

Trabalho de Conclusão de Curso

PLANEJAMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL DE PACIENTE COM BRUXISMO E EROSÃO DENTÁRIA

BEATRIZ BOPPRÉ



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Beatriz Boppré

**PLANEJAMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL DE PACIENTE COM BRUXISMO E
EROSÃO DENTÁRIA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jussara Karina Bernardon

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Boppré, Beatriz

Planejamento estético e funcional de paciente com
bruxismo e erosão dentária / Beatriz Boppré ; orientador,
Jussara Karina Bernardon, 2019.

40 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Bruxismo. 3. Erosão dentária. 4.
Planejamento estético. 5. Planejamento funcional. I.
Bernardon, Jussara Karina. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III. Título.

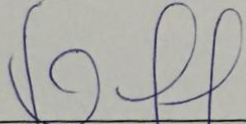
Beatriz Boppré

**PLANEJAMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL DE PACIENTE COM
BRUXISMO E EROSÃO DENTÁRIA**

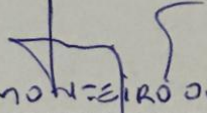
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de maio de 2019.

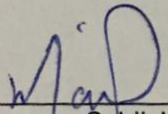
Banca Examinadora:



Prof.^a, Dr.^a Jussara Karina Bernardon,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof., Dr. Sylvio Monteiro Júnior
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof., Me. Maynara Schlickmann de Freitas
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico à minha família que se fez presente ao longo dessa jornada. Especialmente aos meus pais, meu marido e filho.

Obrigada, mil vezes obrigada por todos os conselhos, companheirismo e dedicação ao longo desses últimos anos.

Amo-os de todo meu coração!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me concedido a vida, ter guiado e abençoado todos os meus passos e por ter posto ao meu lado as melhores pessoas.

A minha família. Ah, o que eu seria sem eles... Pai, você é meu exemplo de ser humano neste mundo, você que nunca desistiu de mim. Obrigada por ter acreditado no meu potencial e por ter sido o melhor incentivador que eu poderia ter. Mãe, você honra o verdadeiro significado da palavra mãe, sem você eu com certeza não conseguiria fazer um terço do que eu consegui realizar. O seu amor e sua dedicação por mim, pelo Rafa e pelo Ezequiel foi combustível para minha jornada.

Ao meu marido Ezequiel, que com todo seu amor e paciência levou essa graduação junto comigo. Eu não poderia ser mais abençoada, aliás, poderia sim, e fui! Deus me enviou uma benção, um filho. Agradeço a você meu filho! Agora você não entende muito, mas você não faz ideia do quanto a sua chegada transformou sua mãe. Obrigada por me tornar uma pessoa cada dia melhor e fazer de mim a melhor versão.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Jussara, que conseguiu com seu jeitinho transmitir um conhecimento fantástico e me inspirar cada vez mais nesta profissão.

As mestrandas Bruna Chrispim e Joana Maia que com toda paciência e dedicação me ajudaram a planejar e realizar todas as fotografias necessárias para este trabalho.

A doutoranda Maynara Freitas pelo apoio e incentivo, você se tornou uma amiga para mim.

A minha amiga Mayara Toledo, que foi extremamente fundamental para que a minha formação se concretizasse. Obrigada por todas as leituras e releituras, foi maravilhoso poder ter alguém para comentar e criticar algo que estava sendo elaborado.

As amigas que a Odontologia UFSC me deu: Bruna, Juliana, Patrícia, Luiza, Carol Del Prato, Carol Fernandes, Maria, Camila Ventura, Camila Nolasco, Melina, Ana Luíza. O convívio diário, a rotina estabelecida e o laço que construímos me fazem sair da faculdade com as melhores e mais divertidas lembranças.

Aos meu professor Doutor Sylvio Monteiro Júnior que com muito prazer fiz questão de estar na minha banca. Você é um ser humano incrível, sinto-me guiada e protegida perto de você.

Aos melhores professores que essa Universidade poderia ter. Vocês inspiram por demais.

A todos que, de alguma maneira ou em determinado momento me ajudaram nesta jornada longa, cansativa e extremamente gratificante. Meus sinceros agradecimentos, vocês têm um lugar especial no meu coração!

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente que, por meio de uma anamnese minuciosa e de um exame clínico, foi diagnosticado com provável Bruxismo em vigília e Erosão dentária por exposição ácida extrínseca. Para o tratamento deste paciente foi imprescindível uma análise funcional detalhada, onde foi feita uma moldagem superior e inferior das arcadas para obtenção de modelos de estudo, com posterior montagem dos modelos em articulador semi-ajustável e, uma análise estética realizada por meio de fotografias captadas com uma câmera profissional Nikon D5200 com lente macro 105mm e um flash R1C1 nikon, seguindo um protocolo fotográfico. O estabelecimento de um correto diagnóstico orienta o planejamento do caso e permite uma melhor qualidade e previsibilidade do tratamento a ser realizado.

Palavras-chave: Bruxismo. Erosão Dentária. Odontologia

ABSTRACT

The objective of this work is to report the clinical case of a patient who, through a detailed anamnesis and a clinical examination, was diagnosed with probable bruxism in wakefulness and dental erosion due to extrinsic acid exposure. For the treatment of this patient it was essential a detailed functional analysis, where an upper and lower molding of the arches was made to obtain study models, with later assembly of the models in a semi-adjustable articulator, and an aesthetic analysis carried out by means of captured photographs with a professional Nikon D5200 camera with a 105mm macro lens and a Nikon R1C1 flash, following a photographic protocol. The establishment of a correct diagnosis guides the planning of the case and allows a better quality and predictability of the treatment to be performed.

Keywords: Bruxism. Dental Erosion. Community Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 (a, b, c, d) - Conjunto de fotos de face paciente em posição frontal. a. Face com dentes em oclusão b. Face com lábios em repouso c. Face com sorriso normal d. Face com sorriso forçado e. Face com sorriso bem forçado | 21 |
| FIGURA 2 (a, b, c, d) - Conjunto de fotos de face paciente em 45° lado esquerdo. a. Face com dentes em oclusão b. Face com lábios em repouso c. Face com sorriso normal d. Face com sorriso forçado..... | 21 |
| FIGURA 3 (a, b, c, d) - Conjunto de fotos de face paciente em 45° lado direito. a. Face com dentes em oclusão b. Face com lábios em repouso c. Face com sorriso normal d. Face com sorriso forçado..... | 22 |
| FIGURA 4 (a,b,c,d) - Conjunto de fotos de face paciente em perfil. a. Face com dentes em oclusão b. Face com lábios em repouso c. Face com sorriso normal d. Face com sorriso forçado..... | 22 |
| FIGURA 5 (a,b,c,d) - Fotos dentolabiais. a. dentolabial frontal sorrindo b. dentolabial frontal em repouso c. dentolabial perfil sorrindo | 22 |
| FIGURA 6 (a,b,c,d) - Conjunto de fotos intraorais. a. Intraoral em oclusão frontal b. dentes superiores com contraste c. Lateral lado direito d. Lateral lado esquerdo e. Oclusal superior f. Oclusal inferior | 22 |
| FIGURA 7 - Análise da distância interpupilar..... | 23 |
| FIGURA 8 - Face com selamento labial..... | 23 |
| FIGURA 9 - Face com lábios em repouso..... | 23 |
| FIGURA 10 - Face com sorriso forçado..... | 24 |
| FIGURA 11 - Análise de classificação de perfil | 24 |
| FIGURA 12 - Análise da linha E | 24 |
| FIGURA 13 - Análise do ângulo nasolabial | 25 |
| FIGURA 14 - Dispositivo interoclusal..... | 25 |
| FIGURA 15 - Registro de dimensão facial..... | 26 |
| FIGURA 16 - Modelos em articulador..... | 26 |
| FIGURA 17 - Demarcação de contato prematuro oclusal..... | 26 |
| FIGURA 18 - Enceramento diagnóstico..... | 27 |
| FIGURA 19 – Mock-up visão dentolabial..... | 27 |
| FIGURA 20 – Mock-up sorriso leve..... | 27 |
| FIGURA 21 - Mock-up sorriso forçado..... | 27 |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 13 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 13 |
| 3. | REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 3.1 | BRUXISMO | 14 |
| 3.2 | EROSÃO DENTÁRIA..... | 16 |
| 3.1 | PLANEJAMENTO ESTÉTICO..... | 17 |
| 3.2 | PLANEJAMENTO FUNCIONAL..... | 18 |
| 4. | METODOLOGIA | 20 |
| 4.1 | RELATO DE CASO CLÍNICO..... | 21 |
| 5. | DISCUSSÃO | 28 |
| 6. | CONCLUSÃO | 31 |
| | REFERÊNCIAS | 32 |
| | APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 35 |
| | APÊNDICE II – Termo de Consentimento | 37 |
| | ANEXO I - Ata de Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso | 38 |
| | ANEXO II – Carta de Aprovação do Comitê de Ética | 39 |

1 INTRODUÇÃO

Desde o seu surgimento, a odontologia tem como princípios a promoção de saúde e o respeito biológico nos tratamentos propostos ao indivíduo, transmitindo cuidados físicos e atingindo resultados, acima de tudo, fisiológicos. Com os avanços tecnológicos e a evolução da técnica, a mesma área passou também a cuidar de aspectos psicológicos por meio de reabilitações estéticas que pudessem se adaptar ao estilo de vida do paciente (CHANG *et al.*, 2011). Além de uma maior exigência quanto ao resultado, os pacientes adultos também procuram por tratamentos que sejam rápidos, e geralmente possuem queixas estéticas e funcionais definidas, apresentando na maioria das vezes quadros crônicos de parafunção e complicações periodontais (MYASHITA, 2006).

De acordo com Cardoso (2003), o bruxismo é o termo usado para o contato estático ou dinâmico da oclusão dos dentes em momentos que não incluem as funções normais da mastigação e/ou deglutição. O problema consiste em um processo de perda progressiva de estrutura dentária, sem o envolvimento bacteriano, praticado inconscientemente e espontaneamente, podendo ser repetido em intervalos regulares. Trata-se de um hábito parafuncional comum com etiologia multifatorial que pode ocorrer durante o sono e a vigília (LOBBEZOO *et al.*, 2018). O bruxismo não apresenta efeitos graves, mas pode, em alguns pacientes, ter consequências patológicas como desgaste dentário, trauma oclusal e hipertrofia dos músculos mastigatórios (DESHPANDE; MHATRE, 210). Ainda assim, um diagnóstico clínico preciso baseado nos sinais e sintomas, e quando possível confirmado também pelo paciente ou familiar, levará a um tratamento individualizado e eficaz, garantindo a satisfação com os resultados (CARDOSO, 2003).

Já a erosão dentária pode ser definida clinicamente como a perda progressiva e irreversível do tecido dentário duro que ocorre devido a um processo químico que não envolve bactérias. Pode ter causas extrínsecas ou intrínsecas, sendo a primeira relacionada a fatores que incluem bebidas ácidas e alimentos ácidos como frutas cítricas e alguns medicamentos, como preparações efervescentes de vitamina C (LI; ZOU; DING, 2012), e a segunda referente ao resultado do ácido endógeno, ou ácido gástrico, que entra em contato com os dentes durante vômitos recorrentes, regurgitação ou refluxo (MOSS, 1998). A erosão dentária é considerada, portanto, uma patologia destrutiva, lenta, gradual, progressiva e irreversível dos tecidos duros dentais, de origem multifatorial. A desmineralização por ácidos e/ou produtos quelantes, consequência da erosão dentária, leva ao amolecimento da superfície dental e, conseqüentemente, a uma baixa resistência ao desgaste (CARDOSO, 2003).

Sob esta perspectiva, em casos como o que será abordado neste estudo, de uma reabilitação de múltiplos dentes, o uso do articulador semi-ajustável (ASA) não só torna o trabalho mais claro e didático, como também auxilia no diagnóstico, guia o planejamento e permite maior precisão nos trabalhos a serem realizados (CARDOSO, 2003). A análise oclusal realizada em ASA auxilia na observação da presença dos contatos oclusais e de interferências, assim como sua participação durante os movimentos de lateralidade e protrusão e no adequado fechamento mandibular, permitindo a visualização da relação entre os contatos retruídos em relação cêntrica (RC) e máxima intercuspidação habitual (MIH) (OKESON, 1993). Da mesma forma, o uso de fotografias de face, intraorais e dentolabiais, aliadas a um exame clínico e radiográfico juntamente com modelos de estudo bem executados, são auxiliares no diagnóstico e imprescindíveis na realização de um bom plano de

tratamento estético individualizado, integrando forma, biologia e função (CARDOSO *et al.*, 2015).

Neste contexto, o objetivo do presente trabalho é apresentar, por meio de um relato de caso, o planejamento estético e funcional de um paciente que apresenta desgaste de estrutura dental dura por bruxismo associado à erosão dentária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar o tratamento estético e funcional de um paciente que apresenta bruxismo e erosão dentária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 – Realizar uma análise estética por meio de fotogradas intraorais e extraorais seguindo um protocolo fotográfico.

2.2.2 – Realizar uma análise funcional a partir da montagem do articulador semi-ajustável.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BRUXISMO

Bruxismo é uma condição definida como uma atividade repetitiva dos músculos da mandíbula caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes e/ou pelo empurrão ou contraventamento da mandíbula (LOBBEZOO et al., 2013).

Segundo Nadler (1957), grande parte da população, incluindo todas as faixas etárias, são afetadas pelo bruxismo. Trata-se, portanto, de uma condição bastante comum e estima-se que entre 85% e 90% da população, em algum momento, rangem ou apertam os dentes até certo ponto (COMMISSO; MARTÍNEZ-REINA; MAYO, 2014). Ainda assim, faz-se necessário ressaltar que em indivíduos saudáveis o bruxismo é considerado como um fator de risco, e não como um distúrbio, podendo ou não ser um fator de risco para certas consequências clínicas (LOBBEZOO et al., 2018).

Os principais fatores associados ao bruxismo são os psicossociais, caracterizados pelo estresse e certas características de personalidade, os fatores centrais e neurotransmissores especiais, os fatores fisiopatológicos, os distúrbios do sono como apneia do sono e ronco, e o envolvimento do sistema dopaminérgico (CARLSSON; MAGNUSSON, 1999), além ainda dos fatores genéticos (WEIPING et al., 2015) e do uso de álcool, drogas e tabaco (LOBBEZOO; NAEIJE, 2001).

O bruxismo pode apresentar duas manifestações clínicas distintas, podendo ocorrer durante a vigília (indicado como bruxismo acordado) ou durante o sono (indicado como o bruxismo do sono). No primeiro caso, a condição é definida como uma atividade dos músculos mastigatórios que promove o contato sustentado ou repetitivo com os dentes e/ou pelo contraventamento da mandíbula (LOBBEZZO et al., 2018), e está associada principalmente com fatores como estresse, ansiedade, responsabilidades tanto familiares quanto no trabalho, dentre diversos sintomas psicopatológicos (WEIPING et al., 2015). Com base em sua etiologia, seu controle é realizado por meio de acompanhamento e de terapia cognitivo-comportamental, a qual visa conscientizar o paciente a respeito dos fatores de risco e dos seus hábitos parafuncionais, para que assim o mesmo controle sua parafunção oral em vigília (CARRA et al., 2015).

Já o bruxismo do sono é definido como uma atividade dos músculos mastigatórios que ocorre durante o sono, sendo caracterizada como rítmica (fásica) ou não-rítmica (tônica) (LOBBEZZO et al., 2018). Sua prevalência varia de 3,5% a 40,6% na população. Possui etiologia multifatorial, incluindo fatores psicossociais, genéticos, uso de algumas drogas (álcool, tabaco e cafeína) e medicamentos que funcionam como inibidores seletivos de certos neurotransmissores, além de outros fatores centrais (MANFREDINI et al., 2015).

Publicações recentes sugerem que o bruxismo do sono é secundário a microdespertares relacionados ao sono, uma vez que o mesmo ocorre em grupos de despertares transitórios que preparam um cérebro adormecido para agir conforme necessário após um súbito despertar do sono (ALSHAHRI; HARALUR; ALQARNI, 2017). Ainda assim, salienta-se que não há uma terapia única para seu tratamento, pois a prática odontológica visa apenas administrar e prevenir as suas consequências prejudiciais (CARRA et al., 2015). Recomenda-se, portanto, que seja realizada uma abordagem baseada em uma combinação de estratégias de

aconselhamento/comportamento, uso de placas e drogas de ação central, visto que é regulado pelo sistema nervoso central (MANFREDINI et al., 2015). A placa oclusal além de servir como meio de diagnóstico para tal condição é eficaz para o seu controle (CARDOSO et al., 2003).

Para se realizar uma correta avaliação do bruxismo, são utilizados dois tipos de abordagens: a não instrumental e a instrumental. Na primeira, a coleta de informações se dá por meio do auto-relato do paciente em conjunto com um questionário e a avaliação clínica. Na segunda, as informações são obtidas através de exames de eletromiografia e polissonografia, usados para diagnosticar bruxismo em vigília e bruxismo do sono (LOBBEZOO et al., 2018).

Ainda dentro da avaliação, é indicado o uso de um sistema de classificação de diagnóstico dividido em três resultados esperados, tanto para o bruxismo em vigília quanto o do sono. São eles: possível bruxismo, baseado apenas no auto-relato do paciente; provável bruxismo, o qual se apoia na inspeção clínica em conjunto com o auto-relato do paciente e; bruxismo definitivo, detectado a partir de uma abordagem instrumental com exames de eletromiografia para o bruxismo em vigília e polissonografia para o bruxismo do sono (LOBBEZZO et al., 2018).

As principais consequências do bruxismo são os problemas dentários como desgaste dental, a hipertrofia de músculos mastigatórios, as fraturas ou falhas nas restaurações, as dores de cabeça e na articulação temporomandibular bem como recortes na língua ou no lábio e/ou uma linha alba na parte interna da bochecha (LOBBEZOO et al., 2018). Além disso, tal condição pode ser um fator de risco para complicações técnicas ou mecânicas na reabilitação protética, podendo contribuir para uma dor miofascial, exacerbar distúrbios temporomandibulares, induzir cefaleias tensionais e interferir no sono do(a) parceiro(a) ou família, no caso do bruxismo do sono (WEIPING et al., 2015).

Desta forma, o tratamento deve ser realizado quando há o surgimento de qualquer uma dessas consequências, sendo imprescindível identificar seus fatores etiológicos, de maneira a estabelecer um correto diagnóstico para a garantia do sucesso do tratamento, que pode ser local, sistêmico, tratamento psicológico ou suplementar (LOBBEZOO et al., 2008).

3.2 EROÇÃO DENTÁRIA

A erosão dentária é definida como uma perda de tecido dentário duro (esmalte e/ou dentina) que ocorre devido ao ataque químico de ácidos, sem o envolvimento de bactérias. Pode ser classificada de acordo com a etiologia do ácido, que pode ser de origem extrínseca ou intrínseca (ECCLES, 1974).

As exposições ácidas extrínsecas incluem o consumo de bebidas e alimentos ácidos (refrigerante, vinhos, frutas cítricas e molhos para salada), drogas ácidas, bem como a exposição ocupacional ao ácido que pode ocorrer em trabalhadores industriais ou em nadadores devido à exposição ao ácido clorídrico. A presença e o grau de extensão da condição erosiva dependem do quanto erosiva é a solução causadora, qual a sua frequência e o tipo de consumo versus as propriedades da saliva (composição, pH, ação tamponante). O consumo de frutas cítricas mais de duas vezes por dia, a ingestão diária de refrigerante e o consumo semanal de vinagre ou bebidas esportivas podem, de forma significativa, aumentar o risco de erosão (KANZOW et al., 2016).

Já o fator intrínseco se relaciona com a presença de suco gástrico na boca devido a frequentes vômitos ou distúrbios de regurgitação. As desordens gastrointestinais incluem distúrbios alimentares como bulimia e anorexia nervosa, e condições médicas dos distúrbios gastrointestinais, metabólicos, neurológicos e do sistema nervoso central. Gravidez, vômito induzido e síndrome de vômito psicogênico também são relatados como causas para a erosão (ALSHAHRI; HARALUR; ALQARNI, 2017)

A erosão em estágio inicial resulta em concavidades de superfície lisa ou em escavações em pontas de cúspides. A erosão extrínseca normalmente se localiza nas superfícies vestibulares dos dentes anteriores, enquanto que a erosão extrínseca afeta mais frequentemente as superfícies palatais e oclusais (KANZOW et al., 2016).

O diagnóstico clínico de erosão dentária depende de uma anamnese detalhada onde informações sobre saúde geral, hábitos dietéticos e de higiene bucal, exposição a fluoretos, hábitos parafuncionais, ocupacionais, profissionais e o estilo de vida são indispensáveis juntamente com uma análise clínica minuciosa dos tecidos dentais duros (CARDOSO et al., 2003).

Geralmente, os pacientes procuram atendimento odontológico para solucionar um problema de estética ou sensibilidade. Porém, antes de estabelecer um plano de tratamento, os hábitos ou distúrbios responsáveis pela lesão devem ser identificados e tratados, pois sem a remoção da causa não há solução definitiva para o problema (RIOS et al., 2006). Caso seja uma erosão relacionada a hábitos alimentares, os pacientes devem ser aconselhados a diminuir a ingestão demasiada de alimentos e bebidas ácidas, restringindo-as às refeições principais. Já sendo relacionada à exposição endógena, requer um tratamento multidisciplinar onde médicos especialistas e psicólogos são essenciais para o controle (KANZOW et al., 2016).

Desta forma, ao estabelecer um tratamento para erosão dental, os fatores etiológicos juntamente com o estágio da lesão devem ser abordados e controlados para que assim, caso haja necessidade, restaurações conservadoras com resina composta ou ionômero de vidro possam ser executadas (NASSIF, 2004).

3.3 PLANEJAMENTO ESTÉTICO

Em tempos atuais, está cada vez mais frequente a busca pelo sorriso perfeito. Por parte do cirurgião-dentista, os esforços para atingir padrões adequados de uma boa reprodução dentária consistem em devolver a aparência natural dos dentes, tornando-se indispensável elaborar um correto e eficiente planejamento estético e funcional (VALENTE; JARDIM, 2016).

O planejamento e o tratamento odontológico estético devem estar interligados e em harmonia com a face, que é considerada como ponto básico do equilíbrio estético. Já o sorriso é o segmento mais importante e parece ser o primeiro a ser observado quando as pessoas olham umas para as outras. Muitas linhas imaginárias, tanto no sentido vertical como no horizontal, podem ser utilizadas como pontos de referência para realizar uma análise estética da face (CONCEIÇÃO; MASOTTI, 2007).

Com a obtenção das fotos extraorais, as principais linhas analisadas são: linha horizontal interpupilar, linha horizontal da comissura labial, linha horizontal ofríaca, linha vertical média, linha vertical da asa do nariz, linha horizontal da borda incisal. A demarcação dessas linhas nos auxilia a estudar e determinar a dimensão ideal dos dentes, tendo grande influência sobre a estética do sorriso (CARDOSO et al., 2015)

Para fazer uma correta análise estética e posteriormente elaborar um planejamento reabilitador, deve-se seguir uma determinada sequência, sendo ela: análise facial, análise dentolabial, análise fonética, análise gengival e análise dental, acreditando ainda que o profissional deve se orientar pela correlação entre o bom senso e o aspecto funcional (CARDOSO et al., 2015).

Desta forma, o exame facial constitui a chave do diagnóstico e do planejamento estético e restaurador. Em restaurações estéticas extensas, é muito importante analisar a harmonia que há entre os aspectos dentários, dente-face e facial. Uma avaliação global da face do paciente (frente e perfil) é essencial para que se tenha um entendimento amplo de suas características estéticas. Espera-se, com isso, uma reconstrução estética restauradora pela qual se mantenha e/ou restabeleça os traços faciais típicos do paciente (MONDELLI, 2008).

Para Gurel (2003), o protocolo fotográfico auxilia no planejamento estético, uma vez que ele permite que se observe em diferentes ângulos as alterações que comprometem a estética do sorriso, além de permitir que se aponte essas alterações para o paciente com o auxílio de um computador, assim o próprio paciente pode opinar com maior clareza sobre suas preferências (HIGASHI; CHRISTIAN et al., 2006)

Sendo assim é imprescindível uma análise estética do sorriso para que o planejamento de reabilitações anteriores flua de maneira harmônica (CONCEIÇÃO; MASOTTI, 2007).

3.4 PLANEJAMENTO FUNCIONAL

Compreender a importância da análise oclusal funcional é essencial para se obter um correto diagnóstico e elaborar um bom e adequado plano de tratamento (MEZZOMO, 2006).

Em casos de reabilitações estéticas pode haver duas condições, uma onde o paciente não perdeu a dimensão vertical e a segunda pela qual é necessário restabelecer a dimensão vertical visando obter espaço para reabilitar restaurações posteriores. Para diagnosticar se houve redução da dimensão vertical há dois métodos, o primeiro lança mão de um dispositivo mecânico conhecido como compasso de Willis, pelo qual por meio de marcações externas são feitos registros com o paciente em repouso e ocluindo para posterior comparação, e de acordo com o resultado, se a diferença ultrapassar 3mm, houve perda (CARDOSO, 2003).

Já o segundo método utiliza testes fonéticos, onde se confecciona um desprogramador oclusal e se instala na região dos incisivos centrais superiores, solicitando que seja feita a emissão de palavras com a letra “s” para que os ajustes sejam feitos. Este processo é então repetido até o paciente afirmar que os dentes anteriores não tocam mais no desprogramador. Após a conclusão do teste em relação cêntrica, registra-se em cera a dimensão vertical e, com os modelos prontos, monta-se em articulador (CARDOSO, 2003).

Quando não há espaço para restaurar dentes anteriores desgastados, pode-se recuperar este espaço através de um ajuste oclusal por meio de desgaste seletivo em relação cêntrica ou pelo aumento da dimensão vertical (CARDOSO, 2003). Além disto, é imprescindível destacar a importância das guias que orientam os movimentos mandibulares para a função do sistema estomatognático. A orientação da mandíbula deve ser fornecida pela dentição anterior tanto para movimentos de lateralidade quanto protrusivos, com o objetivo de proteger os dentes posteriores durante a função, uma vez que a orientação anterior apropriada desocludindo posterior, reduz a capacidade de elevação dos músculos masseteres e temporais, conseqüentemente reduzindo a tensão muscular (WILLIAMSON; LUNDQUIST, 1983).

Para o movimento de lateralidade há duas situações possíveis, a guia acontecer em canino ou em grupo. A anatomia e localização dos dentes caninos juntamente com sua raiz longa e bulbosa os tornam adequados para o processo de fornecer a desoclusão posterior. Dentro das possibilidades clínicas, dependendo do nível de desgaste observado e da qualidade do esmalte remanescente, a resina composta pode ser o material de escolha para restabelecer a guia canino (BANERJI; MEHTA, 2017).

Com relação à obtenção de modelos de estudo, considera-se que são importantes para analisar a disposição dos dentes, forma do arco, relações entre os arcos, tamanho, proporção e estética dos dentes e da composição dentária como um todo. Aliando a análise facial e radiográfica, têm-se um conjunto de elementos que fornece informações para realizar um diagnóstico e plano de tratamento restaurador bem-sucedido (MONDELLI, 2008).

A análise oclusal funcional fornece informações essenciais para o correto diagnóstico e planejamento de um caso. Tal análise não deve ser limitada apenas ao exame clínico, uma vez que este acaba por entregar um ângulo muito limitado que impossibilita uma observação dos detalhes com maior precisão. Sendo assim, a análise oclusal, independentemente da condição clínica, só é cientificamente

completa quando inclui a análise de modelos montados em articulador semi-ajustável com arco facial em relação cêntrica. Dessa forma, o tipo de análise feita em articulador auxilia o que é visto clinicamente, porém com maior precisão (MEZZOMO, 2006).

Representando a articulação temporomandibular, a maxila e a mandíbula, o articulador é um instrumento que consegue registrar e duplicar movimentos mandibulares, como lateralidade e protusão (MEZZOMO, 1997). De acordo com Cardoso (2003), além de facilitar o diagnóstico, os modelos montados em articulador também proporcionam uma melhor visualização das relações estáticas e dinâmicas, uma vez que os movimentos protrusivos e laterais podem ser executados.

Os modelos articulados replicam a relação maxilomandibular, permitindo a reprodução dos movimentos mandibulares sem que haja a interferência da musculatura. Da mesma maneira, além de ampliar o campo de visão visto por diferentes ângulos e lados como por lingual e posterior, esses modelos permitem observar com mais precisão as desarmonias oclusais, auxiliam no planejamento e execução dos ajustes oclusais e permitem o enceramento diagnóstico, que é uma projeção das futuras restaurações. Servem também como auxiliar na apresentação e discussão do plano de tratamento, se acompanhado de enceramento (LOPES; MEZZOMO, 2006)

Quando múltiplas alterações forem indicadas, deve-se realizar um enceramento diagnóstico sobre os modelos de estudos, que é a elaboração da reabilitação conforme o planejamento sobre os modelos articulados (MEZZOMO, 2006), para facilitar a visualização de dados como a forma, posição e proporção das futuras restaurações, as quais serão realizadas de acordo com a melhor harmonia funcional e estética possíveis (HIGASHI; CHRISTIAN et al., 2006).

Em se tratando de reanatomização de dentes anteriores ou reabilitações estéticas maiores é necessário a realização de um ensaio restaurador conhecido como mock-up, para que o paciente observe clinicamente o resultado final que vai ser alcançado, auxiliando na previsibilidade do tratamento. Assim o tratamento reverso será realizado partindo de uma condição final a qual é desejada e possível para o paciente, estabelecendo as condições de tratamento individual de cada elemento dental para chegar no resultado esperado (HIGASHI; CHRISTIAN et al., 2006).

Portanto, ao se utilizar tais instrumentos, é importante que o clínico esteja habilitado a observar aspectos e detalhes que são fundamentais para um adequado planejamento e, conseqüentemente, para a execução de um correto tratamento restaurador estético (MEZZOMO; CONCEIÇÃO, 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Para dar início trabalho, foi necessário realizar uma revisão de literatura por meio da seleção de livros e artigos científicos, a fim de se elaborar um embasamento científico para estabelecer um plano de tratamento baseado na análise funcional e estética. A pesquisa foi realizada na base de dados Licacs e PubMed com as palavras chaves: “dental erosion” AND “bruxism”.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, onde foi aprovado sob número de parecer (3.065.552). Posteriormente, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente do sexo masculino, vinte e oito anos de idade, que procurou atendimento nas clínicas odontológicas na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Baseado na queixa que seus dentes estavam desgastados, foi realizada uma anamnese direcionada com posterior exame clínico onde, diagnosticou-se provável bruxismo em vigília associado à erosão dentária por exposição ácida extrínseca. Assim, logo após o diagnóstico o paciente foi conscientizado quando aos fatores de risco para as condições, sendo orientado a reduzir alimentos e bebidas ácidas consumidos frequentemente, além de vigiar sua parafunção oral em vigília. Após a finalização do tratamento reabilitador de escolha, será confeccionada uma placa oclusal para ser usada durante o sono que servirá como medida adicional protetiva.

O atendimento do paciente consistiu inicialmente em uma consulta onde foram coletadas informações para análise por meio de fotografias captadas com uma câmera profissional Nikon D5200 com lente macro 105mm e um flash R1C1 nikon, seguindo um protocolo fotográfico para planejamento estético. Em um segundo momento, foi realizada uma análise funcional onde foi feita a moldagem superior e inferior das arcadas para obtenção de modelos de estudo, com posterior montagem dos modelos em articulador semi-ajustável para a análise funcional do caso.

4.1 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente, leucoderma, 28 anos de idade, gênero masculino, procurou atendimento nas clínicas odontológicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a queixa de que seus dentes estavam desgastados e que esteticamente não estava satisfeito. Durante anamnese detalhada, realizou-se a investigação da presença de hábitos parafuncionais na rotina do paciente, que relatou sentir cansaço na face, de um a três dias por semana, e que efetua apertamento dos dentes uns contra os outros durante o dia. Em relação aos seus hábitos alimentares, o mesmo relatou realizar ingestão frequente de bebidas e sucos cítricos.

No exame clínico, notou-se a presença de desgaste coincidente da estrutura dental, especialmente nas faces incisais dos elementos dentais anteriores; presença de cavidades com dentina socavada em dentes posteriores livres de cárie, indicando a presença de provável ataque químico por erosão dentária e se detectou a presença de restaurações de resina composta insatisfatórias tanto pela cor quanto pelo desgaste.

Para proporcionar o melhor plano de tratamento ao paciente, foi necessário realizar o planejamento estético e funcional do caso, viabilizados pelo protocolo fotográfico somado ao uso de um articulador semi-ajustável. Antes de iniciar o atendimento, durante a abertura do prontuário clínico, o paciente foi informado a respeito do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo lido e assinado o mesmo.

A análise estética foi realizada por meio de fotografias captadas com uma câmera profissional Nikon D5200 com lente macro 105mm e um flash R1C1 nikon, seguindo o protocolo fotográfico demonstrado abaixo (Figura 1,2,3,4,5 e 6).



Figura 1 (a,b,c,d) - Conjunto de fotos de face do paciente em posição frontal. **a.** Face com dentes em oclusão **b.** Face com lábios em repouso **c.** Face com sorriso normal **d.** Face com sorriso forçado **e.** Face com sorriso bem forçado.



Figura 2 (a,b,c,d) - Conjunto de fotos de face do paciente em 45° lado esquerdo. **a.** Face com dentes em oclusão **b.** Face com lábios em repouso **c.** Face com sorriso normal **d.** Face com sorriso forçado.



Figura 3 (a,b,c,d) - Conjunto de fotos de face do paciente em 45° lado direito. **a.** Face com dentes em oclusão **b.** Face com lábios em repouso **c.** Face com sorriso normal **d.** Face com sorriso forçado.



Figura 4 (a,b,c,d) - Conjunto de fotos de face do paciente em perfil. **a.** Face com dentes em oclusão **b.** Face com lábios em repouso **c.** Face com sorriso normal **d.** Face com sorriso forçado.



Figura 5 (a,b,c) - Fotos dentolabiais. **a.** dentolabial frontal sorrindo **b.** dentolabial frontal em repouso **c.** dentolabial perfil sorrindo.



Figura 6 (a,b,c,d,e,f) - conjunto de fotos intraorais. **a.** Intraoral em oclusão frontal **b.** dentes superiores **c.** Lateral lado direito **d.** Lateral lado esquerdo **e.** Oclusal superior **f.** Oclusal inferior.



Figura 7 – Análise da distância interpupilar

Para determinar a largura do incisivo central, é necessário realizar a análise da distância interpupilar (Figura 7) e dividi-la por valores fixos de 6,6 e 7,2, definindo o intervalo de largura harmônico nas dimensões máxima e mínima, respectivamente. Para obtenção do comprimento, faz-se uma regra de três considerando que a largura é 80% do comprimento (100%). Os demais dentes foram obtidos a partir da proporção áurea. No caso do paciente em questão, com a distância medindo 70 mm e dividindo-a pelos valores fixos, obteve-se uma largura máxima e mínima de 10.6 mm e 9.7 mm, respectivamente. Para uma largura máxima, os comprimentos foram de 14 mm e 13.2 mm (máx e mín) e para uma largura mínima, 12.9 mm e 12.1 mm (máx e mín).



Figura 8 - Face com selamento labial



Figura 9 - Face com lábios em repouso



Figura 10- Face com sorriso forçado

A partir das imagens obtidas no protocolo fotográfico, fez-se a seleção de 4 imagens (figuras 8,9,10 e 11) para serem analisadas com maior detalhamento. Em fotos frontais, foi possível observar um paralelismo entre as linhas horizontais da face para a harmonia estética, sendo estas perpendiculares a linha média, constatando-se também que não houve perda da dimensão vertical de oclusão (Figura 8).

Em repouso (Figura 9), nota-se uma expressão jovem com a exposição dental de incisivos superiores presente, porém desarmônica, notando-se que os incisivos superiores do lado esquerdo aparecem mais que o direito e não acompanham o lábio inferior. Na análise do sorriso forçado (Figura 10), vê-se uma relação consideravelmente boa entre as superfícies vestibulares dos dentes posteriores com o canto do lábio e a parte interna da bochecha (corredor bucal).



Figura 11: Análise de classificação de perfil



Figura 12: Análise da linha E.



Figura 13: Análise do ângulo nasolabial

Em perfil, ao analisar o ângulo formado pela união dos pontos glabella, subnasal e pogônio, observa-se um perfil convexo (Figura 11). Analisando a linha que une a ponta do nariz à ponta do mento (Figura 12), nota-se que os lábios estão aquém da linha, o que confere aspecto de normalidade ao perfil. A análise do ângulo nasolabial (Figura 13) indica que não há projeção dos incisivos superiores encontrando-se dentro dos padrões de normalidade para homens, entre 90° e 95° .

Na sessão seguinte, deu-se início ao planejamento funcional do caso, no qual foi realizada uma moldagem com alginato das arcadas superior e inferior para obtenção do modelo de trabalho. O molde foi desinfetado com hipoclorito de sódio a 1% durante 10 minutos e em seguida vazado com gesso especial.

Ainda no planejamento funcional, foi realizada a confecção de um desprogramador interoclusal com resina acrílica (Figura 14), na qual a relação cêntrica foi obtida com um registro de duas lâminas de cera número 7. Também foram registradas as dimensões faciais a partir do uso de arco facial (Figura 15) para posterior montagem dos modelos em articulador semi-ajustável (Figura 16), permitindo a análise funcional.



Figura 14: Dispositivo interoclusal

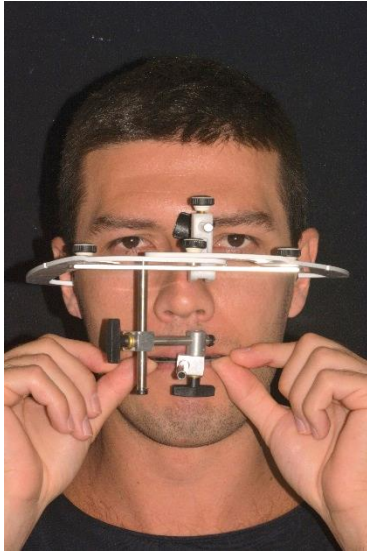


Figura 15: Registro de dimensão facial

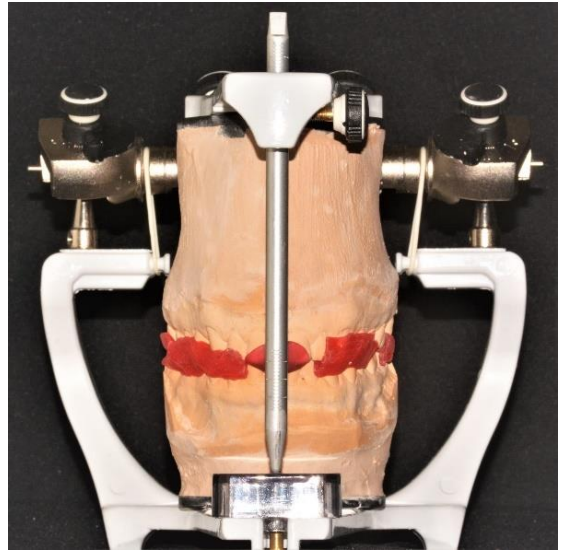


Figura 16: Modelos em articulador

A análise dos modelos montados no articulador semi-ajustável permitiu de forma mais detalhada a observação, por meio de diferentes ângulos e lados, do contato prematuro. Observou-se que as faces oclusais apresentavam-se com anatomia, mantendo a dimensão vertical que já havia sido confirmada na análise estética, por meio da análise fotográfica da proporcionalidade dos terços. Também foi possível verificar que havia pouco espaço para restaurar o comprimento dos dentes anteriores que se encontravam desgastados.



Figura 17: Demarcação de contato prematuro oclusal

Para melhorar a distribuição das forças e a espessura do material restaurador utilizado no bordo incisal, optou-se por demarcar a área de contato prematuro (Figura 17) e realizar um ajuste oclusal no modelo por meio de desgaste seletivo, com o intuito de viabilizar espaço na região anterior e estabelecer uma nova relação de oclusão cêntrica. Após o ajuste, foi possível verificar que o espaço obtido na região anterior foi mais favorável para a realização das restaurações definitivas, assim, reproduziram-se em boca os desgastes necessários. Posteriormente, o conjunto modelos/articulador juntamente com a informação das devidas proporções de largura e comprimento dos incisivos centrais superiores, obtidas por meio da análise da distância interpupilar (Figura 7), foram enviados ao laboratório para a realização do enceramento diagnóstico.



Figura 18: Enceramento diagnóstico



Figura 19: Mock-up visão dentolabial



Figura 20: Mock-up sorriso leve



Figura 21: Mock-up sorriso forçado

A partir do enceramento diagnóstico (Figura 18), realizou-se a confecção de uma guia com silicone de adição para viabilizar o ensaio restaurador do caso (Mock-up). Com o MockUp em posição (Figuras 19 20 e 21), o paciente conseguiu observar sua imagem no espelho e aprovar o resultado que será alcançado ao final do tratamento. Diante do exposto, o tratamento restaurador propriamente dito poderá ser iniciado.

5 DISCUSSÃO

A metodologia escolhida para abordar o atendimento do paciente em questão foi determinada, baseada nos estudos e pesquisas já contemplados na revisão de literatura deste trabalho, por trabalhar de forma clara, objetiva e precisa, embasando cientificamente a execução do planejamento e tratamento a ser executado.

Sendo assim, torna-se primordial iniciar o atendimento por meio de uma anamnese, que por sua vez, quando efetuada minuciosamente, traz informações precisas que agregam no estabelecimento de um correto diagnóstico juntamente com o exame clínico. Muitos profissionais ainda se quer realizam um correto diagnóstico diferencial, resultando em falhas nos procedimentos realizados. Por isso, antes de se estabelecer um plano de tratamento, é essencial identificar e controlar os fatores etiológicos responsáveis da condição, tanto de bruxismo como de erosão dentária, para tentar garantir o sucesso do tratamento (RIOS et al., 2006; LOBBEZOO et. al., 2008). Ainda assim, sabe-se que raramente a etiologia é eliminada permanentemente, por conta disso, deve-se trabalhar visando um monitoramento contínuo para controlar possíveis patologias associadas (DIETSCHI; ARGENTE, 2011).

Em se tratando da condição apresentada pelo paciente, é de extrema importância saber efetuar a correta abordagem em relação ao bruxismo, tanto para avaliar, diagnosticar e classificar, quanto para saber a forma correta de controlá-lo (LOBBEZOO et al., 2018). Para realizar o diagnóstico do paciente, foi aplicada uma abordagem não instrumental, embasada no auto relato em conjunto com perguntas dirigidas e exame clínico. Assim, segundo a classificação diagnóstica, o paciente foi diagnosticado com provável bruxismo em vigília, resultante principalmente de fatores como estresse e responsabilidade, principalmente devido a sua profissão (Policia militar). Para realizar o seu controle, deve-se efetuar o acompanhamento periódico e a realização de uma terapia cognitivo-comportamental, a qual visa conscientizar o paciente a respeito dos fatores de risco e dos seus hábitos parafuncionais, para que assim, o mesmo controle sua parafunção oral em vigília (CARRA et al., 2015), além do adicional uso de uma placa oclusal em momentos de sono, como medida protetiva.

A erosão dentária é um problema comum nos tecidos dentais duros, afetando um número crescente de pacientes (DIETSCHI; ARGENTE, 2011). O diagnóstico clínico depende de uma anamnese detalhada e de um exame clínico minucioso dos tecidos dentais duros (CARDOSO et al., 2003). Por serem mais superficiais, as lesões erosivas iniciais são de difícil diagnóstico. Os aspectos típicos de erosão de esmalte são compatíveis com uma superfície lisa, polida e brilhante. Inicialmente a erosão nas faces oclusais e incisais ocorrem na mesma proporção. A progressão da erosão oclusal leva a um arredondamento das cúspides. Posteriormente, pode ocorrer a perda do contorno original, resultando em uma lesão côncava, delimitada, com exposição de dentina e esmalte saliente ao redor da lesão (ECCLES, 1979). A erosão associada pode levar a falhas nas restaurações, uma vez que o ataque ácido dissolve a matriz orgânica, levando conseqüentemente ao amolecimento da estrutura dental (CARDOSO, 2003). Então, é imprescindível a remoção do fator etiológico para o sucesso do tratamento.

Em alguns casos pode ser difícil determinar o número de dentes que serão envolvidos no procedimento restaurador. Quando vários dentes são envolvidos, torna-se necessário realizar um protocolo a fim de que se tenha uma noção melhor do desenvolvimento da face e da oclusão. Nesse sentido, lançar mão do uso de fotografias para analisar a harmonia que há entre as estruturas faciais em relação à

boca se torna um meio viável para que se obtenha um entendimento amplo das características estéticas requisitadas com o intuito de se restabelecer, de forma harmônica, traços típicos na individualidade de cada caso (MONDELLI,2008).

A partir desta perspectiva, o uso do articulador semi-ajustável também pode servir como um excelente meio de análise, uma vez que proporciona uma melhor visão da parte funcional, permitindo uma avaliação da relação entre os maxilares e de suas guias de desocclusão. Para a realização das futuras restaurações, torna-se necessário avaliar os espaços interoclusais, pois, a partir desta análise, determina-se a conduta a ser adotada para o ganho de espaço que, dependendo da condição que se tem em boca e da necessidade estética e funcional do paciente, pode ser viabilizada pela realização de um aumento da dimensão vertical ou por meio de um desgaste oclusal. Além disso, o uso do articulador semi-ajustável também pode servir como um excelente meio de análise, uma vez que auxilia a avaliar as características do processo patológico que são vistas clinicamente.

No presente caso, com base na análise na avaliação do articulador semi-ajustável, foi confirmado que não houve perda de dimensão vertical de oclusão e, que existe espaço para aumentar o tamanho dos dentes anteriores, porém há presença de um contato prematuro posterior. Neste caso, optou-se por fazer um ajuste oclusal por meio de desgaste seletivo para viabilizar mais espaço para restaurar os dentes anteriores e estabelecer uma nova relação de oclusão cêntrica. Essa informação, juntamente com as devidas proporções dos dentes anteriores obtidas no planejamento estético, viabiliza a confecção do enceramento diagnóstico. Desta maneira, pode-se realizar o ensaio restaurador, o qual permite que o planejamento tenha maior previsibilidade de resultados, aumentando assim, as chances do sucesso no tratamento.

Pensando especificamente em relação ao tratamento reabilitador, observa-se que a demanda crescente por procedimentos estéticos levou ao desenvolvimento de materiais restauradores estéticos que sejam capazes de suportar forças oclusais (MELO et al., 2018). Dentre estes materiais, podem-se encontrar opções restauradoras diretas e indiretas. A restauração indireta se torna preferível quando destruições ou restaurações de maior amplitude são necessárias, uma vez que fornece mais controle da anatomia e da oclusão em casos complexos (OSIEWICZ et al., 2019). Embora restaurações indiretas sejam utilizadas quando as restaurações amplas em dentes posteriores são realizadas, a resina composta pode atender condições que são menos extensas, sendo utilizadas também no segmento anterior para reanatomização de bordo incisal.

Sendo assim, a restauração direta é uma abordagem conservadora de custo acessível comparadas às cerâmicas, indicada para perdas e destruições moderadas do tecido dental duro (DIETSCHI; ARGENTE, 2011). Entretanto, em pacientes bruxistas, as restaurações tendem a desgastar ou fraturar a longo prazo, caso medidas adicionais protetivas não sejam adotadas. Estas medidas ocorrem por meio da conscientização do paciente sobre seus hábitos, da criação de uma orientação canina apropriada em resina composta fornecendo uma desocclusão posterior que reduz a tensão muscular, reduzindo assim a magnitude da força aplicada (WILLIAMSON; LUNDQUIST, 1983), e também, pelo uso de placas oclusais (OSIEWICZ et al., 2019).

Assim, conclui-se que é essencial avaliar a abordagem multifatorial em tratamentos restauradores estéticos realizados na região anterior, salientando que além da conscientização do paciente e do uso de placas oclusais protetoras durante

o sono, as restaurações confeccionadas servem também como medida protetiva diária dos dentes em momentos que não se faz o uso da placa.

6 CONCLUSÃO

Para a realização do tratamento reabilitador, é imprescindível que seja feita uma abordagem multidisciplinar onde devem ser avaliadas condições locais intraorais e também articulares, aliada a uma correta avaliação por meio de uma anamnese realizada de forma minuciosa e um exame clínico detalhado que, juntos levam a um correto diagnóstico. Este por sua vez, orienta o planejamento estético e funcional, e permite uma melhor qualidade e previsibilidade do tratamento a ser realizado.

REFERÊNCIAS

- ALSHAHRANI, M. T.; HARALUR, S. B.; ALQARNI, M. Restorative Rehabilitation of a Patient with Dental Erosion. **Case Reports In Dentistry**, [s.l.], v. 2017, p.1-6, jul. 2017.
- BANERJI, S.; MEHTA, S. B. The Direct Canine Rise Restoration. In: BANERJI, Subir; MEHTA, Shamir B.; HO, Christopher C.k.. **Practical Procedures in Aesthetic Dentistry, First Edition**. [s.i]: Wiley Blackwell, 2017. Cap. 9. p. 241-245.
- CARDOSO, A. C. et al. Bruxismo x Erosão do esmalte e da dentina. In: CARDOSO, Antônio Carlos. **Oclusão para você e para mim**. Santos: Editora Santos, 2003. Cap. 4. p. 62-115.
- CARDOSO, A. C. Aplicação Clínica dos Princípios Oclusais. In: CARDOSO, Antônio Carlos. **Oclusão para você e para mim**. Santos: Editora Santos, 2003. Cap. 5. p. 116-166.
- CARDOSO, P. C. et al. Planejamento Reabilitador Estético. In: CARDOSO, Paula de Carvalho. **Facetas: lentes de contato e fragmentos cerâmicos**. Florianópolis: Editora Ponto, 2015. Cap. 4. p. 93-123.
- CARDOSO, P. C. et al. Fundamentos estéticos. In: CARDOSO, Paula de Carvalho; DECURCIO, Rafael. **Facetas: Lentes de contato e fragmentos cerâmicos**. 2. ed. Florianópolis: Editora Ponto, 2015. Cap. 2. p. 32-69.
- CARLSSON, G. E.; MAGNUSSON, T. **Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice**. Chicago: Quintessence, 1999.
- CARRA, M. C. et al. Overview on Sleep Bruxism for Sleep Medicine Clinicians. **Sleep Medicine Clinics**. Canadá, p. 375-384. set. 2015.
- COMMISSO, M. S.; MARTÍNEZ-REINA, J.; MAYO, J. A study of the temporomandibular joint during bruxism. **International Journal Of Oral Science**. [s.i], p. 116-213. jun. 2014.
- MEZZOMO, E.; CONCEIÇÃO, E. N. Oclusão: Fundamentos aplicados à dentística restauradora. In: CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi et al. **Dentística Saúde e Estética**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 4. p. 66-85.
- CONCEIÇÃO, E. N.; MASOTTI, A. S. Princípios de estética aplicados à dentística. In: CONCEIÇÃO, Ewerton Nocchi et al. **Dentística Saúde e Estética**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 15. p. 300-319.
- CHANG, C. A. et al. Smile esthetics from patients' perspectives for faces of varying attractiveness. **American Journal Of Orthodontics And Dentofacial Orthopedics**. Columbus, p. 171-180. out. 2011.
- DESHPANDE, R. G.; MHATRE, S. TMJ Disorders and Occlusal Splint Therapy – A Review. **International Journal Od Dental Clinics**. [s.i], p. 22-29. jun. 210.

ECCLES, J. D. Dental erosion and diet. **Journal Of Dentistry**. Cardiff, p. 153-159. jul. 1974.

ECCLES, J D. Dental erosion of nonindustrial origin. A clinical survey and classification. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**. [s.i], p. 649-653. dez. 1979.

GUREL, G. The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers. **British Dental Journal**. Alemanha, p. 542-543. nov. 2003.

LI, H.; ZOU, Y.; DING, G. Dietary Factors Associated with Dental Erosion: A Meta-Analysis. **Plos One**. China, p. 1-6. ago. 2012.

HIGASHI, C. et al. Planejamento estético em dentes anteriores. In: **YASHITA, E.; MELLO, A. T. Odontologia estética: planejamento e técnica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. cap. 7, p. 139-154

KANZOW, P. et al. Etiology and pathogenesis of dental erosion. **Quintessence International**. Germany, p. 275-278. abr. 2016.

LOBBEZOO, F.; NAEIJE, M. Bruxism is mainly regulated centrally. **Journal Of Oral Rehabilitation**. Amsterdam, p. 1085-1091. dez. 2001.

LOBBEZOO, F. et al. Principles for the management of bruxism. **Journal Of Oral Rehabilitation**. Amsterdam, p. 509-523. jul. 2008.

LOBBEZOO, F. et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. **Journal Of Oral Rehabilitation**. Amsterdam, p. 2-4. jan. 2013.

LOBBEZOO, F. et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **Journal Of Oral Rehabilitation**. Amsterdam, p. 837-844. jun. 2018.

LOPES, L. A. Z.; MEZZOMO, E. Articuladores - Registros oclusais. In: MEZZOMO, Elio; SUZUKI, Roberto Makoto. **Reabilitação Oral Contemporânea**. [s.i]: Editora Santos, 2006. Cap. 7. p. 193-242.

MANFREDINI, D. et al. Management of sleep bruxism in adults: a qualitative systematic literature review. **Journal Of Oral Rehabilitation**. Italy, p. 862-874. nov. 2015.

MELO, G. S. et al. Association of sleep bruxism with ceramic restoration failure: A systematic review and meta-analysis. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**. [s.i], p. 354-362. mar. 2018.

MEZZOMO, E. et al. Reabilitação Oral para o Clínico. Santos: São Paulo, 3.ed 1997, p.170

MEZZOMO, E. Análise Oclusal Funcional. In: MEZZOMO, Elio; SUZUKI, Roberto Makoto. **Reabilitação Oral Contemporânea**. [s.i]: Editora Santos, 2006. Cap. 6. p. 159-192.

MIYASHITA, E. **Odontologia Estética: Planejamento e Técnica**. São Paulo: Artes Médicas Divisão Odontológica, 2006.

MONDELLI, J. **Estética e Cosmética**: em Clínica integrada restauradora. São Paulo: Santos, 2008.

MOSS, S. J. Dental erosion. **International Dental Journal**, [s.l.], v. 48, n. 6, p.529-539, dez. 1998.

NADLER, S. C. Bruxism, a classification: Critical review. • **The Journal Of The American Dental Association**. New York, p. 615-622. maio 1957.

NASSIF, A. C. S. Perimólise: Erosão Química do Esmalte Dentário. **Revista Ibero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê**. São Paulo, p. 150-158. jun. 2004.

OKESON, J. P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. Lexington, Kentucky: Elsevier Editora Ltda., 1993.

RIOS, D. R. et al. Effect of Salivary Stimulation on Erosion of Human and Bovine Enamel Subjected or Not to Subsequent Abrasion: An in situ/ex vivo Study. **Caries Research**. São Paulo, p. 218-223. fev. 2006.

VALENTE, L. L; JARDIM, P. S. Estética em Odontologia. In: SILVA, Adriana Fernandes da; LUND, Rafael Guerra. **Dentística Restauradora: Do planejamento à execução**. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2016. Cap. 12. p. 200-220.

WEIPING, G. et al. Efficacy of biofeed back therapy via a mini wireless device on sleep bruxism contrasted with occlusal splint: a pilot study. **The Journal Of Biomedical Research**. Nanjing, p. 160-168. abr. 2015.

WILLIAMSON, E. H.; LUNDQUIST, D.O. Anterior guidance: Its effect on electro myographic activity of the temporal and masseter muscles. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**. [s.i], p. 816-823. jun. 1983.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, BEATRIZ BOPPRÉ (aluna de graduação em Odontologia da UFSC) convido você a participar da pesquisa intitulada "Tratamento estético multidisciplinar - Relato de Caso Clínico", a ser conduzida por mim sob orientação da Prof^aDr^a Jussara Karina Bernardon, para a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso da área de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta pesquisa tem como objetivo planejar o tratamento de um paciente que apresenta bruxismo e erosão dentária, que são alterações que causam desgaste do dente.

Caso você aceite participar desta pesquisa, sua participação se dará a partir do registro de fotos do seu rosto, de frente e de perfil, e de fotos da sua boca e dentes, seguido de uma moldagem dos mesmos para obtenção de um modelo de estudo a partir da cópia dos seus dentes, sendo todos estes itens registrados durante o seu tratamento odontológico na clínica odontológica da UFSC.

Os benefícios do tratamento são uma reabilitação funcional, harmonia entre os dentes e um sorriso mais estético. Os possíveis riscos deste tratamento são semelhantes a qualquer outro atendimento clínico desta categoria, como por exemplo a reação de ansia na hora da moldagem, o que é esperado nessa etapa do procedimento. Assim, caso tal situação ocorra, para-se o procedimento e espera-se o paciente sentir-se melhor para dar continuidade. Serão utilizadas técnicas e procedimentos seguros, tradicionais e cientificamente aprovados. Além disso, durante o tratamento haverá o máximo cuidado para manter o respeito, a privacidade e o sigilo do participante. Entretanto, o risco de quebra de sigilo não pode ser descartado, uma vez que os procedimentos irão ocorrer em um local de acesso público, onde outros atendimentos da mesma categoria são realizados.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde estabelece a garantia de ressarcimento e indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, assim como acompanhamento, orientações e o tratamento necessário sem qualquer custo dos honorários do profissional. No caso do ressarcimento, este se dará em razão de possíveis despesas que o participante possa ter em decorrência da pesquisa, como gastos não previstos com transporte ou alimentação. Já a indenização garantirá o reparo a eventuais danos causados, materiais ou imateriais, decorrentes da pesquisa.

Da mesma forma, a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa.

Os resultados do trabalho serão divulgados somente para fins de publicação em periódicos e textos científicos, estando também disponíveis para consulta na Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ressaltamos que a não concordância na autorização da divulgação dos dados em nada prejudicará o seu tratamento. Além disso, você terá o direito de retirar a sua autorização a qualquer momento, sem que isto interfira no seu tratamento, de maneira que os seus dados não poderão mais ser utilizados para este estudo.

Você poderá sanar dúvidas e receber informações sobre o andamento do estudo através do contato com as pesquisadoras, Beatriz Boppré (48) 999985413 e beabboppre@gmail.com e Jussara Karina Bernardon (48) 991142331 e jussarabernardon@yahoo.com.br. Endereço para contato: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Departamento

de Odontologia, Trindade, Florianópolis – SC CEP 88010-970. Você terá a garantia de que receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho, como informações sobre o andamento do estudo, entrando em contato com as pesquisadoras, que assumem o compromisso de fornecer informações atualizadas no decorrer da pesquisa.

Diante de qualquer dúvida a respeito dos direitos e deveres como participante da pesquisa ou caso tenha alguma dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa (Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 401 – Trindade – Florianópolis- SC. Telefone: (48) 37216094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Este documento foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde- Brasília-DF.

Se não há qualquer dúvida em relação a esta pesquisa e se concorda em participar, solicitamos que assine este Termo de Consentimento em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante. Agradecemos desde já a sua atenção e sua colaboração, e colocamo-nos a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

APÊNDICE II - Termo de Consentimento

Eu, _____, portador do CPF _____, declaro que fui informado dos objetivos do trabalho acima de maneira clara e detalhada e concordo voluntariamente em participar do mesmo. Também recebi as informações a respeito do uso dos meus documentos e da minha imagem em fotografias odontológicas e de que estes só serão utilizados para fins desse estudo e publicação no meio científico. Também declaro que fui informado a respeito dos possíveis benefícios e de todos os riscos relacionados ao tratamento. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações com as pesquisadoras Beatriz Boppré, (48) 999985413 ou beabboppre@gmail.com e Jussara Karina Bernardon, (48) 99114-2331 ou jussarabernardon@yahoo.com.br, assim como poderei retirar o meu consentimento, se assim eu o desejar, sem qualquer prejuízo para o meu tratamento. Declaro, por fim, que recebi cópia do presente Termo de Consentimento, com igual teor, o qual está assinado por mim e pelos pesquisadores.

Beatriz Boppré
Pesquisadora/ Discente de
Odontologia

Jussara Karina Bernardon
Pesquisadora/ Docente de Odontologia

Voluntário da pesquisa

ANEXO I - Ata de Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 23 dias do mês de maio de 2019, às 14:30 horas,
em sessão pública no (a) auditório CCS desta Universidade, na presença da
Banca Examinadora presidida pelo Professor

Jussara Karimo Bernardes

e pelos examinadores:

1 - Sylvio Monteiro Júnior,

2 - Mauro Schlickmann Freitas,

o aluno Betrix Boppé

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Planejamento Estético e funcional de paciente
com Bruxismo e Exatão Dentária

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela _____ do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Jussara Karimo Bernardes
Presidente da Banca Examinadora

Mauro Schlickmann Freitas
Examinador 1

Sylvio Monteiro Júnior
Examinador 2

Betrix Boppé
Aluno

ANEXO II - Carta de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tratamento estético multidisciplinar- Relato de caso clínico

Pesquisador: Jussara Karina Bernardon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01938818.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.065.552

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto para elaboração de um relato de caso clínico de um paciente que por meio de uma anamnese minuciosa e de um exame clínico o mesmo foi diagnosticado com Bruxismo e Erosão dental. Para o tratamento desse paciente será imprescindível a análise funcional detalhada que será viabilizada por meio da montagem do articulador Semi-Ajustável e da análise dos princípios estéticos que será realizada por meio de fotografias intra e extraorais para determinar o plano de tratamento final. Após o planejamento do caso serão decididas as condutas clínicas restauradoras considerando o ponto de vista estético, biológico e funcional.

Objetivo da Pesquisa:

Documentar o tratamento estético e funcional de um paciente que apresenta bruxismo e erosão dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos deste tratamento são semelhantes a qualquer outro atendimento clínico desta categoria, como por exemplo a reação de ansia na hora da moldagem, o que é esperado nessa etapa do procedimento. Assim, caso tal situação ocorra, para-se o procedimento e espera-se o paciente sentir-se melhor para dar continuidade. Serão utilizadas técnicas e procedimentos seguros, tradicionais e cientificamente aprovados. Além disso, durante o tratamento haverá o máximo cuidado para manter o respeito, a privacidade e o sigilo do participante. Entretanto, o

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.065.552

risco de quebra de sigilo não pode ser descartado, uma vez que os procedimentos irão ocorrer em um local de acesso público, onde outros atendimentos da mesma categoria são realizados. Benefícios:

Os benefícios do tratamento são uma reabilitação funcional, harmonia oclusal e um sorriso mais estético.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relato de caso para intervenção estética e funcional em odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE e carta de anuência.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 17/11/2018 e TCLE 17/11/2018) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1229193.pdf | 17/11/2018 10:49:08 | | Aceito |
| Outros | RESPOSTAPENDENCIAS.docx | 17/11/2018 10:48:31 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETOALTERADO1711.docx | 17/11/2018 10:43:29 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEREVISADO1711.docx | 17/11/2018 10:43:11 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone (48)3721-
: 6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.065.552

| | | | | |
|--|------------------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 05/10/2018 15:31:40 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DECLARACAOZENDRON.pdf | 05/10/2018 15:31:31 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMAATU.docx | 05/10/2018 15:31:22 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHARUBENSJUSSARA.pdf | 05/10/2018 15:27:26 | Jussara Karina Bernardon | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 07 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br