação e amor. Que ele saiba tudo o que faço, faço também pensando no futuro que desejo construir para ele.

Aos meus amigos, que foram verdadeiros pilares nesta jornada. Em especial, à Kelly e ao Gustavo, pela escuta atenta, pelos conselhos sinceros, pelas palavras de incentivo e pelo companheirismo incondicional. Vocês estiveram comigo nos momentos de cansaço, dúvida e também nas pequenas vitórias — e por isso, sou imensamente grata.

À minha orientadora, pelo olhar atento, pela paciência, pelas palavras firmes e pelo apoio ao longo deste processo. Sua orientação foi essencial não apenas para a construção deste trabalho, mas também para meu crescimento acadêmico e pessoal. Sou grata por sua dedicação e confiança.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho.

Com gratidão.

RESUMO

O bruxismo é uma condição caracterizada pelo apertamento e/ou ranger dos dentes, podendo ocorrer tanto durante o sono quanto em vigília. Sua etiologia é multifatorial e inclui fatores psicológicos, genéticos e disfunções neuromusculares. Podemos citar como consequências do bruxismo: desgaste dentário severo, fraturas, mobilidade dental, além de contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da doença periodontal. O objetivo deste trabalho é relatar uma reabilitação oral com prótese total superior e prótese parcial removível inferior de uma paciente com mobilidade dental significativa agravada pelo bruxismo. A paciente apresentava sinais clínicos de periodontite, incluindo perda óssea e inflamação gengival, fatores que aumentavam o risco de perda dentária. O plano de tratamento terapia periodontal para estabilização dos tecidos de suporte, reabilitação protética visando restabelecer a função mastigatória e estética para o paciente e controle do bruxismo. A reabilitação oral em pacientes com mobilidade dental agravada pelo bruxismo exige uma abordagem multidisciplinar, que contemple não apenas o controle das forças oclusais, mas também o tratamento periodontal para estabilização dos tecidos de suporte e a reabilitação protética para restaurar a função mastigatória e estética. O caso apresentado demonstrou a importância de um diagnóstico preciso e de um plano de tratamento integrado, que envolveu a terapia periodontal, o controle do bruxismo e a utilização de próteses totais para promover a saúde bucal e melhorar a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, conclui-se que a intervenção adequada pode prevenir a progressão da doença periodontal e minimizar os danos causados pela mobilidade dental, proporcionando ao paciente um resultado funcional e estético satisfatório.

Palavras Chave: Doença Periodontal. Mobilidade Dentária. Bruxismo.

ABSTRACT

Bruxism is a condition characterized by clenching and/or grinding of the teeth, which can occur both during sleep and while awake. Its etiology is multifactorial and includes psychological, genetic, and neuromuscular dysfunction factors. Consequences of bruxism may include severe tooth wear, fractures, dental mobility, and may also contribute to developing or worsening periodontal disease. This study aims to report an oral rehabilitation case involving a maxillary complete denture and a mandibular removable partial denture in a patient with significant dental mobility aggravated by bruxism. The patient presented clinical signs of periodontitis, including bone loss and gingival inflammation—factors that increased the risk of tooth loss. The treatment plan included periodontal therapy to stabilize the supporting tissues, prosthetic rehabilitation to restore masticatory function and aesthetics, and bruxism management. Oral rehabilitation in patients with dental mobility aggravated by bruxism requires a multidisciplinary approach that addresses not only the control of occlusal forces but also periodontal treatment to stabilize supporting tissues and prosthetic rehabilitation to restore masticatory function and aesthetics. The case presented demonstrates the importance of an accurate diagnosis and an integrated treatment plan, involving periodontal therapy, bruxism control, and the use of complete dentures to promote oral health and improve the patient's quality of life. Thus, it is concluded that appropriate intervention can prevent the progression of periodontal disease and minimize the damage caused by dental mobility, providing the patient with a satisfactory functional and aesthetic outcome.

Keywords: Periodontal Disease. Dental Mobility. Bruxism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Aspecto inicial da paciente: vista frontal e perfil.....	22
Figura 2 - Radiografia panorâmica	22
Figura 3 - Fotos intraorais. (A) Vista do perfil do sorriso, observa-se desgaste incisal, perda da dimensão vertical, overjet aumentado e áreas edêntulas. (B) Vista frontal do sorriso: observa-se áreas edêntulas, desgaste incisal dos dentes e recessão gengival de todos os dentes superiores. (C) vista lateral do sorriso. (D) Vista oclusal superior. (E) Dentes anteriores superiores. (F) Vista oclusal inferior.....	23
Figura 4 - Exodontia dos dentes 11, 12, 22 e 23. (A) Aspecto inicial do pós cirúrgico. (B) Aspecto final, com o rebordo cicatrizado.	24
Figura 5 - Moldagem de estudo e confecção da moldeira funcional	25
Figura 6 - Escolha da cor utilizando a Escala Vita	26
Figura 7 - Reanatomização dos dentes inferiores.(A) Processo de reanatomização dos dentes inferiores.(B) Aspectos finais dentes reanatomizados.	26
Figura 8 - Freio lingual	27
Figura 9 - Estrutura metálica (A) e plano de cera (B)	28
Figura 10 - Prova do plano de cera	28
Figura 11 - Registro maxilo-mandibular em boca - vista frontal (A) e vista lateral (B)	29
Figura 12 - Prova dos dentes em cera.....	29
Figura 13 - Vista frontal da prótese instalada ao final do tratamento.....	30
Figura 14 - Tratamento concluído: vista lateral esquerda (A), vista lateral direita (C) e vista frontal (B).....	30

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
DVO	Dimensão vertical de Oclusão
PPR	Prótese parcial removível
PT	Prótese total
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Plano de cuidado	24
-----------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivo específico	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Doença periodontal	15
3.2 Bruxismo	16
3.3 Reabilitação oral	17
4 MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1 Delineamento do estudo	21
4.2 Embasamento teórico	21
4.3 Lócus do estudo	21
4.4 Aspectos éticos	21
5 RELATO DE CASO	22
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	36
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação oral em pacientes com doença periodontal associada à condição de bruxismo é um grande desafio para o Cirurgião-Dentista, principalmente quando se busca restaurar a funcionalidade e a estética. A interdisciplinaridade na odontologia, como a periodontia, a prótese dentária e a oclusão se torna essencial para o sucesso e longevidade de (Silva; Almeida; Rodrigues, 2015). A reabilitação oral exige uma abordagem multidisciplinar que considere não apenas a preservação das estruturas orais remanescentes, mas também a promoção de estabilidade funcional, estética e conforto ao paciente (Uribe; Janakiraman; Nanda, 2013).

O bruxismo, é caracterizado por uma atividade repetitiva e/ou rítmica dos músculos mastigatórios podendo ou não ter apertamento dentário e/ou ranger de dentes. Este é considerado um fator agravante em casos de desgaste dental severo e sobrecarga mecânica dos tecidos periodontais. Como destacado por Glaros *et al* (2013), o desgaste dental não fisiológico decorrente dessa condição reflete um problema crescente na sociedade contemporânea, associado a fatores como estresse, hábitos parafuncionais e alterações na dinâmica oclusal. A sobrecarga resultante do bruxismo pode potencializar a destruição tecidual em pacientes com doenças periodontais, comprometendo tanto a estabilidade dos dentes quanto o suporte ósseo (Manfredini; Ahlberg; Lobbezoo, 2022).

Casos clínicos em que o bruxismo e a doença periodontal coexistem são particularmente complexos devido à necessidade de tratar ambas as condições de forma integrada. O manejo desses pacientes deve incluir estratégias voltadas para a recuperação da dimensão vertical de oclusão (DVO), frequentemente reduzida pela perda estrutural dos dentes, e para a proteção dos tecidos periodontais remanescentes. Além disso, é importante ressaltar que a reabilitação oral em pacientes com bruxismo deve estar atrelada ao controle dessa atividade com dispositivos, acompanhamento e terapias complementares (Bargellini *et al.*, 2020).

Um plano de tratamento individualizado é de extrema importância para a reabilitação oral em pacientes com desgaste dental severo. Assim, o restabelecimento da DVO é essencial para recuperar a funcionalidade mastigatória, a estabilidade oclusal e a estética facial, especialmente em casos que envolvem perda significativa de tecido dentário. Nesse contexto, relatos de caso desempenham um papel fundamental ao documentar estratégias terapêuticas e resultados clínicos, fornecendo subsídios para a prática odontológica baseada em evidências. Em casos onde o paciente já apresenta um problema periodontal grave

associados a cargas excessivas do bruxismo pode levar a mobilidade dental severa muitas vezes sendo necessária a extração desses elementos e havendo a necessidade de reabilitar este paciente com próteses dentárias (Uribe; Janakiraman; Nanda, 2013).

Considerando a relevância desse tema e a complexidade dos casos que envolvem bruxismo associado à doença periodontal, o presente estudo objetiva relatar um caso clínico de reabilitação oral, destacando as etapas de diagnóstico, planejamento e tratamento. A proposta é explorar as abordagens terapêuticas utilizadas para o controle da inflamação periodontal, a proteção contra os efeitos da parafunção e a restauração funcional e estética do sistema estomatognático, com base nos princípios estabelecidos na literatura.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Relatar um caso clínico de reabilitação oral em um paciente com doença periodontal associada ao bruxismo.

2.2. Objetivo específico

Destacar as abordagens terapêuticas empregadas para o controle da inflamação periodontal e restabelecimento da função mastigatória, da estética e da dimensão vertical de oclusão, por meio de Prótese Total (PT) e Prótese Parcial Removível.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Doença Periodontal

A mobilidade dentária é um aspecto importante relacionado à saúde periodontal, com isso, ela pode ser classificada como patológica ou fisiológica. A mobilidade fisiológica se refere ao deslocamento limitado dos dentes permitido por um periodonto saudável quando uma força moderada é aplicada. Esse tipo de mobilidade varia entre tipos de dentes e é influenciado por fatores como idade e gênero, sendo geralmente maior em mulheres (Lindhe; Karring; Lang, 2016)

Nessa perspectiva, a mobilidade dentária patológica, ou aumentada, pode ocorrer devido a condições como trauma de oclusão ou doenças periodontais. Traumas oclusais, por exemplo, podem resultar em hiper mobilidade dentária devido ao estresse adicional sobre os tecidos periodontais, causando alterações nos vasos sanguíneos e fibras de colágeno, além de reabsorção óssea. Nas doenças periodontais avançadas, a mobilidade dos dentes é aumentada devido à perda de tecido conjuntivo e osso alveolar (Giargia; Lindhe, 1997).

A mobilidade dentária é um indicativo do estado funcional do periodonto, refletindo alterações na estrutura e na saúde dos tecidos periodontais. Entre as condições patológicas associadas à hiper mobilidade, destaca-se o trauma por oclusão, que tem sido amplamente investigado. Em casos de oclusão traumática, observam-se características comuns como mobilidade dentária “passiva” e “funcional”, desgastes oclusais e alargamento do espaço do ligamento periodontal (Rupe *et al.*, 2024).

A hiper mobilidade dentária pode apresentar duas fases distintas: uma fase progressiva, em que a mobilidade aumenta gradualmente com o tempo, indicando um processo ativo; e uma fase estabilizada, na qual a hiper mobilidade torna-se definitiva e permanente, sugerindo um comprometimento funcional estabelecido. Por outro lado, a mobilidade dentária patológica ou aumentada ocorre quando há um aumento anormal do movimento dental devido a condições patológicas, como trauma de oclusão ou doenças periodontais. O trauma oclusal é uma das principais causas de mobilidade dentária patológica. Quando forças excessivas são aplicadas aos dentes, como ocorre com o bruxismo ou má oclusão, isso pode resultar em hiper mobilidade. Esse aumento na mobilidade é uma resposta do periodonto a estresses mecânicos que causam alterações nas fibras de colágeno do ligamento periodontal e na reabsorção óssea alveolar (Giargia; Lindhe, 1997).

O estresse oclusal pode afetar os vasos sanguíneos periodontais, resultando em uma inflamação crônica que compromete a saúde do periodonto e aumenta a mobilidade

dentária. Nas doenças periodontais avançadas, a perda de tecido conjuntivo e de osso alveolar é uma das causas que favorecem o aumento da mobilidade dental. A progressiva destruição das fibras periodontais e da estrutura óssea ao redor dos dentes permite maior movimentação dental, refletindo um quadro de periodontite avançado (Watanabe *et al.*, 2022).

A doença periodontal é uma condição infecciosa crônica que afeta os tecidos de suporte dos dentes, incluindo a gengiva, o ligamento periodontal, o osso alveolar e o cimento. Sua etiologia está intimamente relacionada à acumulação de placa bacteriana, que contém microrganismos patogênicos responsáveis pela inflamação e destruição dos tecidos periodontais (Giargia; Lindhe, 1997). De acordo com Lindhe, Karring e Lang (2016), a presença de bactérias específicas, como *Porphyromonas gingivalis* e *Tannerella forsythia*, é um fator chave no desenvolvimento da periodontite, uma forma mais avançada da doença periodontal, que pode levar à perda dentária se não tratada adequadamente. A reação do hospedeiro, mediada pelo sistema imunológico, desempenha um papel crucial na progressão da doença, uma vez que a inflamação contínua pode resultar na destruição do osso alveolar e outros componentes do periodonto.

3.2. Bruxismo

O bruxismo é caracterizado por uma atividade repetitiva ou sustentada da musculatura mastigatória, como o apertamento e/ou ranger de dentes bem como contração muscular sem contato dentário podendo ocorrer tanto durante o sono (bruxismo do sono) quanto em vigília (bruxismo em vigília). O bruxismo do sono está associado à atividade involuntária dos músculos mastigatórios durante as fases de microdespertar do sono, enquanto o bruxismo em vigília é frequentemente relacionado a estados de tensão e estresse emocional. Ambos os tipos podem causar efeitos deletérios à saúde oral, incluindo desgaste dentário, alterações oclusais e sobrecarga nos tecidos periodontais (Glaros *et al.*, 2013).

As causas do bruxismo são multifatoriais e incluem fatores genéticos, psicológicos e fisiológicos. Segundo Manfredini *et al.* (2020), fatores como ansiedade, distúrbios do sono e alterações na dopamina cerebral desempenham um papel importante no desenvolvimento da condição. Além disso, o uso de substâncias estimulantes, como cafeína e álcool, e hábitos parafuncionais contribuem para a exacerbação do bruxismo, especialmente em pacientes predispostos. Estudos também indicam que a prevalência do bruxismo é maior em indivíduos jovens, embora sua incidência diminua com a idade.

As consequências do bruxismo para o sistema estomatognático são amplas. O desgaste dental progressivo, conhecido como atrição, é uma das manifestações clínicas mais evidentes e pode levar à exposição dentinária, hipersensibilidade e redução da dimensão

vertical de oclusão (Hardy; Bonsor, 2021). Além disso, a sobrecarga funcional gerada pelo bruxismo pode provocar dores musculares, alterações na articulação temporomandibular (ATM) e, em casos mais graves, fraturas dentárias e protéticas. Segundo Okeson (2019), a persistência do bruxismo sem intervenção adequada pode comprometer a estabilidade da oclusão, tornando o manejo clínico mais complexo.

A relação entre bruxismo, perda óssea e desgaste dentário é amplamente discutida na literatura. Pacientes com bruxismo apresentam forças mastigatórias excessivas que podem exacerbar a destruição dos tecidos periodontais, especialmente em indivíduos com doença periodontal preexistente (Glaros *et al.*, 2013). Essas forças aumentadas resultam em microtraumas repetitivos nos tecidos de suporte dos dentes, contribuindo para a reabsorção óssea e aumentando a mobilidade dentária. Além disso, as forças parafuncionais podem acelerar o desgaste dentário, comprometendo a funcionalidade mastigatória e a estética dental (Bargellini *et al.*, 2020).

Dessa forma, o controle do bruxismo requer uma abordagem multidisciplinar, que inclui a identificação dos fatores causais, o uso de dispositivos intrabuciais, como placas oclusais estabilizadoras, e intervenções comportamentais e farmacológicas, quando necessário (Glaros *et al.*, 2013). Estratégias preventivas, como a redução do estresse e o acompanhamento periódico, são essenciais para minimizar os impactos do bruxismo no sistema estomatognático e garantir a estabilidade dos resultados reabilitadores em longo prazo (Nakayama; Nishiyama; Shimada, 2018).

3.3. Reabilitação Oral

A perda dentária, especialmente em pacientes de mais idade, pode ter repercussões além da saúde bucal, afetando aspectos como estética, fonética e interações sociais. Para pacientes que necessitam de próteses totais ou parciais, a avaliação clínica e a comunicação das expectativas do paciente são essenciais. Essa avaliação deve ser minuciosa, considerando os impactos da perda dentária e as necessidades específicas do paciente em relação à reabilitação oral integral, como o uso de prótese total ou parcialmente removível. Muitos pacientes têm receio da perda de dentes remanescentes, pois isso pode afetar sua estética, fala e seu convívio social. Por isso, as próteses são indicadas para restaurar a função e a aparência, promovendo o bem-estar do paciente e a reintegração ao ambiente social (Beloni; Vale; Takahashi, 2013).

A reabilitação oral tem como objetivo restaurar as funções e a estética do sistema estomatognático, levando em consideração as necessidades funcionais, estéticas e psicossociais do paciente. O sucesso de um tratamento de reabilitação oral depende de um

planejamento multidisciplinar, que envolve profissionais como periodontistas, protesistas e, quando necessário, especialistas de outras áreas. O planejamento adequado deve avaliar o estado geral de saúde do paciente, suas condições bucais, hábitos, fatores psicológicos e suas expectativas, a fim de desenvolver um protocolo de tratamento personalizado (Pegoraro *et al.*, 2013).

Nos casos de pacientes com bruxismo associado à doença periodontal, é essencial que a abordagem seja integrada e cuidadosamente planejada. O tratamento inicial deve priorizar a estabilização do quadro periodontal, com foco na redução da inflamação e regeneração dos tecidos de suporte dental. Para isso, terapias periodontais como raspagem e alisamento radicular são fundamentais, conforme recomendado por Newman (2016). Além disso, a reabilitação oclusal é crucial, uma vez que o bruxismo pode gerar forças excessivas nos dentes e nas próteses, afetando a estabilidade e a funcionalidade.

Quando se trata de bruxismo, é importante considerar a escolha de materiais resistentes ao desgaste, como cerâmicas e compósitos de alta resistência, além de avaliar a dimensão vertical da oclusão, que deve ser ajustada de acordo com as necessidades individuais do paciente (Bargellini *et al.*, 2020).

Nos casos mais graves, onde há perda óssea significativa devido à doença periodontal, o uso de enxertos ósseos e implantes dentários pode ser necessário. A reabilitação protética pode ser feita com próteses fixas ou removíveis, dependendo da condição dos dentes remanescentes e da saúde óssea do paciente (Pegoraro *et al.*, 2013). No entanto, a utilização de implantes dentários exige uma análise detalhada da saúde periodontal para garantir o sucesso a longo prazo. Sendo assim mais comum as reabilitações protéticas com próteses totais, próteses parcialmente removíveis e reabilitações estéticas com o uso de outros materiais como resina composta (Uribe; Janakiraman; Nanda, 2013).

Além de melhorar a saúde bucal, a reabilitação oral visa devolver ao paciente a funcionalidade e estética desejadas. Nos casos de pacientes como este com bruxismo e doença periodontal, é fundamental que o planejamento seja individualizado, levando em consideração os fatores clínicos, psicossociais e as expectativas do paciente. A escolha das técnicas e materiais deve ser cuidadosamente pensada para garantir a correção dos problemas bucais, bem como para melhorar a qualidade de vida, adaptação do paciente às próteses e a saúde bucal a longo prazo (Veríssimo *et al.*, 2022).

A reabilitação oral deve considerar a dimensionamento adequado da oclusão para garantir a funcionalidade do sistema estomatognático. A determinação da dimensão vertical de oclusão é uma etapa crucial no processo de confecção das próteses, pois afeta diretamente

o sucesso final do tratamento. A correta determinação dessa medida é essencial para restaurar a harmonia dos músculos da face, melhorar a estética e restabelecer funções como mastigação, fala e deglutição, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente (Laport, 2017).

Quando se trata de próteses parciais removíveis, estudos indicam que as próteses inferiores, especialmente as de classe I de Kennedy, são as mais comuns, com a presença apenas de dentes anteriores inferiores remanescentes. Esse tipo de prótese com extremidade livre possui apoio dentomucosuportado. Porém, em casos de poucos dentes remanescentes, o suporte dependerá da mucosa e a retenção dos grampos será comprometida, influenciando o prognóstico da reabilitação (Misuriya *et al.*, 2014).

A estabilidade das próteses totais também pode ser comprometida pelas forças geradas durante atividades como mastigação e hábitos parafuncionais. O contato excessivo entre os dentes durante essas atividades pode diminuir a retenção e a estabilidade das próteses, causando desconforto e até lesões na mucosa subjacente. Por isso, o acompanhamento periódico do paciente é essencial para monitorar a adaptação da prótese e verificar a necessidade de reembasamento, especialmente devido à reabsorção do osso alveolar (Laport, 2017). A reabilitação oral é um campo da odontologia que busca restaurar as funções e a estética do sistema estomatognático, considerando as necessidades funcionais, estéticas e psicossociais do paciente.

O planejamento de uma reabilitação oral bem-sucedida requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo uma equipe de profissionais da saúde que podem incluir periodontistas, protelistas, cirurgiões, ortodontistas e até psicólogos, dependendo das particularidades do caso. Segundo Pegoraro *et al.* (2013), um planejamento adequado leva em conta a avaliação do estado de saúde geral do paciente, suas condições bucais, hábitos, fatores psicológicos e suas expectativas, a fim de estabelecer um protocolo de tratamento que atenda tanto às necessidades clínicas quanto às preferências do paciente.

O planejamento multidisciplinar é particularmente relevante nos casos de pacientes com bruxismo e doenças periodontais, uma vez que essas condições exigem tratamentos integrados e cuidados especializados. A abordagem inicial deve focar na estabilização do quadro periodontal, controle da inflamação e regeneração dos tecidos de suporte dental, utilizando terapias periodontais, como raspagem e alisamento radicular, conforme sugerido por Newman (2016). Além disso, é fundamental a reabilitação da oclusão, considerando as forças geradas pelo bruxismo que podem afetar a estabilidade dos dentes e próteses. O uso de placas oclusais é uma prática comum para controlar os efeitos do

bruxismo, prevenindo o desgaste dentário excessivo e as complicações na ATM (Okeson, 2019).

No que diz respeito às técnicas específicas para bruxismo e doença periodontal, a abordagem deve ser cuidadosa e personalizada. Nos casos de bruxismo, a escolha do tipo de reabilitação protética deve considerar a dimensão vertical da oclusão e o uso de materiais resistentes ao desgaste, como cerâmicas e compósitos de alta resistência. Além disso, é essencial o controle das forças mastigatórias, que pode ser feito com o uso de dispositivos intrabucais, como as placas de mordida, que visam evitar o contato excessivo entre os dentes durante os episódios de bruxismo (Bargellini *et al.*, 2020).

Os efeitos da perda dentária sobre a saúde geral devem ser analisados levando em conta as principais dimensões da saúde, como sintomas físicos, capacidade funcional, interação social e a percepção de bem-estar. É essencial considerar que o comportamento das pessoas é influenciado por suas percepções e pela importância que atribuem a essas questões. Dessa forma, compreender os sentimentos dos pacientes em relação à perda dos dentes, assim como suas expectativas em relação à reposição protética, pode orientar o planejamento dos serviços de saúde nessa área. A reabilitação devolverá a função e reinserção do indivíduo no ambiente social (Beloni; Vale; Takahashi, 2013).

Para que uma prótese total e parcial seja confeccionada com sucesso e cumpra corretamente suas funções, é necessário considerar vários fatores. A etapa que demanda maior atenção do cirurgião-dentista na confecção da prótese é a determinação da dimensão vertical de oclusão, pois ela impacta diretamente no resultado final do tratamento. Essa medida é essencial para restabelecer o funcionamento adequado do sistema estomatognático, promovendo uma ação harmoniosa dos músculos do terço inferior da face. Além disso, contribui para melhorar a aparência facial e restaurar funções importantes como mastigação, fala e deglutição, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente (Laport, 2017).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo do tipo observacional descritivo, consiste em um relato de caso clínico que foi realizado em um paciente cadastrado no banco de pacientes da Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) com aprovação do comitê de ética (ANEXO).

4.2 Embasamento teórico

Para embasamento teórico e condução do caso de acordo com a literatura, realizou uma busca na base de dados PubMed com as palavras chaves: Doença Periodontal. Mobilidade Dentária. Bruxismo. Filtrados na língua inglesa.

4.3 Locus do estudo

O caso foi conduzido no curso de graduação da Clínica Escola de Odontologia da UNICHRISTUS.

4.4 Aspectos éticos

O relato do caso clínico foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e obteve aprovação sob o número de parecer 7.419.222. A paciente foi selecionada após avaliação clínica dos remanescentes dentários, avaliação periodontal e queixas da paciente. Ela recebeu a proposta do plano de tratamento e ao concordar assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

5 RELATO DE CASO

Paciente M.S sexo feminino 52 anos, Diabético tipo I, Hipertensa, residente em Fortaleza-CE compareceu a Clínica de Odontologia da Unichristus queixando do seu sorriso, alegava estar insatisfeita com a estética e função do seu sorriso.

Na primeira consulta, foi ouvido as principais queixas da paciente, realizado exames intraorais e extraorais (Figura 1) e solicitado exame de imagem: panorâmica (Figura 2). Com isso, foi possível fechar o diagnóstico e conversar com a paciente sobre o plano de cuidado, levando em consideração as suas condições financeiras, psicológicas e expectativas sobre o tratamento traçado.

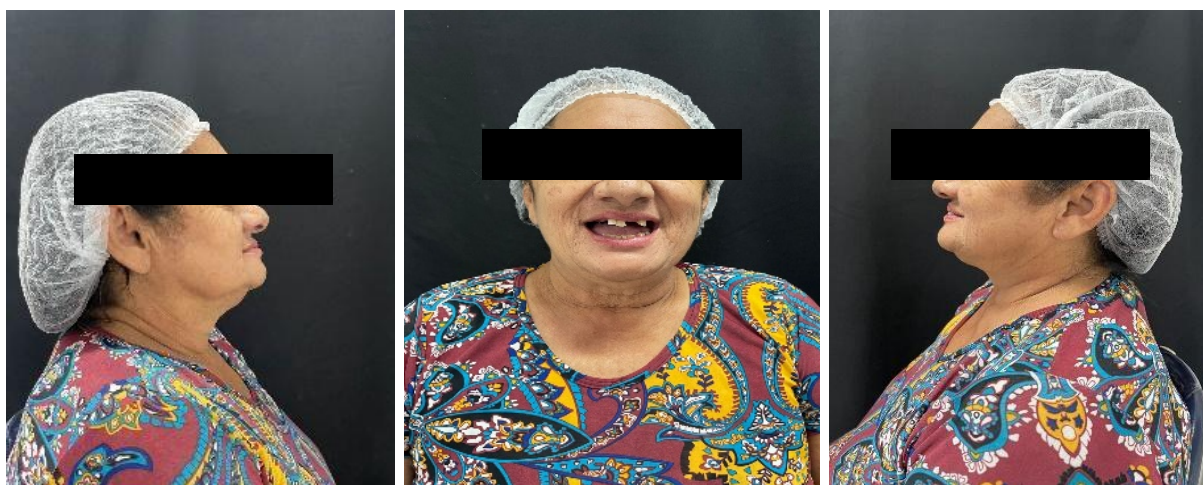


Figura 1 – Aspecto inicial da paciente: vista frontal e perfil.

Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 2 - Radiografia panorâmica.

Fonte: Arquivo pessoal.

Pode ser observado no aspecto intra oral colapso oclusal, ausências vários elementos dentários superiores como observado na Figura 3.

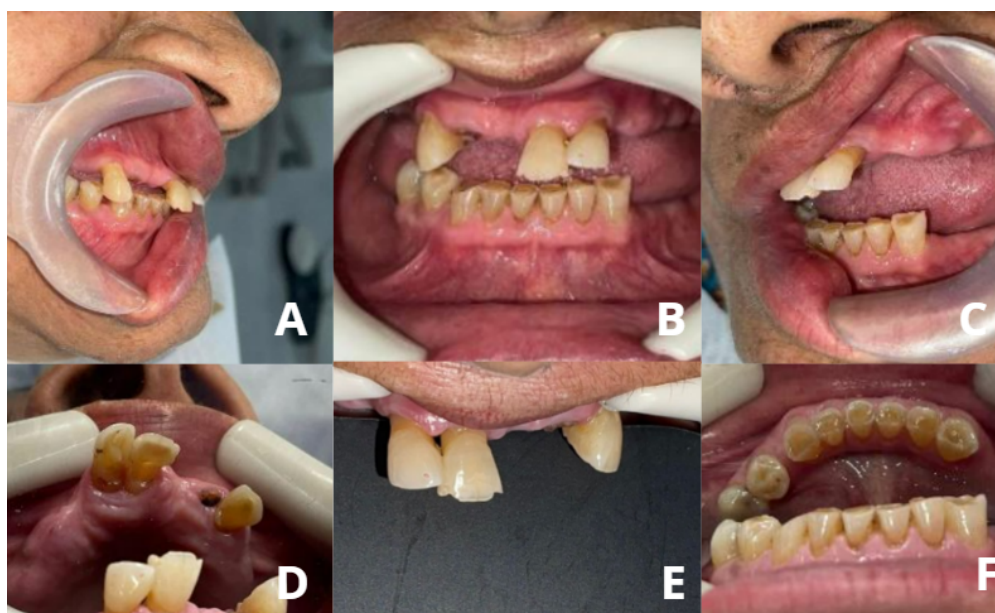


Figura 3- Fotos intraorais. (A) Vista do perfil do sorriso, observa-se desgaste incisal, perda da dimensão vertical, overjet aumentado e áreas edêntulas. (B) Vista frontal do sorriso: observa-se áreas edêntulas, desgaste incisal dos dentes e recessão gengival de todos os dentes superiores. (C) vista lateral do sorriso (D) Vista oclusal superior. (E) Dentes anteriores superiores. (F) Vista oclusal inferior.

Fonte: Arquivo pessoal.

Com a análise clínica completa, concluiu-se que a paciente apresenta classe I de Kennedy nos dentes inferiores, um colapso na oclusão onde os dentes superiores se encontram com recessão gengival maior que 3mm e os inferiores com lesão de atrição e abfração a paciente perde todas as referências devido a força exercida pelo bruxismo severo. Isso significa que a paciente tem uma diminuição de sua dimensão vertical. Ademais, concluiu-se que os únicos dentes da arcada superior perderam sua inserção devido à mobilidade e recessão gengival $<3\text{mm}$ e serão indicados para exodontia.

Dessa forma, foi traçado o plano de tratamento (tabela 1) de acordo com a prioridade de procedimentos e iniciando com a fase de adequação do meio bucal com controle mecânico (instruções de higiene oral) e químico (digluconato de clorexidina 0,12% - 15ml a cada 12 horas por 14 dias). Para a confecção de sua prótese total (PT) superior e prótese parcial removível (PPR) inferior o planejamento das duas ocorreu de forma simultânea.

Tabela 1 - Plano de cuidado.

Sessão 1	Raspagem supragengival todos os sextantes
Sessão 2	Exodontia raízes residuais (12 e 13)
Sessão 3	Exodontia dente 21 e 22
Sessão 4	Restauração classe II dente 45 (mesial)
Sessão 5	Reanatomização
Sessão 6	Frenectomia lingual
Sessão 7	PT Superior (Moldagem anatômica) + PPR inferior (Moldagem de estudo)
laboratorial	Delineamento PPR inferior
Sessão 8	PT Superior (Moldagem funcional) + preparo de boca II inferior e moldagem de trabalho
Sessão 9	PT Superior (Individualização dos planos de cera) + prova de infraestrutura PPR inferior
Sessão 10	PT Superior + PPR inferior (Prova dos dentes em cera) + egistro maxilomandibular
	PT superior + PPR inferior (Instalação)

Fonte: Prontuário odontológico.

Os dentes 12 e 13 receberam indicação de exodontia devido à perda óssea severa e mobilidade grau III, assim como a raiz residual que provavelmente constitui o dente 22 (figura 4). Visando a cicatrização enquanto os outros procedimentos eram realizados, essa foi a primeira etapa do plano de cuidado após a raspagem e a instrução de higiene oral.

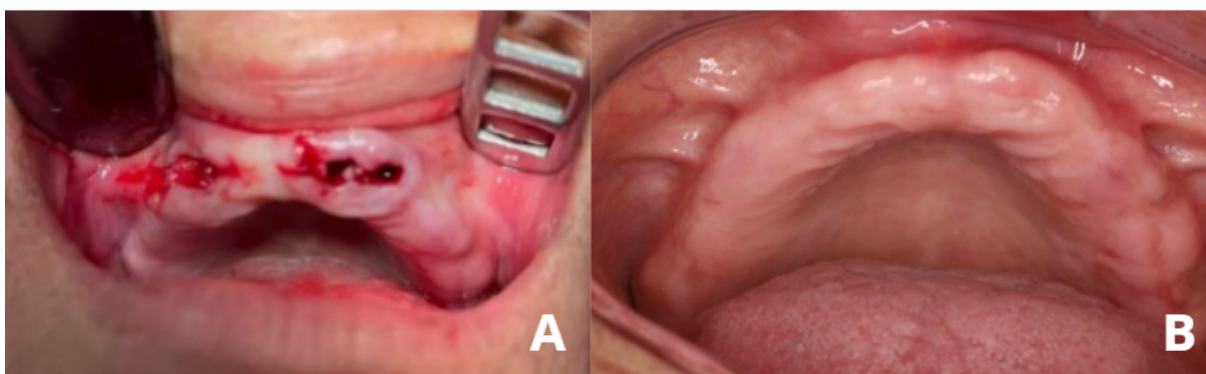


Figura 4- Exodontia dos dentes 11, 12, 22 e 23. (A) Aspecto inicial do pós cirúrgico. (B) Aspecto final, com o rebordo cicatrizado.

Fonte: Arquivo pessoal.

Para a restauração classe II dente 45 mesial removeu-se o tecido cariado com broca CA 4 em baixa rotação e colher de dentina, sendo o esmalte sem suporte removido com broca diamantada 1014 em alta rotação. Convencional de 3 passos (3M *Scotchbond - Solventum*) com condicionamento com ácido forfórico 37% (*Allprime*) em esmalte por 30 segundos e em dentina por 15 segundos, para secagem foi utilizado papel absorvente. O sistema adesivo seguiu as instruções do fabricante com *primer* aplicado de maneira ativa por 20 segundos somente com dentina + um leve jato de ar; e aplicação do *bond* por 20 segundos de maneira ativa + fotopolimerização de 40 segundos. A restauração ocorreu com resina composta da cor A3,5 (Z350 - 3M) selecionada previamente de maneira estratificada com fotopolimerização de 40 segundos após cada incremento. Para acabamento utilizou-se broca 1111 lixas interproximais, discos *souflex* e polimento com pontas de enhance em dente úmido – escova de carvão de silício em dente seco – disco de feltro com pasta diamantada.

Após adequação foi realizada as moldagens de estudo e trabalho para a confecção da PT superior e PPR inferior da paciente. Este processo foi dividido em quatro atendimentos consecutivos. No primeiro, foi realizada uma moldagem de estudo com alginato para a confecção de uma moldeira individual a partir do modelo obtido nessa moldagem. No próximo atendimento, consecutivamente, realizado a moldagem funcional com auxílio da godiva no selamento periférico e a moldagem funcional com a pasta leve da silicona de adição (figura 5). Assim, foi possível enviar para o laboratório realizar a confecção das bases de prova e plano de orientação.

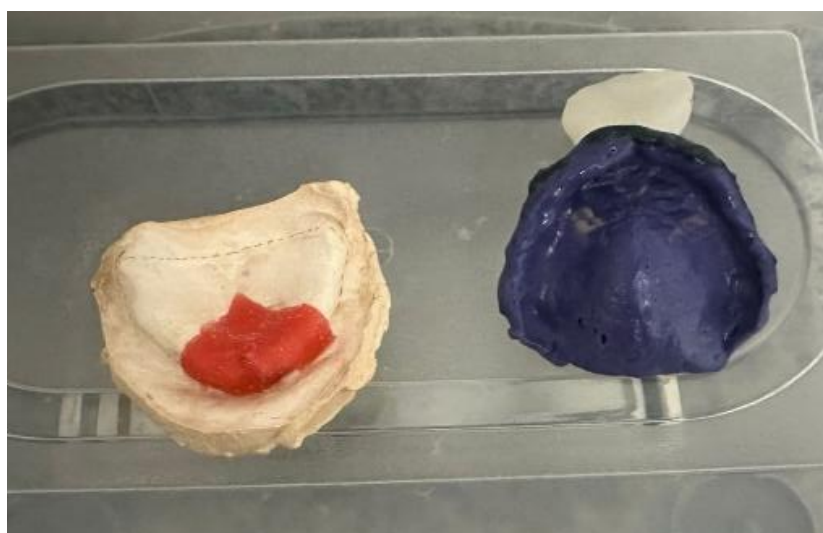


Figura 5- Moldagem de estudo e confecção da moldeira funcional.

Fonte: Arquivo pessoal.

Enquanto aguardava o retorno do laboratório, foi realizado a reanatomização das

bordas incisais teve o objetivo de restaurar a forma, função e estética dos dentes afetados por desgastes que na paciente em questão foi uma consequência do bruxismo, para isso realizou-se a técnica do enceramento em modelo de gesso e confecção da muralha lingual com silicona de condensação e estratificação de cor em resina composta. Assim, a cor A3 foi selecionada previamente com auxílio da ESCALA VITTA (*classical* A1-D4) e com os dentes limpos, úmidos, sem isolamento e à luz ambiente (figura 6).



Figura 6- Escolha da cor utilizando a Escala Vitta.

Fonte: Arquivo pessoal.

Dessa forma, seguiu-se para o isolamento absolutos dos dentes; desgaste em bisel com a broca diamantada 3195 nos dentes que seriam reanatomizados para que a linha de união entre dente e resina ficasse mascarada. O sistema adesivo usado foi o convencional de 3 passos (3M *Scotchbond* - *Solventum*) com condicionamento com ácido forfórico 37% (*Allprime*) em esmalte por 30 segundos e em dentina por 15 segundos, para secagem foi utilizado papel absorvente. O sistema adesivo seguiu as instruções do fabricante com *primer* aplicado de maneira ativa por 20 segundos somente com dentina + um leve jato de ar; e aplicação do *bond* por 20 segundos de maneira ativa + fotopolimerização de 40 segundos.

Assim, fez-se o posicionamos da muralha com a resina translúcida adaptada para a polimerização. Com continuidade realizou-se a estratificação de cor com a resina composta (Z350 3M) com a cor escolhida A3 tanto para dentina como para esmalte (figura 7).

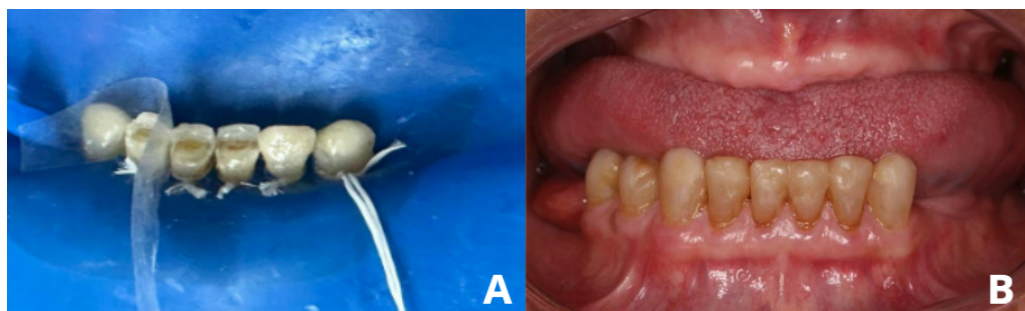


Figura 7 - Reanatomização dos dentes inferiores. (A) Processo de reanatomização dos dentes inferiores. (A) Aspectos finais dentes reanatomizados.

Fonte: Arquivo pessoal.

O acabamento e polimento das restaurações foram realizados em uma sessão posterior na seguinte frequência: Broca 111 – discos (*souflex* 3M) – acabamento interproximal – ponta enhance dente úmido – escova de carbeto silício dente seco – disco de feltro com pasta diamantada.

Após a finalização dos acréscimos de resina e antes da moldagem de estudo da prótese inferior partimos para a parte cirúrgica realizando a cirurgia de frenectomia. A decisão cirúrgica foi tomada principalmente no intuito de ajudar a fonética da paciente e adaptação da prótese.



Figura 8- Freio lingual.

Fonte: Arquivo pessoal.

A técnica anestésica foi do bloqueio do nervo alveolar Inferior (N.A.I), Ápice da língua e região de freio lingual com mepivacaína 3% com vasoconstrictor. Realizada a liberação do freio com a tesoura e divulsão do tecido. No final da cirurgia a paciente recebeu todas as orientações e prescrição medicamentosa pós-operatório: Dipirona 500mg de 6/6 horas durante 3 dias. Além disso, ela foi orientada a retornar com 7 dias para remoção da sutura e controle pós-operatório.

Assim, com a fase de preparo de boca I concluída, seguiu-se moldagem de estudo prótese parcial removível (PPR) inferior para realização de planejamento e delineamento do caso. Em resumo, o delineamento na prótese odontológica é essencial para garantir que a prótese seja funcional, estética e confortável, atendendo às necessidades específicas de cada paciente. Após o delineamento e planejamento da PPR executou-se a segunda fase do tratamento protético - preparo de boca II.

Dessa forma, foi realizada a confecção de planos guias, dos nichos, e os acréscimos de resina para garantir a retenção necessária da PPR. A moldagem de trabalho foi

realizada com alginato (*Hydrogum 5*) com proporção de 1:1 pó e água, seguindo as instruções do fabricante quanto a manipulação e o vazamento, para envio do laboratório junto com o planejamento realizado no delineamento para correta confecção da infraestrutura metálica.

- Acréscimo de resina corpo cor A,3 na vestibular do dente 33;
- Realizado nicho (sorriso invertido) na lingual do dente 33;
- Realizado nicho para apoio ocluso-mesial dente 45;
- Paciente classe I de Kennedy;

Com o retorno do laboratório foi realizada a prova da infraestrutura PPR inferior e da base de prova da PT superior (figura 9), assim como as marcações das linhas de orientação dos planos em cera na PT - Referência da linha bipupilar e plano de Camper: utilizado para guiar a montagem dos dentes em relação ao plano oclusal; Linha Alta do sorriso - Linha média - Linha dos Caninos - Corredor bucal - Suporte labial – Curva de *Spee* (figura 9).

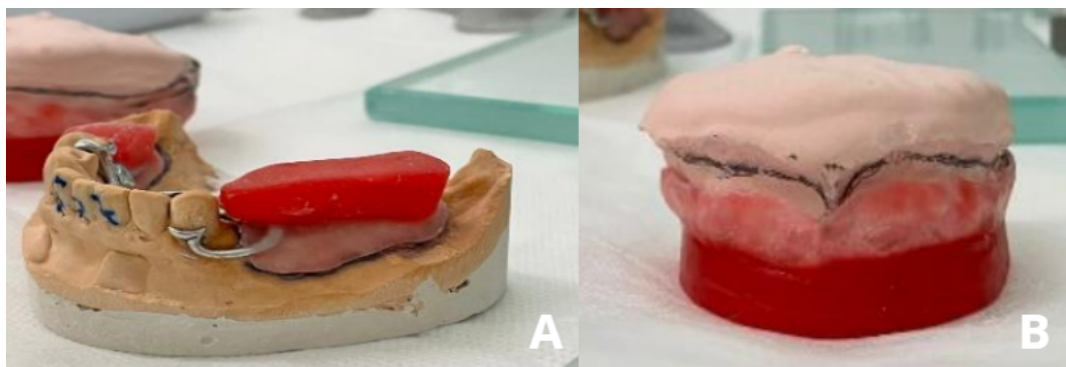


Figura 9- (A)Estrutura metálica e (B) plano de cera

Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 10- Prova do plano de cera

Fonte: Arquivo pessoal.

A perda severa de tecido dentário e ósseo resultou em um colapso da DVO. Para sua restauração, seguimos três métodos clínicos: Método estético-fonético: avaliação da

silabificação com fonemas “S” e “M”, para verificar o espaço interoclusal fisiológico, conforme orientações de Pegoraro et al. (2013); A medição da DVO foi estabelecida com auxílio dos testes métricos com o instrumental Compasso de *Willis*, avaliando a altura da comissura da boca ao canto externo do olho essa mesma medida precisa bater com a medição da paciente em oclusão com as próteses, e fonético. Após isso foi feito o registro maxilo mandibular (figura 11) com silicona de adição leve (FGM).

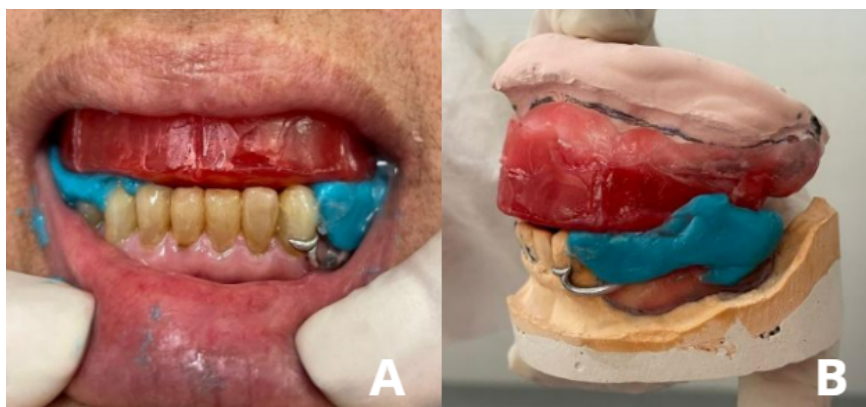


Figura 11- Registro maxilo-mandibular em boca - vista frontal (A) e vista lateral (B).

Fonte: Arquivo pessoal.

A etapa seguinte foi a prova dos dentes da PT e da PPR (figura 12) para garantir um resultado satisfatório e aprovado pela paciente para ser enviado para a acrilização. Logo após retorno do laboratório foi feito a instalação e ajuste de ambas as próteses. Após a prova dos dentes, as peças foram enviadas para o laboratório para a acrilização.



Figura 12- Prova dos dentes em cera.

Fonte: Arquivo pessoal.

A reabilitação protética foi concluída com sucesso, respeitando os critérios

estéticos, funcionais e biológicos. A prótese foi cuidadosamente adaptada, promovendo conforto e harmonia no sorriso da paciente. O resultado pode ser observado na Figura 13, que ilustra a vista frontal da prótese instalada, e na Figura 14, que evidencia o tratamento concluído sob diferentes ângulos.



Figura 13 - Vista frontal da prótese instalada ao final do tratamento.

Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 14 - Tratamento concluído: vista lateral esquerda (A), vista lateral direita (C) e vista frontal (B).

Fonte: Arquivo pessoal.

A paciente teve consultas de retorno em que foram reforçadas as instruções de higiene oral, assim como observado se não havia nenhum machucado na mucosa provocado pelas próteses. Quanto ao bruxismo, não foram observados sinais de desgaste na prótese superior e resinas inferiores.

6 DISCUSSÃO

A reabilitação oral em pacientes com mobilidade dentária associada ao bruxismo é um desafio clínico complexo, que exige uma abordagem multidisciplinar e personalizada. No caso clínico relatado, a interação entre periodontia, oclusão e prótese foi essencial para restaurar não apenas a função mastigatória, mas também a saúde periodontal, a estética dental e facial.

O bruxismo, um fator central neste caso, é definido como uma atividade parafuncional dos músculos mastigatórios, podendo ocorrer tanto durante o sono quanto em vigília. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 40% da população brasileira sofre de bruxismo, índice superior à média mundial (Manfredini; Lobbezoo, 2015). O bruxismo pode exercer forças excessivas nos dentes e nas estruturas periodontais, o que, no caso da paciente, levou a desgaste dentário severo, associando-se à presença de lesões de (desgaste incisal). Essas lesões ocorrem devido à sobrecarga mecânica ou oclusão inadequada, resultando em fraturas nos dentes (Giargia; Lindhe, 1997).

A presença do bruxismo severo, observada por meio do desgaste incisivo acentuado, foi um indicativo do impacto das forças parafuncionais na mobilidade dentária. A mobilidade dentária nos incisivos superiores foi identificada como grau II, associada à perda óssea significativa. Essa relação entre bruxismo e destruição periodontal reforça a necessidade de tratamento oclusal específico para controlar o impacto dessas forças e evitar complicações adicionais (Manfredini, D.; Lobbezoo, F., 2015).

A perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) observada na paciente foi um desafio significativo na reabilitação. A redução da DVO compromete a função mastigatória, a estética facial e a saúde das articulação temporomandibular (Pegoraro *et al.*, 2013). A restauração da DVO foi realizada com base em critérios clínicos sólidos, utilizando o método fonético, análise do plano de Camper e o registro interoclusal com auxílio dos testes métricos, fisiológicos e estéticos. Essas técnicas permitem restabelecer a relação cêntrica e equilibrar a oclusão da paciente (Bargellini *et al.*, 2020).

A prótese total superior desempenhou um papel crucial nesse processo, ao restabelecer a altura da mordida e distribuir as forças mastigatórias de maneira mais equilibrada. Laport (2017) destaca que o restabelecimento da DVO é fundamental não apenas para corrigir a estética facial, mas também para prevenir distúrbios temporomandibulares e sobrecarga nas estruturas periodontais remanescentes e para estabilizar o sistema estomatognático.

A combinação da PT e da PPR foi essencial para garantir a estabilidade funcional e periodontal da paciente. O planejamento das próteses deve considerar a redistribuição das forças oclusais para minimizar o impacto sobre os dentes remanescentes. A escolha do tipo de prótese é um fator determinante para o sucesso da reabilitação, e, neste caso, a PPR foi projetada com base na classificação de Kennedy Classe I, que se caracteriza pela perda de dentes posteriores bilateralmente com preservação dos dentes anteriores. A adaptação da prótese parcial removível inferior foi feita com um planejamento cuidadoso, utilizando grampos Y e apoios sorriso invertido e infraestrutura metálica em cobalto-cromo, que garantiram retenção e resistência, prevenindo sobrecarga nos dentes pilares. Bargellini *et al.* (2020) reforçam que a reanatomização dos dentes remanescentes com resina composta é crucial para a estabilidade da reabilitação protética em pacientes bruxistas. Isso ajuda a minimizar os pontos de contato excêntricos e prolonga a durabilidade das próteses.

A reabilitação oral em pacientes com edentulismo afeta não apenas a saúde bucal, mas também o bem-estar psicológico e social. A perda dentária pode gerar impactos negativos na autoestima e nas interações sociais dos pacientes. No caso da paciente relatada, a busca pela reabilitação oral não se restringiu apenas à restituição da função mastigatória, mas também à restauração da sua imagem pessoal e social. O impacto da perda dentária, mesmo com o uso de próteses, não deve ser subestimado, pois pode levar a sentimentos de vergonha e incompletude (Beloni; Vale; Takahashi, 2013).

A reabilitação oral em pacientes com mobilidade dentária agravada pelo bruxismo exige uma abordagem multidisciplinar, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também os psicossociais. No caso da paciente relatada, a combinação de tratamento periodontal previamente, assim como a estabilização oclusal e reabilitação protética foi fundamental para restabelecer a função mastigatória, a estética facial e a saúde periodontal.

7 CONCLUSÃO

A perda dentária precoce tem impactos significativos nos remanescentes dentários e isso é agrado em casos de pacientes com hábitos parafuncionais como é o caso do bruxismo. No caso em questão, foi possível observar os danos tanto periodontais, como também funcionais e estéticos devido a associação da perda dentária com o bruxismo. O restabelecimento e estabilização da DVO com prótese total e prótese parcial removível em pacientes com bruxismo foi satisfatória para a melhoria da qualidade de vida da paciente, estética e funcional. Vale destacar, ainda, a importância da terapia periodontal de suporte e acompanhamento do hábito parafuncional da paciente como fatores de grande importância na longevidade do tratamento.

REFERÊNCIAS

- BARGELLINI, A. *et al.* Sleep bruxism and related risk factors in adults: a systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 47, n. 6, p. 709-723, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28692828/>. Acesso em 23 de março de 2025.
- BELONI, W. B.; VALE, H. F.; TAKAHASHI, J. M. F. K. Avaliação do grau de satisfação e qualidade dos portadores de prótese dental. **RFO**, v. 18, n. 2, p. 160-164, 2013. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/3255>. Acesso em : 28 de março de 2025.
- GIARGIA, M.; LINDHE, J. Tooth mobility and periodontal disease. **J Clin Periodontol**, v. 24, n. 11 p. 786-795, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9402498/>. Acesso em: 28 de março de 2025.
- GLAROS AG. *et al.* Bruxism defined and graded: an international consensus. **J Oral Rehabil**, v. 40, n. 1, p. 2-4, 2013 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23121262/>. Acesso em: 28 de março de 2025.
- MISURIYA, A. *et al.* Partial edentulism based on Kennedy's classification: an epidemiological study. **The journal of contemporary dental practice** , v. 15, n. 2, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Abhinav-Misuriya/publication/264539394_Partial_Edentulism_based_on_Kennedy's_Classification_An_Epidemiological_Study/links/57a9d2b608ae42ba52abe747/Partial-Edentulism-based-on-Kennedys-Classification-An-Epidemiological-Study.pdf. Acesso em : 25 de março de 2025.
- LAPORT, L. B. R. 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: 28 de março de 2025.
- NAKAYAMA R.; NISHIYAMA A.; SHIMADA M. Bruxism-Related Signs and Periodontal Disease: A Preliminary Study. **Open Dent J** , v. 31, n. 12, p. 400-405, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5997850/>. Acesso em: 28 de março de 2025.
- LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740050/> . Acesso em: 28 de março de 2025.
- MANFREDINI, D. *et al.* Bruxism: definition, etiology, and risk factors. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 2020. Disponível em: <https://franklinsusanibar.com/wp-content/uploads/2021/05/2019-Mandredini-Bruxism-a-summary-of-current-knowledge-on-etiology.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2025.
- MANFREDINI D.; AHLBERG J.; LOBBEZOO F. Bruxism definition: Past, present, and future - What should a prosthodontist know? **J Prosthet Dent**, v. 128, n. 5, p. 905-912, 2022. Disponível em: doi: 10.1016/j.prosdent.2021.01.026. Acesso em: 28 de março de 2025.
- HARDY R.S.; BONSOR S.J. The efficacy of occlusal splints in the treatment of bruxism: A systematic review. **J Dent**, v. 108, 2021. Disponível em: doi: 10.1016/j.jdent.2021.103621. Acesso em: 23 de março de 2025.

MANFREDINI, D. *et al.* The bruxism construct: From cut-off points to a continuum spectrum. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 46, n. 11, p. 991-997, nov. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joor.12833>. Acesso em: 30 março 2025.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. **Journal of Orofacial Pain**, v. 29, n. 2, p. 131-137, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19492540/>. Acesso em: 28 de março de 2025.

VERÍSSIMO A. H. *et al.* Incidence and risk factors for non-adaptation of new mandibular complete dentures: a clinical trial. **Clin Oral Investig**, v. 26, n. 6, p. 4633-4645, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35239016/>. Acesso em: 28 de março de 2025.

NEWMAN, M. G. *et al.* **Carranza – Periodontia clínica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159464/>. Acesso em: 25 de março de 2025.

OKESON, J. P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. 8. ed. St. Louis: Mosby, 2019. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595157873/>. Acesso em: 25 de março de 2025.

PEGORARO, L. F. *et al.* **Prótese fixa: bases para o planejamento em reabilitação oral**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536701820/>. Acesso em: 25 de março de 2025.

SILVA, C. S.; ALMEIDA, B.; RODRIGUES, C. R. T. Apresentação de um método alternativo para seleção de dentes de prótese total. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 9, n. 1, p. 36-40, 2015. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_220056.pdf. Acesso em: 23 de março de 2025.

RUPE, C. *et al.* Influence of mobility on the long-term risk of tooth extraction/loss in periodontitis patients. A systematic review and meta-analysis. **J Periodontal Res**, v. 59, n. 6, p. 1047-1061, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9402498/> doi: 10.1111/jre.13286. Acesso em: 28 de março de 2025.

URIBE F, JANAKIRAMAN N, NANDA R. Interdisciplinary approach for increasing the vertical dimension of occlusion in an adult patient with several missing teeth. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 143, n. 6, p. 867-76, 2023. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_220056.pdf. Acesso em 28 de março de 2025.

WATANABE C. *et al.* Effect of night dentures on tooth mobility in denture wearers with sleep bruxism: A pilot randomized controlled trial. **J Prosthodont Res**, v. 66, n. 4, p. 564-571, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34789636/>. Acesso em: 23 de março de 2025.

APÊNDICE



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM MOBILIDADE PERIODONTAL ASSOCIADA AO BRUXISMO: RELATO DE CASO

Pesquisador: Fernanda Araujo Sampaio Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86035024.8.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.419.222

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado "Reabilitação Oral em Pacientes com Mobilidade Periodontal Associada ao Bruxismo: Relato de Caso" tem como finalidade analisar a relação entre bruxismo e mobilidade dentária, além de planejar e executar uma reabilitação oral abrangente para um paciente com comprometimento periodontal severo devido ao bruxismo. O projeto será conduzido na Clínica Escola de Odontologia da Unichristus e seguirá as diretrizes éticas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem os seguintes objetivos:

Compreender a relação entre bruxismo e mobilidade dentária;

Desenvolver um plano de tratamento para reabilitação oral;

Aplicar técnicas de confecção de próteses totais e parciais removíveis;

Monitorar os resultados clínicos e impactos na qualidade de vida da paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos inerentes a qualquer procedimento odontológico, incluindo:

Intercorrências cirúrgicas em múltiplas exodontias;

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

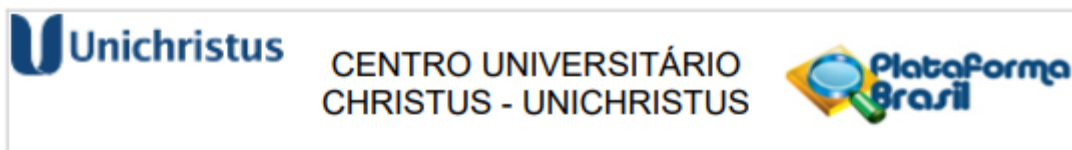
CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.419.222

Insatisfação com o resultado final da reabilitação protética;
Possibilidade de quebra de sigilo, caso o caso clínico seja divulgado em eventos acadêmicos;
Desconforto e adaptação da paciente ao longo do tratamento.

Os benefícios apontados pelos pesquisadores foram:

Melhoria da estética e funcionalidade bucal da paciente;
Aumento da autoestima e reinserção social;
Avanço do conhecimento acadêmico sobre reabilitação oral em casos complexos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e está em conformidade com os princípios éticos da Resolução CNS 466/2012, garantindo que:

1. A participação da paciente será voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
2. Haverá acompanhamento clínico rigoroso para minimizar riscos;
3. Os dados coletados serão tratados com sigilo e anonimato;
4. A paciente poderá desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo ao seu tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os seguintes termos: folha de rosto, projeto completo, TCLE, carta de anuência, orçamento e cronograma.

Recomendações:

NA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da análise ética do estudo, conclui-se que a pesquisa está alinhada com as boas práticas clínicas e acadêmicas, proporcionando um impacto positivo na vida da paciente. O protocolo adotado visa garantir segurança, transparência e respeito aos princípios éticos. Assim, recomenda-se a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.419.222

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2455959.pdf	10/12/2024 20:29:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/12/2024 20:28:52	Fernanda Araujo Sampaio Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	10/12/2024 20:28:13	Fernanda Araujo Sampaio Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/12/2024 20:27:10	Fernanda Araujo Sampaio Nogueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/12/2024 20:18:58	Fernanda Araujo Sampaio Nogueira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	10/12/2024 20:18:28	Fernanda Araujo Sampaio Nogueira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/12/2024 10:22:44	Fernanda Araujo Sampaio Nogueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br

ANEXOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Marcia Sousa, você esta sendo convidada, pela pesquisadora Fernanda Araújo Sampaio, da clínica odontológica do centro Universitário Christus, a participar de um estudo do tipo Relato de caso, intitulado: **REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM MOBILIDADE PERIODONTAL ASSOCIADA AO BRUXISMO: RELATO DE CASO**. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre o estudo que estaremos fazendo. A sua participação é importante, porém você não deve participar contra sua vontade e sem sua autorização. Leia atentamente as informações abaixo, e faça qualquer pergunta que desejar que teremos prazer em esclarecê-las.

1. TÍTULO DA PESQUISA:

Reabilitação oral em pacientes com mobilidade periodontal associada ao bruxismo: **RELATO DE CASO**

2. PESQUISADORA:

Dra. **FERNANDA ARAUJO SAMPAIO NOGUEIRA**

OBJETIVO DO ESTUDO:

Relatar e descrever os procedimentos relacionados ao tratamento funcional e estético restaurador de uma paciente com desgastes dentários causados por um colapso oclusal.

3. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO:

O tratamento proposto é considerado de grande importância a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para a paciente, na melhora da estética e funcionalidade da saúde oral, e, como consequência, melhoras no bem-estar social e psicológico, além de contribuir com a literatura odontológica e outros casos que podem ser tratados de forma semelhante. Apesar dos benefícios, riscos comuns, presentes em qualquer tratamento odontológico podem ser considerados, como insatisfação com o resultado final do tratamento, quebra acidental de sigilo, a possibilidade de desconforto durante o tratamento, o não resultado desejado caso a paciente não colabore com o tratamento e o constrangimento da paciente por ter seu caso apresentado em pesquisas e congressos.

4. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação é voluntária e tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar, para isso você deve informar imediatamente sua decisão aos pesquisadores, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir de forma alguma em seu atendimento médico-odontológico.

5. GARANTIA DE SIGILO:

Os pesquisadores se comprometem a resguardar todas as informações individuais, tratando-as com impessoalidade e não revelando a identidade do sujeito que as originou, durante e após o estudo. Além disso, as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa e a divulgação destas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. As imagens e os dados poderão ser publicados em revistas científicas, porém seu nome será preservado. Os pesquisadores garantem que as imagens e os dados serão utilizados somente para esta pesquisa.

6. CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO:

Eu Marlúcia Sousa 64 anos, portadora do RG n° 2021049552-3, declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e também sobre o estudo e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou plenamente de acordo com a realização do estudo e com a utilização das imagens para publicações em revistas ou artigos científicos. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso afirmo estar livre e espontaneamente decidido a autorizar a minha participação no estudo e declaro ainda estar recebendo uma via deste termo.

Fortaleza (CE), 31 de Outubro de 2024

Marlúcia Sousa
SUJEITO DA PESQUISA

Marlúcia Sousa
ASSINATURA

FERNANDA SAMPAIO
PESQUISADOR

Fernanda Sampaio
ASSINATURA

Endereço do Pesquisador:

Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE,
CEP 60190-060; Tel: (85) 98195-6976.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, Marcilene Sousa RG 2021049552-3
 CPF 357-144-173-72, residente à R. Francisco da Pa.

Concedo a Cidade Fortaleza, Estado CE CEP 60811-200 autorizo a equipe do Projeto REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM MOBILIDADE PERIODONTAL ASSOCIADA AO BRUXISMO: RELATO DE CASO" a utilizar as imagens obtidas durante o meu tratamento odontológico, sejam elas digitalizadas ou impressas, para a finalidade de registros, documentação odontológica, pesquisas, cursos, publicações em livros, revistas científicas, álbuns, aulas, congressos, galerias e/ou fóruns odontológicos, ou ainda, em quaisquer outros meios de comunicação, inclusive redes sociais, desde que respeitadas as normativas do Conselho Federal de Odontologia.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte da equipe do projeto supracitado.

Fortaleza-CE, 31/10/2024

Marcilene Sousa

Assinatura do paciente