

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**APARECIDA FRANCISLAINE MEIRA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DO RESTABELECIMENTO DA  
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NA  
REABILITAÇÃO ORAL: relato de caso clínico**

**PATOS DE MINAS  
2016**

**APARECIDA FRANCISLAINE MEIRA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DO RESTABELECIMENTO DA  
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NA  
REABILITAÇÃO ORAL: relato de caso clínico**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de odontologia

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Ms. Lia Dietrich  
Coorientador: Prof.<sup>o</sup>. Ms. Marcos Bilharinho de Mendonça

**PATOS DE MINAS  
2016**

# A IMPORTÂNCIA DO RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO NA REABILITAÇÃO ORAL

Aparecida Francislaine Meira de Souza\*

Lia Dietrich\*\*

Marcos Bilharinho de Mendonça\*\*\*

## RESUMO

O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão é uma das etapas mais importantes e complexas de serem executadas na reabilitação oral, e é um dos fatores determinantes para o sucesso dos tratamentos reabilitadores. Desta forma, o presente relato de caso clínico juntamente com a revisão bibliográfica qualitativa e exploratória têm como objetivo focar a importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação oral, discutir formas e métodos de se restabelecer a dimensão vertical, bem como abordar os danos causados pelas alterações de dimensão vertical. Existem vários métodos para a determinação da dimensão vertical, porém não há nenhum método exato por si só e a literatura atual recomenda que se faça a associação de métodos a fim de obter valores mais fidedignos. Na prática odontológica, os métodos mais utilizados são: método métrico ou método de Willis, método da deglutição ou método de Monson, e método fonético ou método de Silverman, que usados de forma associada, levam a resultados confiáveis.

**Palavras-chave:** dimensão vertical, prótese total, reabilitação oral

---

\*Aluna do Curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formando no ano de 2016 e-mail da aluna francislainems@yahoo.com.br

\*\*Professora de escultura e anatomia dentária, oclusão e prótese dentária no curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). Especialista em prótese dentária pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e Mestre em reabilitação oral pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e-mail da professora lia\_dietrich@yahoo.com.br

\*\*\*Professor de materiais dentários e prótese dentária na clínica integrada do curso de odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). Especialista em implantodontia pelo Instituto de ensino superior LTDA (UNIMIG). Mestre em prótese dentária pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e Especialista em prótese dentária pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e-mail do professor marcos\_bil@yahoo.com.br

## ABSTRACT

The re-establishment of the vertical dimension of occlusion is one of the most important and complex steps to be performed in the oral rehabilitation, and is one of the determining factors for the success of the rehabilitations. In this way, the present clinical case report and literature review qualitative and exploratory aims to focus on the importance of the restoration of the vertical dimension of occlusion in oral rehabilitation, discuss ways and methods to restore the vertical dimension, as well as addressing the damage caused by the changes of vertical dimension. There are several methods for determining the vertical dimension, however, there is no exact method by itself and the current literature recommends that the Association of methods in order to obtain more reliable figures. In dental practice the most used methods are: metric method or method of Willis, swallowing method or method of Monson, and phonetic method or method of Silverman, who used to form associated lead to reliable results.

**Keywords:** vertical dimension, dentures, oral rehabilitation

## INTRODUÇÃO

A perda dental ainda é uma realidade em nosso contexto. Existem muitas pessoas que não têm acesso à Odontologia preventiva. Ao perder os dentes, o indivíduo tem alterações de mastigação, fala, estética, deglutição e, inclusive, de fatores sociais e psicológicos. <sup>(1, 2)</sup>

Para que se consiga fazer uma correta reabilitação oral, devolvendo ao indivíduo as funções e estética perdidas, é de grande importância que se faça um correto restabelecimento da dimensão vertical, uma vez que um inadequado restabelecimento, levará ao insucesso de todo trabalho protético. <sup>(1, 3, 4)</sup>

A dimensão vertical já foi amplamente estudada durante décadas, e ainda hoje, continua sendo motivo de pesquisa por ser um dos temas mais importantes e discutidos na literatura quando se refere à reabilitação oral. No decorrer dos anos houve muitos avanços nos métodos e técnicas empregados para o restabelecimento da dimensão vertical, sendo que, muitos deles têm grande aceitação e são rotineiramente utilizados na clínica odontológica. Entretanto, nenhum dos métodos existentes é cientificamente exato, sendo, portanto, necessário o uso associado de métodos para determinar corretamente a dimensão vertical. <sup>(5)</sup>

Na literatura, há uma variada sinonímia referindo-se ao assunto, pode-se encontrar como: dimensão vertical, distância vertical, altura facial, relação vertical. <sup>(5)</sup>

Esse é um relato de caso clínico e uma pesquisa de revisão bibliográfica qualitativa e exploratória, na qual serão utilizados como referências artigos científicos, dissertações, meios eletrônicos e livros.

A proposta é focar a importância do restabelecimento da dimensão vertical na reabilitação oral, discutir formas e métodos de se restabelecer a dimensão vertical, bem como danos causados pelas alterações de dimensão vertical.

Com o objetivo de melhor organizar o artigo, de forma concisa e coerente, o tema será dividido em subitens: conceitos, causas das alterações da dimensão vertical, danos causados pelas alterações da dimensão vertical, métodos para restabelecer a dimensão vertical, reabilitação oral envolvendo reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão, relato de caso clínico e considerações finais.

## CONCEITOS

### *Dimensão vertical*

A dimensão vertical (DV) é a medida vertical entre dois pontos no terço inferior da face, e é dividida em: Dimensão vertical de repouso, que se refere à medida vertical entre a maxila e a mandíbula, quando a mandíbula encontra-se em repouso e os lábios selados sem esforço, e dimensão vertical de oclusão, que se refere à medida vertical entre a maxila e a mandíbula quando as superfícies oclusais dos dentes ou os planos de orientação estão em contato. <sup>(6, 7)</sup>

A dimensão vertical é subdividida em dimensão vertical de repouso e dimensão vertical de oclusão. <sup>(7)</sup>

### *Dimensão vertical de oclusão*

A dimensão vertical de oclusão (DVO) se refere à medida entre dois pontos, sendo um no terço médio e outro no terço inferior da face, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo. Encontra-se a dimensão vertical de oclusão a partir da determinação correta da dimensão vertical de repouso subtraída do espaço funcional livre. <sup>(3, 7)</sup>

Em 1985, DAWSON definiu dimensão vertical de oclusão como sendo, a posição vertical da mandíbula em relação à maxila, medida entre dois pontos quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo na posição de fechamento máximo. <sup>(8)</sup>

A dimensão vertical de oclusão é a medida vertical da face no momento em que os dentes superiores e inferiores estão intercuspídeos. <sup>(9)</sup>

### *Dimensão vertical de repouso*

A dimensão vertical de repouso (DVR), também descrita como posição habitual da mandíbula, é a posição fisiológica de repouso dos músculos elevadores e abaixadores da mandíbula, e corresponde a altura vertical entre dois pontos sendo um no terço médio e outro no terço inferior da face quando o indivíduo está com

esses músculos em estado de equilíbrio tônico. Essa posição é normalmente notada com a cabeça em posição ereta. <sup>(3, 7)</sup>

### *Espaço Funcional Livre*

O espaço funcional livre (EFL) também denominado intervalo de repouso é a distância entre as superfícies oclusais e incisais quando a mandíbula está em repouso, o qual pode variar de 0,5 a 5,4mm em dentados e 1,10 a 5,2 em desdentados, sendo a média 3mm. <sup>(3, 8)</sup>

O espaço funcional livre não pode ser um critério isolado para determinação da dimensão vertical de oclusão, isso porque o sistema estomatognático é autoestimulável e passa por compensações fisiológicas quando surgem modificações. Estudos apontam que se forem confeccionadas próteses totais com diferentes dimensões verticais de oclusão, ainda assim, elas apresentariam espaço funcional livre, devido a essa compensação fisiológica. <sup>(10)</sup>

## **CAUSAS DAS ALTERAÇÕES DA DIMENSÃO VERTICAL**

As alterações na dimensão vertical ocorrem ao longo dos anos por perdas dentárias, inclinações, migrações, padrão facial, procedimentos restauradores inadequados, durante tratamentos ortodônticos e/ou ortognáticos, por disfunções temporomandibulares e más oclusões classe II divisão 1, que podem apresentar aumento da dimensão vertical <sup>(3, 7, 11)</sup>

A relação da maxila com a mandíbula sofre uma modificação postural quando o indivíduo tem perda de dentes. <sup>(10)</sup>

A falta dos dentes acarreta modificações anatômicas e funcionais, uma das principais alterações é a redução do terço inferior da face, ou seja, perda da dimensão vertical de oclusão, fator determinante para desarmonia oclusal. <sup>(14)</sup>

A perda de dentes posteriores causa alteração no posicionamento do côndilo mandibular gerando sobrecarga nos dentes anteriores e, conseqüentemente, vestibularização ou desgaste desses dentes, uma vez que o grau de severidade desse desgaste será determinante na alteração da dimensão vertical de oclusão. <sup>(11,12)</sup>

O uso de próteses totais por um longo período de tempo frequentemente estão associadas à diminuição da dimensão vertical. <sup>(13)</sup>

A dimensão vertical de oclusão poderá ser alterada por perda total ou parcial de dentes, bem como, perda estrutural dos dentes por bruxismo, tornando-os incapazes de mantê-la. <sup>(9)</sup>

O bruxismo tem etiologia multifatorial e, por isso, seu tratamento torna-se bastante complexo. O bruxismo consiste no hábito de ranger os dentes, fato que resulta no desgaste de estrutura dental, em casos de desgastes severos, resulta em perda da altura facial. <sup>(8)</sup>

O bruxismo intenso associado a disfunções temporomandibulares, frequentemente causam alterações ou perda da dimensão vertical de oclusão. <sup>(12)</sup>

## **DANOS OCASIONADOS PELAS ALTERAÇÕES DA DIMENSÃO VERTICAL**

O sistema estomatognático passa por várias mudanças fisiológicas e patológicas no decorrer da vida de um indivíduo, dentre as quais se pode enfatizar a dimensão vertical da face que pode apresentar efeitos negativos na harmonia facial, mastigação e fonética. <sup>(7)</sup>

A realização incorreta do restabelecimento da relação maxilomandibular pode gerar danos às próteses em uso, causando ou não desajustes de suas bases, que pode acarretar em prejuízo da harmonia facial e do equilíbrio do aparelho estomatognático. <sup>(15)</sup>

A dimensão vertical de oclusão aumentada é geralmente decorrente de intervenções odontológicas iatrogênicas e ocasiona dificuldade de deglutição, fonação e mastigação, dor nos rebordos, tensão nos músculos faciais. <sup>(7)</sup>

O aumento excessivo da dimensão vertical de oclusão pode gerar: comprometimento da ação mastigatória, sintomas como dor nos rebordos, dor de cabeça, dor nas articulações têmporomandibulares, dificuldade na fonação, contato dental na emissão de sons sibilantes, reabsorção óssea patológica, aumento do estiramento de alguns músculos elevadores e diminuição de outros abaixadores, desgaste dos dentes, face com a aparência forçada, mento proeminente limitação para o espaço da língua. <sup>(3, 4, 12)</sup>

A diminuição da dimensão vertical afeta toda a harmonia facial e confere ao indivíduo um aspecto de face envelhecida, devido diminuição do terço inferior da face, perda do tônus muscular, intrusão dos lábios ou excessivo contato labial, queda do nariz, oclusão traumática com comprometimento periodontal, sobrecarga das articulações temporomandibulares. Estudos relacionam a redução da dimensão vertical de oclusão com a perda de audição, sensações de vertigens e dores nas articulações temporomandibulares provocadas pelo deslocamento posterior dos côndilos que comprimem a zona retrodiscal, pode ainda ocasionar transtornos fonéticos, mastigatórios, alterações temporomandibulares e dos músculos da mastigação. A queilite angular também é uma característica comum da dimensão vertical diminuída. (3, 4, 7, 12)

## **MÉTODOS PARA DETERMINAÇÃO DA DIMENSÃO VERTICAL**

Visto a importância e a complexidade do restabelecimento da dimensão vertical na reabilitação oral, a literatura traz diversos métodos para a realização dos registros intermaxilares dos quais, os mais utilizados na prática clínica são: método métrico ou método de Willis, método da deglutição ou método de Monson e o método fonético ou método de Silverman. No entanto, comprovadamente, nenhum método é eficaz por si só, e preconiza-se que se associe mais de uma técnica. (1, 3, 4, 9, 16)

“A avaliação clínica da dimensão vertical depende da consideração dos diferentes mecanismos ativos e passivos que regulam essa posição. Diante disso, verificou-se a importância do conhecimento dos diversos métodos de como obtê-la e registrá-la.” (4)

Não há qualquer método para obtenção da dimensão vertical de oclusão completamente preciso do ponto de vista científico, além de não haver comparativamente, significativa vantagem de uma técnica sobre a outra. A resposta positiva do paciente a nova dimensão vertical de oclusão é importante. O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão envolve restabelecimento da estética, melhora da sensibilidade e restauração da guia anterior. (9)

O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão não é um processo preciso, os estudos mostram que a associação de alguns métodos traz resultados positivos, são métodos objetivos como proporção facial, e subjetivos como o método fonético baseado em sons sibilantes e deglutição sendo estas maneiras fisiológicas e por fim os dispositivos interoclusais como o “JIG” e placas acrílicas com cobertura cuspídea, o espaço funcional livre não pode ser

considerado como método preciso para se determinar a dimensão vertical de oclusão. <sup>(8)</sup>

O procedimento de determinação da dimensão vertical de oclusão deve ser realizado rapidamente, visto que as posições maxilomandibulares são posturais e podem sofrer alteração em um curto período de tempo pela ação da gravidade. <sup>(14)</sup>

#### *Método das proporções faciais ou método estético ou método de Turner e Fox*

Em 1928, Turner e Fox idealizaram a determinação da dimensão vertical através da aparência externa da face, eles consideraram o sulco nasolabial, a harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto e a estrutura facial de acordo a idade como referência para considerar a dimensão vertical. Este método considera apenas padrões estéticos, o que é algo subjetivo e insuficiente para determinar a dimensão vertical de oclusão. Somente efetivo nos casos em que os tecidos moles estão íntegros (lábios e bochechas) e podem ser reposicionados esteticamente. <sup>(17)</sup>

#### *Método métrico ou método de Willis*

O método métrico para determinar a dimensão vertical de oclusão foi proposto por Willis em 1930. O método baseou-se no conceito artístico de que há uma proporção entre as porções média e inferior da base. Com base em pacientes dentados Willis afirmou que: as distâncias do canto externo do olho até a comissura labial eram iguais à distância da base do nariz ao mento. Portanto planos, oclusão ou as próteses totais terminadas devem ter essas distâncias coincidentes. Utiliza-se um instrumento denominado compasso de Willis, este compasso possui formato da letra "L" tem uma haste maior milimetrada e um cursor com parafuso ajustável que é fixado à haste maior na distância desejada. Em 1970, Tamaki descreve que o método de Willis estabelece inicialmente a dimensão de repouso para posteriormente subtrair 3 mm, referentes ao espaço funcional livre, encontrando-se então a dimensão vertical de oclusão. Para uma correta mensuração sugere-se que o indivíduo esteja sentado com a cabeça e o tronco ereto olhando para um ponto fixo e reto. Este é o método mais empregado nas escolas de odontologia latino americanas. <sup>(5, 6, 9, 14, 17, 18, 21, 22)</sup>

Fig. 1 – Dimensão Vertical da face, segundo Willis; A) distância entre a base do Nariz e a base do mento; B) Distância entre as comissuras das pálpebras e dos lábios C) Aplicando a proporção da face

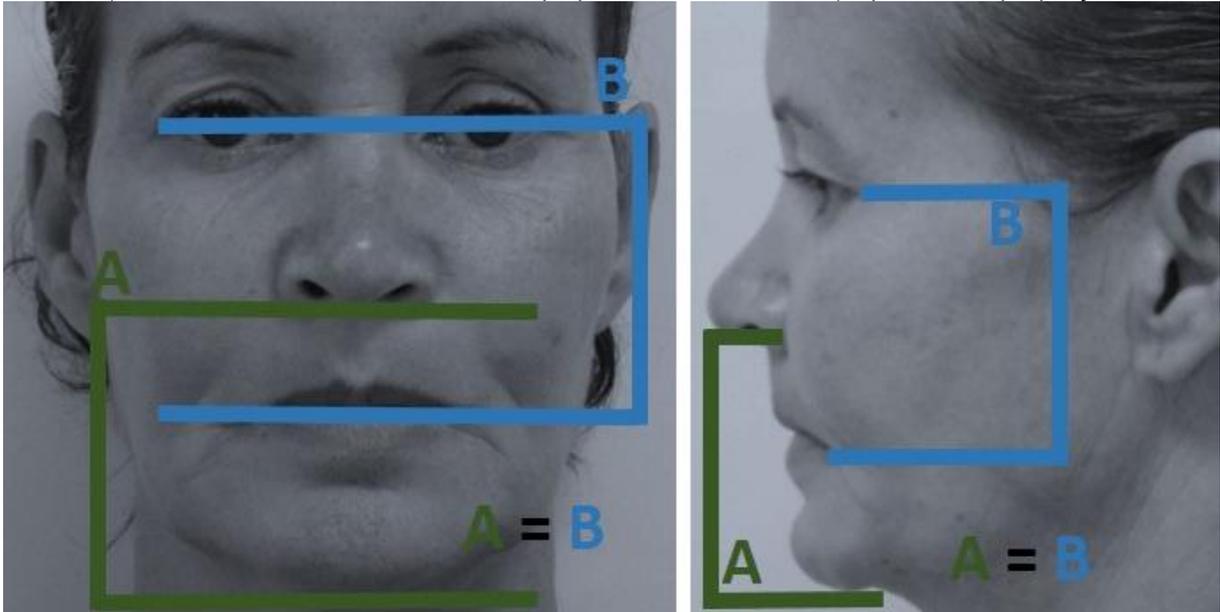
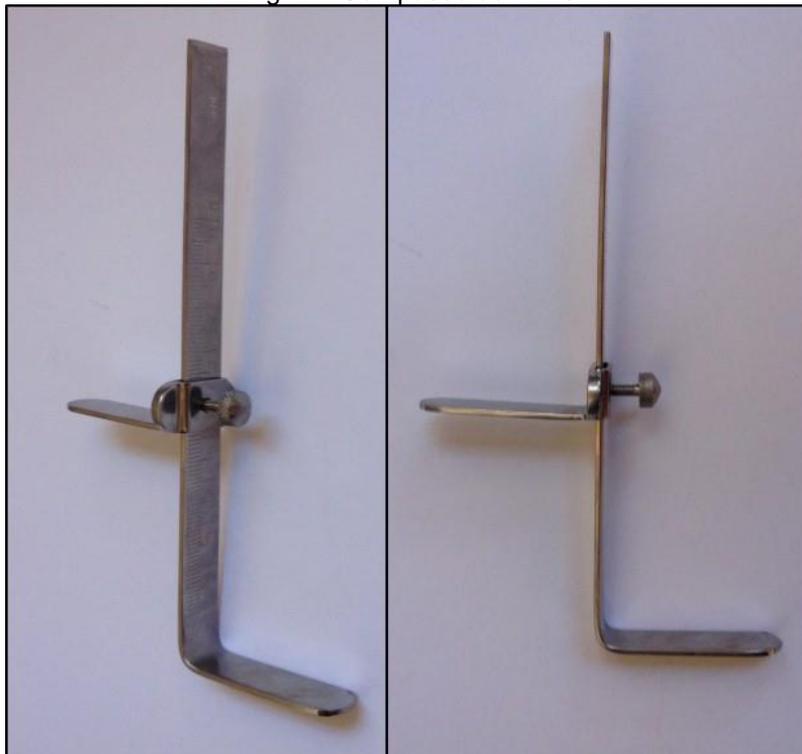


Fig. 2 – Compasso de Willis

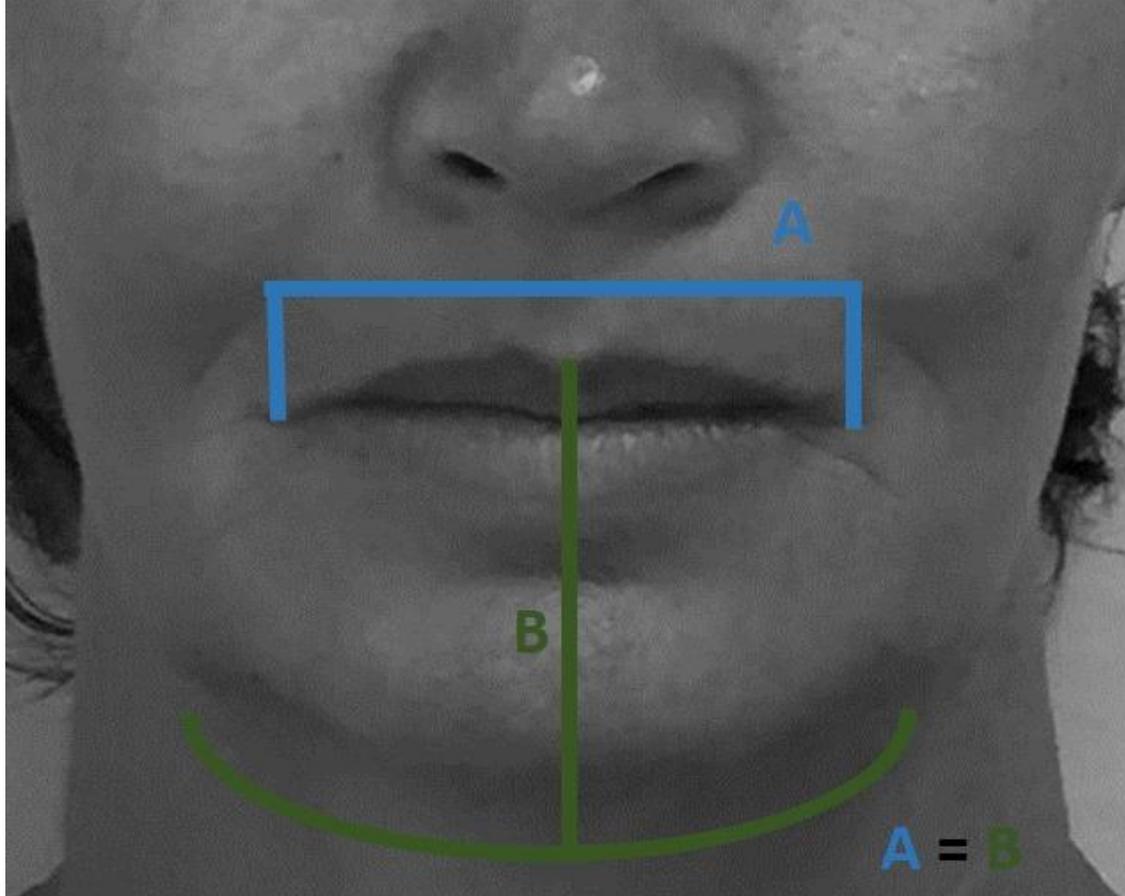


#### *Método de Boyanov (1970)*

Boyanov, em 1970, desenvolveu um método que usava como referência a proporção facial referente à medida entre as comissuras labiais ser igual à distância entre o tubérculo do lábio superior a base do mento. A desvantagem desse método

está na variação do tecido mole, tornando esse método impreciso por depender de medidas de tecido mole. <sup>(21, 22)</sup>

Fig. 3 – Medidas básicas e protocoladas por Boyanov como referência para determinação da DV.



#### *Método da posição fisiológica ou método de Pleasure*

Em 1951, Pleasure relatou que a posição fisiológica de repouso fornece uma referência estável para a determinação da dimensão vertical de oclusão, Pleasure afirmou ainda que a distância entre os dentes superiores e inferiores com a mandíbula em repouso é em média de 3 mm denominada espaço funcional livre. Propôs ainda que para a obtenção da posição fisiológica de repouso fosse feita marcação de dois pontos da linha média da face, sendo, um localizado no nariz e outro no mento. Ele utiliza da técnica de colocação de dois triângulos com esparadrapo na linha mediana, um na região sub-nasal e outro no mento, com o paciente em posição ortostática. Em seguida, é solicitado ao paciente que pronuncie a letra M três vezes, ou contar de 60 a 70, ou pronunciar a palavra MISSISSIPI e não serrar os lábios, enquanto o profissional mede a distância entre um dos vértices

do triângulo superior a um dos vértices do triângulo inferior (usando paquímetro), definindo assim a DVR (mandíbula após função fonética volta imediatamente à posição de repouso. É necessário realizar algumas repetições para confirmar a medida e dessa DVR subtrai-se 3 mm para obtenção DVO. (5, 14, 17, 18, 21, 22)

#### *Método da deglutição ou método de Monson*

Em 1953, Monson afirmou que através da deglutição seria possível chegar à dimensão vertical de oclusão. O método sugerido por ele consistia em levar os planos de cera plastificados a boca do paciente e pedi-lo para deglutir a saliva, dessa forma a cera é comprimida até completar a deglutição determinando assim a dimensão vertical de oclusão. (9, 17, 18)

#### *Método fonético ou método de Silverman*

Em 1956, Silverman apresentou o método fonético. Obtendo a dimensão vertical através de sons sibilantes. O método consiste em pedir para o paciente emitir sons sibilantes, já que, no momento da pronúncia, a mandíbula entra em posição de repouso, o que mostra ao profissional o espaço funcional livre. O profissional observa o espaço de afastamento dos planos de cera durante a pronúncia, sendo que esse espaço dever ser de 3 a 4 mm referente ao espaço funcional livre médio, devendo os planos de cera ser desgastados ou acrescentados até que se consiga o espaço funcional livre necessário que descontado do todo nos fornece a dimensão vertical de oclusão. (5, 9, 17, 18)

#### *Método Lytle ou método da percepção neuromuscular*

Em 1964, Lytle afirmou que o próprio paciente era capaz de determinar sua relação vertical de oclusão com base na percepção neuromuscular, e isso seria conseguido quando a mandíbula assumisse uma posição retruída. O paciente experimentava e comparava diferentes relações através de um dispositivo de equilíbrio central. Lytle recomendou que fosse feita uma associação com diferentes métodos como o estético e o fonético. (14, 17, 18)

### *Método de Shanaham*

Em 1955, Shanaham afirmou que a dimensão vertical e a relação cêntrica na dimensão vertical são fatores determinantes na prática da prótese. Propôs o método da deglutição salivar como base para o estabelecimento das posições mandibulares na oclusão. Durante o ato de deglutir, a mandíbula sobe ocupando sua posição terminal habitual e, em seguida, é retruída para a posição fisiológica de relação cêntrica. Shanaham propôs que o plano de oclusão inferior fosse reduzido em 3 mm e fossem colocados nele três cones de cera amolecida um na linha média e um de cada lado desta. Em seguida, ambos os planos, superior e inferior, eram posicionados na boca e solicitava-se ao paciente que fizesse repetidas deglutições, assim a cera seria reduzida e a dimensão vertical fisiológica ficaria registrada. (5, 17, 18)

### *Método de Tamaki*

Em 1988, Tamaki sugeriu a utilização da técnica mista em pacientes desdentados totais, para que assim o profissional pudesse contar com um maior número de dados. Primeiramente, deixou-se o paciente à vontade para conseguir a posição de repouso mandibular e, em seguida, medir a distância da base do nariz ao mento usando um compasso de Willis, dessa medida subtraiu 3 mm referente ao espaço livre funcional e obteve-se a dimensão vertical de oclusão, que, após a confecção dos planos de cera, era refinada com os métodos da estética e da fonética. (5, 17, 18)

### *Método Cefalométrico*

Em 2005, Brzoza e seus colaboradores fizeram um estudo sobre a determinação da dimensão vertical em pacientes desdentados através da cefalometria, afirmando que a análise cefalométrica permite evidenciar as estruturas ósseas em relação ao plano oclusal, e dessa forma otimizando a etapa de obtenção da dimensão vertical de oclusão. A análise cefalométrica mostrou-se um método eficaz, simples, sem altos custos, que poderia ser complementar aos métodos tradicionais. (17)

## A REABILITAÇÃO ORAL ENVOLVENDO RESTABELECIMENTO DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO

Após a perda da dimensão vertical, o que se pode fazer é tratar os efeitos. O tratamento reabilitador vai depender da causa dessa perda e da condição financeira do paciente para arcar com o custo desse tratamento. As modalidades de tratamento podem ser desde ortodontia, dentística, próteses fixas, próteses parciais removíveis, combinação de ambas ou próteses totais, e ainda a reabilitação com implantes ósseointegrados. <sup>(19, 21, 22)</sup>

A reabilitação comumente escolhida pela população desdentada total é a prótese total, popularmente conhecida como dentadura por ser popularmente conhecida e com custo mais próximos à realidade da média salarial brasileira. Para confecção de prótese total, dentre os passos operatórios, a tomada correta da dimensão vertical é de suma importância para a restauração da estética e função. <sup>(15)</sup>

A reabilitação protética visa a restaurar a função mastigatória, as medidas e contornos da face segundo a estética, corrigir os defeitos da fonética devido à perda dos dentes, restabelecer a dimensão vertical do paciente, uma vez que os dentes contribuem para estabelecer o comprimento da face, e recuperar a relação central que corresponde à posição de máximo equilíbrio articular. <sup>(15)</sup>

A dimensão vertical de oclusão e o plano oclusal corretamente registrados fazem com que as próteses ganhem estabilidade. Por isso a necessidade de verificá-los funcionalmente e basear-se em referências anatômicas. <sup>(14)</sup>

Em 1993, Radford e Cobot recomendaram que, quando fossem necessários grandes aumentos de dimensão vertical em pacientes portadores de próteses totais antigas, isso deveria ser feito gradativamente através de acréscimos paulatinos, de 2 a 3 mm por vez, de resina acrílica na superfície oclusal das próteses totais antigas até que se consiga a altura adequada, isso possibilita ao paciente melhor adaptação às mudanças provocadas por tal aumento. <sup>(14)</sup>

Em casos de perda da dimensão vertical por desgaste acentuado dos dentes, é necessário que se faça um restabelecimento gradativo da nova condição de normalidade da oclusão, podendo ser utilizadas próteses provisórias ou dispositivo interoclusal até que o paciente relate conforto. <sup>(4)</sup>

É comum a presença de disfunção temporomandibular em usuários de prótese total, a etiologia é multifatorial envolve fatores emocionais, alterações do

sistema estomatognático em função das próteses, hábitos parafuncionais, desgastes dos dentes artificiais e dimensão vertical incorreta. <sup>(20)</sup>

## RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente procurou o consultório do Prof. Ms. Marcos Bilharinho Mendonça dia 18/01/2016 relatando estar insatisfeita com a estética e função de suas próteses totais, superior e inferior. A paciente foi esclarecida quanto aos procedimentos a serem tomados, autorizando o acompanhamento e registo fotográfico do caso para uso no trabalho de conclusão de curso, conforme termo de autorização.

Fig. 4 – termo de autorização

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO E USO DE IMAGEM PARA ELABORAÇÃO DE RELATO DE CASO CLINICO EM TCC**

Eu, B [redacted] A [redacted] M [redacted] S [redacted] CPF [redacted] RG [redacted] gênero feminino, leucoderma, D.N [redacted] 1969, casada, dona de casa, Brasileira, natural de [redacted] Minas MG. Fui esclarecida e autorizo, gratuita e espontaneamente que todas as etapas de tratamento com o Dr. Marcos Bilharinho Mendonça sejam acompanhadas pela aluna Aparecida Francislaine Meira de Souza. Autorizo ainda que façam as fotografias intra orais e extra orais de todas as etapas do tratamento. Ciente de que as imagens serão usadas para elaboração relato de caso clinico em trabalho de conclusão de curso da aluna supracitada. Fui esclarecida de que nem eu, meus parentes ou representantes legais receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referentes imagens.

Patos de Minas, 18/01/2016

B [redacted] A [redacted] M [redacted] S [redacted]  
B [redacted] A [redacted] M [redacted] S [redacted]  
(paciente)

  
Dr. Marcos Bilharinho Mendonça  
(Cirurgião dentista responsável)

  
Aparecida Francislaine Meira de Souza  
(aluna autorizada a acompanhar e registrar)

### *Anamnese*

Paciente B.A.M.S, gênero feminino, leucoderma, 47 anos de idade, casada, dona de casa, Brasileira, natural de Brasilândia de Minas MG, a paciente relata sentir frequentemente “dores de cabeça muito fortes”, assim expressa, não possui nenhuma alteração sistêmica de saúde conhecida, nem hábitos parafuncionais. Aos 35 anos, perdeu todos os dentes por doença periodontal e tornou-se usuária de prótese total superior e inferior que nunca haviam sido substituídas ao longo desses doze anos.

### *Exame clínico intraoral / extraoral*

Ao exame clínico extraoral, observa-se perda de dimensão vertical, que afetou toda harmonia facial, conferindo aspecto de face envelhecida, lábios instruídos, perda do tônus muscular, queda do nariz, mento proeminente. A ATM estava assintomática, a face simétrica, não havia alterações de pele, gânglios linfáticos e glândulas salivares. A paciente apresentava-se tímida e com sorriso contido.

Fig. 5 – Fotografia inicial



Fig. 6 – Mensuração inicial da Dimensão Vertical com compasso de Willis



Ao exame clínico intraoral, observa-se: mucosa oral, lábios internos, soalho de boca, língua, palato duro e palato mole sem alterações visuais ou palpáveis. A mucosa oral apresenta aspecto clínico e textura saudável e resiliência média. A abóbada palatina com profundidade média, forma ovóide, tamanho grande, rebordo residual proeminente com formato arredondado. O rebordo residual da mandíbula apresenta-se atrófico e com formato arredondado

#### *Esclarecimentos sobre possibilidades reabilitadoras*

A paciente foi esclarecida quanto aos possíveis procedimentos reabilitadores, bem como os benefícios e limitações de cada um dos procedimentos. (Próteses totais removíveis, próteses totais removíveis implanto retidas e implanto-muco suportadas (overdenture), e próteses totais fixas implanto retidas e suportadas (protocolos). A paciente devidamente esclarecida optou pela confecção de próteses totais removíveis.

#### *Confecção das próteses*

A confecção das próteses totais foi realizada nas seguintes etapas clínicas, sendo que apenas a acrilização foi feita em laboratório.

1. Moldagem de trabalho; alginato (hidrocolóide irreversível)

2. Confeção dos modelos de trabalho; gesso pedra tipo III
3. Confeção das moldeiras individuais; Resina acrílica autopolimerizável
4. Moldagem funcional; godiva e pasta zinco-enólica
5. Confeção dos modelos funcionais; gesso pedra tipo III
6. Confeção de placa base e rolete de cera; Resina acrílica e cera 7
7. Prova da placa base e roletes de cera;
8. Prova dos dentes montados em cera; Dentes Trilux (vipi)
9. Acrilização; Resina acrílica termo-polimerizável
10. Instalação das próteses
11. Ajustes posteriores

### *Moldagem de trabalho*

A moldagem de trabalho foi feita com moldeiras totais para dentados, de estoque, individualizadas com cera utilidade (Cera Wilson Utilidade). O material de moldagem foi alginato (alginato jeltrate dentsply (hidrocoloide irreversível)).

Fig. 7 – Moldeiras individualizadas com cera



Fig. 8 – moldagem de trabalho



### *Confecção dos modelos de trabalho*

Os modelos de estudos foram confeccionados com gesso pedra tipo III (gesso pedra Asfer)

Fig. 9 – Modelo de estudo



### *Confecção das moldeiras individuais*

Realizada delimitação da área chapeável, e com cera utilidade (Cera Wilson Utilidade) o alívio das áreas retentivas nos modelos de trabalho. Os modelos foram duplamente isolados com (isolante para resinas acrílicas cel-lac).

Fig. 10 – Modelos de estudo com delimitação da área chapeável.

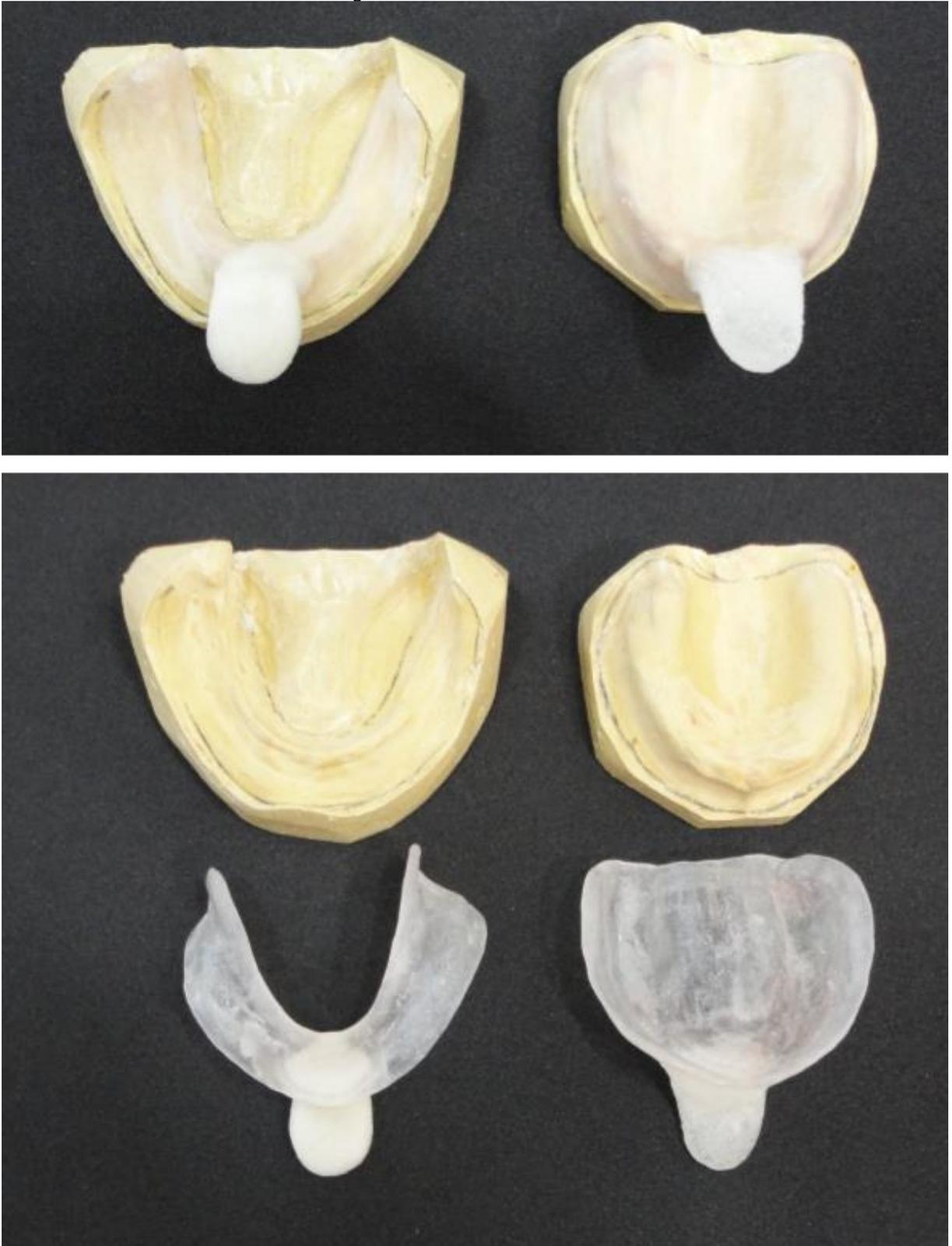


As moldeiras individuais foram confeccionadas com resina acrílica pó/líquido (resina Jet pó incolor), (líquido jet autopolimerizável)

Fig. 11 – confecção das moldeiras individuais



Fig. 12 – Moldeiras individuais



### *Moldagem funcional*

As moldeiras individuais foram seladas perifericamente com godiva (Godiva exata nova DFL). O selado periférico foi efetuado em etapas para cada moldeira individual, na inferior, em quatro vezes e, na superior, três vezes. Para moldagem funcional foi usada pasta zinco enólica (pasta zinco enólica lysanda).

Fig. 13 – moldeiras individuais com selado periférico



Fig. 14 –Moldagem Funcional



### *Confecção dos modelos funcionais*

Os modelos funcionais foram confeccionados com gesso pedra tipo III (gesso pedra Asfer)

Fig. 15 – Modelos funcionais



### *Confecção de placa base de prova e rolete de cera*

Realizada delimitação da área chapeável e o alívio das áreas retentivas nos modelos funcionais com cera utilidade (Cera Wilson Utilidade) e os modelos foram duplamente isolados com (isolante para resinas acrílicas cel-lac).

Fig. 16 – Modelos funcionais com delimitação da área chapeável, alívios com cera e isolados



Para confeccionar a placa base, foi utilizada resina acrílica pó/líquido polimerizável quimicamente (autopolimerizável) (resina Jet pó incolor), (líquido jet ), os roletes de cera foram feitos com cera sete (Cera Wilson sete).

Fig. 17 – Placa base



Fig. 18 – Placa base com rolete de cera



#### *Prova da placa base e roletes de cera*

Sendo essa uma etapa de muitas observações e de grande importância foi dividida em subitens.

### *Ajuste do rolete de cera superior*

O rolete de cera superior deverá ser ajustado garantindo os requisitos estéticos iniciais da prótese. Sendo: harmonia do lábio no perfil, comprimento do plano de cera na região anterior, orientação pelo plano de Camper, curva de Spee, corredor bucal.

### *Perfil labial superior*

Inicialmente deve-se observar o perfil da paciente para avaliar o que deverá ser trabalhado na tentativa de corrigir a desarmonia facial percebida durante o exame clínico. Para um perfil harmônico o ângulo nasolabial deverá ter em média 90°.

Fig. 19 – análise inicial do perfil facial



Após observar o perfil, iniciar a prova do rolete superior e ajustes necessários, caso o lábio aparente projetado, ou seja, o ângulo nasolabial esteja menor que 90° deve ser desgastar o rolete, ou caso o lábio esteja retruído, ou seja, o ângulo

nasolabial esteja maior que  $90^\circ$  deve-se acrescentar cera para aumentar a projeção do lábio.

Fig. 20 – Análise do perfil facial e ajuste do suporte labial



#### *Comprimento do plano de cera na região anterior*

Para determinação do comprimento do plano de cera, devem-se levar em consideração dois importantes fatores: o comprimento de lábio da paciente e a idade, sendo que na faixa entre 45 e 60 anos com o lábio em repouso o rolete de cera fica aproximadamente 1mm abaixo do tubérculo do lábio da paciente.

#### *Orientação pelo plano de Camper*

O plano de Camper é a referência para o ajuste do plano oclusal, este plano corresponde a uma linha imaginária traçada da borda superior do tragus à borda inferior da asa do nariz. Para o ajuste desse plano utiliza-se a régua de Fox.

### *Curva de spee*

A Curva de Spee é uma linha imaginária, curva no sentido ântero-posterior que tangência as pontas de cúspides vestibulares dos dentes posteriores e as bordas incisais dos incisivos.

### *Corredor bucal*

O corredor bucal é o espaço existente entre a superfície vestibular dos dentes posteriores e a mucosa interna da bochecha. Pacientes obesos têm esse espaço menor e paciente magros têm espaço maior. O corredor bucal deve ser simétrico.

Fig. 21 – Corredor bucal



### *Ajuste do plano de cera inferior*

Após observar todos os itens supracitados no rolete superior, insere-se o rolete de cera inferior para prosseguir os ajustes, é através do rolete inferior que se determina a dimensão vertical, pois no rolete superior a prioridade são as questões estéticas.

### *Perfil labial inferior*

Assim como no rolete superior, o inferior deverá dar suporte ao lábio, podendo ser necessário acréscimo ou remoção de cera do rolete.

### *Registro da DVR*

A paciente apresentava visivelmente diminuição da dimensão vertical, devido aos doze anos de uso das mesmas próteses totais removíveis.

A diminuição da dimensão vertical afeta toda a harmonia facial e confere ao indivíduo um aspecto de face envelhecida, devido à diminuição do terço inferior da face, perda do tônus muscular, intrusão dos lábios ou excessivo contato labial, queda do nariz, sobrecarga das articulações têmporomandibulares, estudos relacionam a redução da dimensão vertical de oclusão com a perda de audição, sensações de vertigens e dores nas articulações têmporomandibulares provocadas pelo deslocamento posterior dos côndilos que comprimem a zona retrodiscal, pode ainda ocasionar transtornos fonéticos, mastigatórios, alterações temporomandibulares e dos músculos da mastigação. A queilite angular também é uma característica comum da dimensão vertical diminuída. (3, 4, 7, 12)

“A avaliação clínica da dimensão vertical depende da consideração dos diferentes mecanismos ativos e passivos que regulam essa posição. Diante disso, verificou-se a importância do conhecimento dos diversos métodos de como obtê-la e registrá-la.” (4)

Não há qualquer método para obtenção da dimensão vertical de oclusão completamente preciso do ponto de visto científico, além de não haver comparativamente, significativa vantagem de uma técnica sobre a outra. A resposta positiva do paciente a nova dimensão vertical de oclusão é importante. O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão envolve restabelecimento da estética, melhora da sensibilidade e restauração da guia anterior. (9)

O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão não é um processo preciso, os estudos mostram que a associação de alguns métodos traz resultados positivos, são métodos objetivos como proporção facial, e subjetivos como o método fonético baseado em sons sibilantes e deglutição sendo estas maneiras fisiológicas e por fim os dispositivos interoclusais como o “JIG” e placas acrílicas com cobertura cuspídea, o espaço funcional livre não pode ser considerado como método preciso para se determinar a dimensão vertical de oclusão. (8)

O procedimento de determinação da dimensão vertical de oclusão deve ser realizado rapidamente, visto que as posições maxilomandibulares são posturais e podem sofrer alteração em um curto período de tempo pela ação da gravidade. (14)

Verificada a importância e a complexidade do restabelecimento da dimensão vertical na reabilitação oral, a literatura traz diversos métodos para a realização dos registros intermaxilares, os mais utilizados na prática clínica são: método métrico ou método de Willis, método da deglutição ou método de Monson e o método fonético ou método de Silverman. No entanto nenhum método é comprovadamente eficaz por si só, por isso é preconizado que se associe mais de uma técnica. (1, 3, 4, 9, 16)

Conforme o que se concluiu na revisão de literatura, nenhum método é exato por si só, portanto para determinação da dimensão vertical foi usado: método métrico ou método de Willis (conforme demonstrado em fotografia), método da deglutição ou método de Monson e o método fonético ou método de Silverman (esses dois últimos não são possíveis de registrar fotograficamente).

#### *Definição da DVO*

A dimensão vertical de oclusão se refere à medida entre dois pontos sendo um no terço médio e outro no terço inferior da face, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo. Encontra-se a dimensão vertical de oclusão a partir da determinação correta da dimensão vertical de repouso subtraída do espaço funcional livre. Em resumo  $DVR - EFL = DVO$  (3, 7)

A antiga medida de dimensão vertical de oclusão pelo método métrico ou de Willis era de 4.4mm, na nova medida foi de 5.2 mm, confirmados pelos métodos da deglutição ou método de Monson e o método fonético ou método de Silverman.

Fig. 22 – Mensuração da dimensão vertical pelo método de Willis



Fig. 23 – Mensuração da nova dimensão vertical pelo método de Willis



### *Registro da relação Cêntrica*

A paciente foi manipulada em relação Cêntrica, devem-se fazer marcações no plano de cera e checar várias vezes se os pontos coincidem.

### *Registro das linhas de orientação*

O registro das linhas de orientação é o último item a ser feito, nesse momento os roletes, superior e inferior, já devem ter sofrido todos os ajustes necessários, nesse momento o paciente deverá estar com os dois roletes na boca.

### *Linha média*

A linha média é uma linha reta imaginária que vai da glabella ao filtrum, a ponta do nariz não deve ser usada como referência, visto que frequente este é desviado.

Fig. 24 – Linha média



### *Linha da distal do canino*

A linha da distal do canino é uma linha imaginária que une o canto interno do olho a assa do nariz, a partir desse ponto deve-se deslocar para posterior cerca de 2mm.

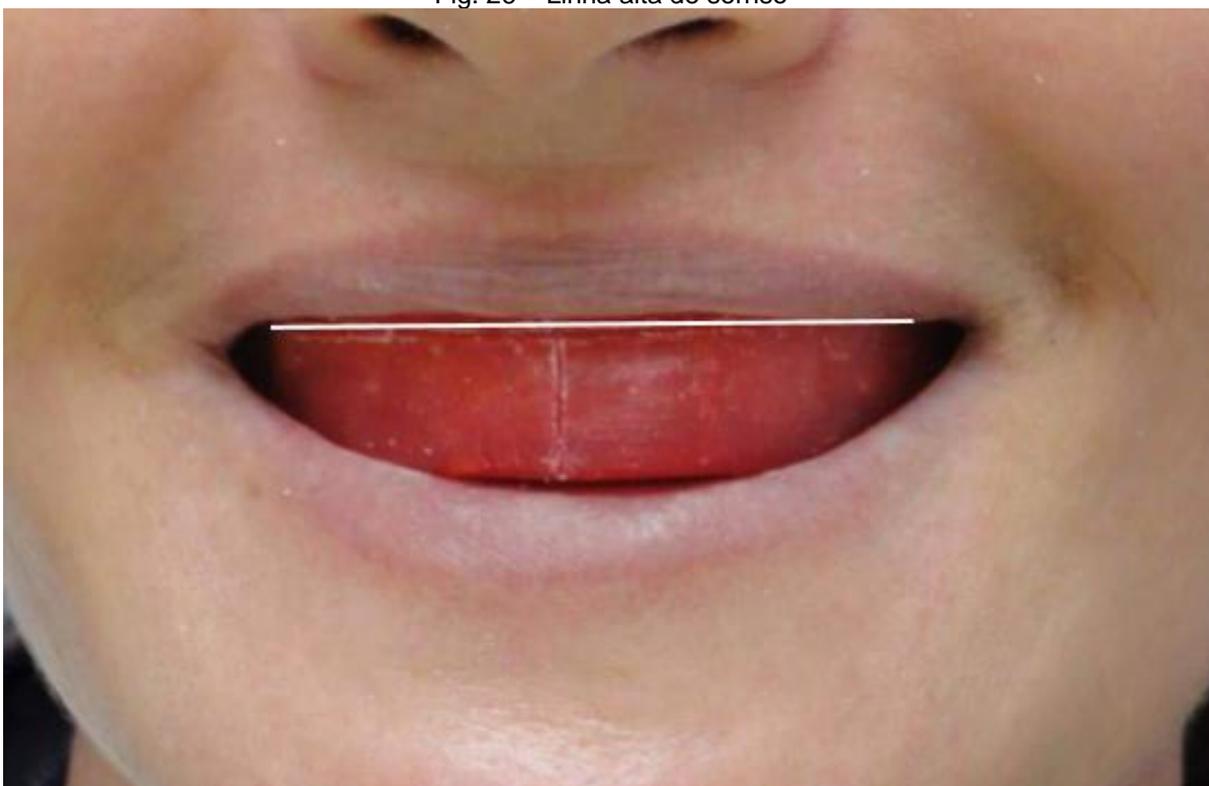
Fig. 25 – Linha de canino



### *Linha alta de sorriso*

A Linha alta do sorriso corresponde ao colo dos incisivos centrais, para determinação dessa linha, deve-se solicitar ao paciente um sorriso forçado.

Fig. 26 – Linha alta de sorriso



*Prova dos dentes montados em cera*

A montagem dos dentes em cera e escultura gengival foi realizada pelo Prof. Ms. Marcos Bilharinho. Selecionados dentes de estoque cor A1 (Trilux vipi) formato retangular, a paciente pediu que fosse usado os dentes mais claros possíveis dentro de uma estética aceitável.

Na prova dos dentes superiores montados em cera foi realizada a conferência e os devidos ajustes de: perfil labial superior, comprimento dos dentes na região anterior, plano de Camper, curva de spee, corredor bucal. Na prova dos dentes inferiores montados em cera foi realizada a conferência e devidos ajustes de: perfil labial, DVR e DVO conferidas através dos métodos métrico ou método de Willis, método da deglutição ou método de Monson e o método fonético ou método de Silverman.

Fig. 27 – Prova dos dentes montados em cera



### *Acrilização*

Essa foi a única etapa feita em laboratório.

Fig. 28 – Próteses acrilizadas



### *Instalação das próteses finais, ajustes e orientações*

Antes de inserir as próteses na boca do paciente deve-se verificar se há espículas ou bolhas no acrílico, pois essas podem machucar a mucosa e, portanto, devem ser removidas o acrílico deve ser polido.

Fig. 29 – Instalação das próteses finais



Fig. 30 – Comparativa inicial e final



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As alterações de dimensão vertical, seja por perda ou por aumento, trazem diversos prejuízos ao indivíduo. Na prática odontológica, os métodos mais utilizados são: método métrico ou método de Willis, método da deglutição ou método de Monson e o método fonético ou método de Silverman, estes usados de forma associada, parecem trazer resultados confiáveis, porém cada profissional deverá trabalhar com os métodos a que melhor se adaptar.

Mesmo após décadas de estudos e muito avanço nos métodos de determinação da dimensão vertical, não há nenhum método exato, assim o recomendado é que se faça a associação de métodos a fim de confirmar os dados obtidos.

O correto restabelecimento da dimensão vertical de oclusão é determinante no sucesso de um tratamento de reabilitação oral. Devendo assim receber total comprometimento por parte do profissional, visto que este é um procedimento que interfere na fala, deglutição, respiração, mastigação, fonação, harmonia do sistema estomatognático e estética.

## REFERÊNCIAS

1. Pomilio A, Silva AF, Silva WAB, Técnicas de zona neutra em dentaduras duplas. Rev. gauch. odontol. 2002;50(4):219-24.
2. Mukai, MK. Et.al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. RPG rev. pos-grad. 2010;17(3):167-72
3. Dantas EM, A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. odonto [periódico da internet]. 2012 [acesso em 12 ago 2015]; 20 (40):41-48. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/O1/article/viewFile/3034/3420>
4. Feltrin PP, Philippi AG, Moretti Junior J, Machado CC, Astolf JA. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. Rev. odontol. Univ. Cid. Sao Paulo. 2008 set-dez; 20(3): 274-9
5. Tavares RRJ. Dimensão vertical de oclusão em desdentados totais obtida pelos métodos de Temaki e de Beresin e Schiesser: estudo comparativo. [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 1997.
6. Reis KR, Análise do método de Willis na determinação da dimensão vertical de oclusão. Rev. Bras. Odontol. [periódico da internet]. 2008 [acesso em 30 agos 2015]; 65 (1):48-51. Disponível em: [http://www.iesposgraduacao.com.br/\\_downloads/%7B53AF0D18-C1B6-4C36-A7AF-2845F298A187%7D\\_artigo\\_moyara9.pdf](http://www.iesposgraduacao.com.br/_downloads/%7B53AF0D18-C1B6-4C36-A7AF-2845F298A187%7D_artigo_moyara9.pdf)
7. Farias ABL, Lima LHM, Costa LJ, Lucena LBS, Farias ABL. Relação entre alteração da dimensão vertical de oclusão e disfunção temporomandibular – avaliação clinica. Braz. dent. sci.. 2009 jul-set; 12(3):11-19
8. Silva MPC, Girundi FMS. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: Relato de caso [dissertação] [Internet]. Presidente Prudente: Universidade do Oeste 16 Paulista; 2010. [acesso em 12 agos 2015]. Disponível em: [http://www.iesposgraduacao.com.br/\\_downloads/%7B53AF0D18-C1B6-4C36-A7AF-2845F298A187%7D\\_artigo\\_moyara9.pdf](http://www.iesposgraduacao.com.br/_downloads/%7B53AF0D18-C1B6-4C36-A7AF-2845F298A187%7D_artigo_moyara9.pdf)
9. Chaves DG, Aspectos relacionados à Dimensão vertical de oclusão em pacientes desdentados. [monografia] [Internet]. Passo Fundo: Faculdade Ingá UNINGA – Passo Fundo RS; 2008. [acesso em 12 agos 2015]. Disponível em:

[http://www.cursospos.com.br/arquivos\\_biblioteca/73ab8f61bb90ceeda1b64d09bcd1b868.pdf](http://www.cursospos.com.br/arquivos_biblioteca/73ab8f61bb90ceeda1b64d09bcd1b868.pdf)

10. Alves RA, Silva LLB, Silva FA, Silva WAB. Recuperação da dimensão vertical por meio de terapia com aparelho oclusal plano duplo. Rev. Bras. Odontol. [periódico da internet]. 2008 [acesso em 12 agos 2015]; 65 (2):220-3. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/50/54>

11. Henriques JFC, Pinzan A, Almeida RR, Janson GRP, Takahashi R, Hayasaki SM. Controle da dimensão vertical com o aparelho removível conjugado à ancoragem extrabucal no tratamento da classe II, 1ª divisão. R. Clin. Orton. Dental Press, Maringá [periódico da internet]. 2003 [acesso em 10 set 2015]; 2 (4):53-64. Disponível em: <http://www.dentalpress.com.br/artigos/pdf/34.pdf>

12. Amoroso AP, Gennari Filho H, Zuim PRJ, Mazaro JVQ, Zavanelli AC. Recuperação da dimensão vertical em pacientes com parafunção severa Rev. Odontol. Araçatuba [periódico da internet]. 2013 [acesso em 10 set 2015]; 34 (2):09-13. Disponível em: <http://faculdadepatosdeminas.edu.br/pdf/meta.pdf>

13. Almeida EO, Freitas Junior AC, Assunção WG. Os desafios da prótese total: problemas e soluções. Rev. INPEQ odontol. Cuiabá-MT [periódico da internet]. 2008 [acesso em 10 set 2015]; 2 (1):01-76. Disponível em: <http://www.inpeoeducacional.com.br/view/artigo/ac186fee2155f546c83af31bbb3955bc.pdf>

14. Chaccur DC, Avaliação da alteração de dimensão vertical na qualidade do sono em pacientes idosos portadores de próteses totais bimaxilares [Dissertação] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2010. [acesso em 20 out 2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23150/tde-18112010-110424/en.php>

15. Bin CV, Reis TS, Komori PCP, Bissoli CF, Castilho JCM, Paes Junior TJA. Influência da prótese total mucossuportada na posição da cabeça da mandíbula em relação a fossa mandibular. Rev. Braz. Dent. Sci. 2009 jul-set; 12(3):50-55

16. Goiato MC, Santos DM, Sônego MV. Abordagem clínica dos registros utilizados para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em prótese total. Rev. Odontol. de Araçatuba [periódico da internet]. 2013 [acesso em 10 set 2015]; 34 (1):45-49.

17. Alexandrino LG, Diferentes métodos de relações intermaxilares no sentido vertical. [TCC] [Internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2013.

[acesso em 12 agos 2015]. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2013/LORENA%20GON%C3%87ALVES%20ALEXANDRINO.pdf>

18. Velho KD, Determinação da dimensão vertical usando o teste fonético. [TCC] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012. [acesso em 15 out 2015]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103619>

19. Rodrigues LCA, Recuperação da dimensão vertical de oclusão: a importância na reabilitação oral. [Monografia] [Internet]. São Luís: FUNORTE/Núcleo São Luís; 2010. [acesso em 15 out 2015]. Disponível em: [http://www.cursospos.com.br/arquivos\\_biblioteca/b2659e7fedd2675447ecb8eca7c41817b4bc6e3c.pdf](http://www.cursospos.com.br/arquivos_biblioteca/b2659e7fedd2675447ecb8eca7c41817b4bc6e3c.pdf)

20. Bernardi D. Bruxismo em pacientes portadores de prótese total. [Monografia] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. [acesso em 16 out 2015]. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Espodonto241605.PDF>

21. Universidade Federal Do Maranhão Faculdade De Odontologia Disciplina de Prótese Total [homepage da internet]. Registros maxilo-mandibulares. [acesso em 11 abr 2016]. Disponível em: <http://faculdadepatosdeminas.edu.br/pdf/meta.pdf>

22. Chaves LVF, Chaves VSF, Oliveira AHA, Miranda BFS, Santos AJS, Machado CT. A Proporção Áurea como Complemento na Determinação da Dimensão Vertical. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde [periódico da internet]. 2014 [acesso em 11 abr 2016]; 16(1):39-44

## AGRADECIMENTOS

Finalizar mais essa importante etapa da minha vida só está sendo possível graças às pessoas incríveis que Deus colocou no meu caminho, me orientando, apoiando, incentivando e acreditando na minha capacidade. A vocês, meu eterno respeito, carinho e gratidão.

Aos meus Pais e meu irmão, por todo amor, incentivo e apoio incondicional.

À Faculdade Patos de Minas FPM, seu corpo docente, ao coordenador do curso de odontologia Prof.<sup>o</sup>. Fernando Nascimento, direção, administração e toda a equipe de apoio que oportunizaram a minha formação.

À Prof.<sup>a</sup>. Nayara Lima, por todo incentivo e presteza.

Ao Prof.<sup>o</sup>. Fernando Nascimento e Prof.<sup>o</sup>. Henrique Cury, por terem aceitado ser minha banca examinadora.

À Prof.<sup>a</sup>. Lia Dietrich, para sempre “Tia Lia”, não apenas pela orientação durante a elaboração deste trabalho, mas também pelo carinho, apoio e incentivo ao longo de toda a graduação, essa pessoa iluminada que fez a diferença em momentos extremamente difíceis em que eu estava decidida a abandonar o curso, naquela ocasião foi o seu apoio que não me deixou desistir.

Ao Prof.<sup>o</sup>. Marcos Bilharinho, por ter sido tão presente, empenhado, e acessível. Agradeço especialmente pela oportunidade de acompanhar seu trabalho. É encantador o zelo e carinho que você tem com seus pacientes e o cuidado com cada detalhe nas diversas etapas de um tratamento reabilitador. Sua forma de trabalhar é inspiradora.

À paciente B.A.M.S., você será para sempre meu exemplo de vida, ainda que eu trabalhe por muitos anos e faça inúmeros casos similares, esse jamais será esquecido. A escolha desse tema para trabalho de conclusão de curso foi com objetivo de aprofundar meus conhecimentos e poder cuidar de você com todo meu carinho, respeito e admiração. Você que, assim como milhares de Brasileiros, nunca teve acesso a uma odontologia de qualidade, que nunca recebeu cuidados nem orientação relacionada à sua saúde bucal, que sofreu terríveis dores de dente e ainda assim não teve acesso a um profissional para receber cuidados, que tão jovem perdeu todos os seus dentes e junto com eles grande parte da sua autoestima.

Peço a Deus para que a minha formação leve às pessoas como você mais oportunidade de se cuidarem e que a nossa realidade de vida nunca me deixe esquecer a essência da odontologia, o cuidado, o respeito, e continuo aperfeiçoamento para oferecer o melhor às pessoas que eu tiver a oportunidade de ter como pacientes. Mãe, obrigada por ter me dado a vida e ser esse exemplo de humildade, simplicidade e serenidade. Amo-te eternamente.

**Data de entrega do artigo para a banca: 14/04/2016**