



VALÉRIA ELOAR DA CRUZ DIAS

DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO DIMINUÍDA: Tipos de tratamento

Porto Velho
2020

VALÉRIA ELOAR DA CRUZ DIAS

DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO DIMINUÍDA: Tipos de tratamento

Artigo apresentado no Curso de graduação, em Odontologia do Centro Universitário São Lucas 2020, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof. Esp. Débora Bessa Ribeiro.

Porto Velho
2020

DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO DIMINUÍDA: Tipos de tratamento ¹

VALÉRIA ELOAR DA CRUZ DIAS²

RESUMO: A dimensão vertical de oclusão é categorizada como a distância entre dois pontos na maxila e mandíbula. A diminuição da DVO pode causar desgastes dentários como bruxismo e perdas em excessos de dentes posteriores por doenças periodontais. Para que haja reabilitação correta e adequada da dimensão, foram abordados alguns métodos como restaurações diretas, restaurações indiretas, próteses parciais, próteses totais e prótese sobre implantes. É necessário que a reabilitação da DVO seja aumentada melhorando a qualidade de vida do paciente afetado. O cirurgião-dentista deverá ter o conhecimento e as habilidades necessárias e corretas ao reabilitar as funções do sistema estomatognático. O tratamento tem a importância de adequar e levar em conta as funções estéticas, funcionais, psicológicas, emocionais e o custo financeiro dos pacientes em questão, trazendo um resultado de conforto, segurança e estabilidade para o mesmo. Este artigo tem como objetivo mostrar as características principais do que é a Dimensão Vertical de Oclusão Diminuída, buscando avaliar os passos que envolvem o seu restabelecimento, desde o conceito da DVO, até as causas e consequências da sua diminuição, e das características estéticas e dos distúrbios físicos e funcionais, meios e guias de diagnóstico e os tipos de tratamentos utilizados e encontrados em diversos artigos e pesquisas que estão disponíveis nas literaturas.

Palavras-Chave: Dimensão Vertical. Sistema Estomatognático. Reabilitação Bucal. Prótese. Dentística.

VERTICAL DIMENSION OF DECREASED OCCLUSION: Types of treatment

ABSTRACT: The vertical dimension of occlusion is categorized as the distance between two points in the maxilla and mandible. Decreased DVO can cause tooth wear such as bruxism, losses in excess of posterior teeth due to periodontal diseases. In order to have a correct and adequate rehabilitation of the dimension, some methods were approached such as direct restoration, indirect restorations, partial prosthesis, total prosthesis and prosthesis on implants. It is necessary that the rehabilitation of the DVO is increased, improving the quality of life of the affected patient. The dentist should have the necessary and correct knowledge and skills when rehabilitating the functions of the stomatognathic system. The treatment has the importance of adapting and taking into account the aesthetic, functional, psychological, emotional functions and the financial cost of the patients in question, bringing a result of comfort, safety and stability to it. This article aims to show the main characteristics of what is the vertical dimension of diminished occlusion, seeking to evaluate the steps that involve its re-establishment, from the concept of DVO, to the causes and consequences of its diminution, and the aesthetic characteristics and physical and functional disorders, diagnostic means and guides and the types of treatments used and found in various articles and research that are available in the literature.

Keywords: Vertical Dimension. Stomatognathic System. Oral Rehabilitation. Prosthesis. Dentistr

¹Artigo apresentado no curso de graduação em Odontologia no Centro Universitário São Lucas 2020, como Pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação da docente Especialista Debora Bessa Ribeiro. E-mail: debora.ribeiro@saolucas.edu.br.

² Valéria Eloar da Cruz Dias, graduanda no curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas, 2020. E-mail: eloardacruz@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Oliveira et al. (2018) a dimensão vertical de oclusão pode ser definida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula. Também é encontrada como sendo a relação do terço inferior da face medida entre dois pontos preestabelecidos em plano vertical. Completando esta afirmação, The Glossary of Prosthodontic Terms a Dimensão Vertical de Oclusão se dá com a distância entre dois pontos quando, os dentes estão em máxima intercuspidação (GANDUN,2018)

A perda da Dimensão Vertical de Oclusão é um problema que acomete diversos indivíduos na sociedade, esta situação prejudica a qualidade de vida, o desempenho estético e funcional de todo sistema do bolo alimentar no qual inicia-se pelas funções do sistema estomatognático (OLIVEIRA et al., 2018).

Mukai et al. (2010) afirma que o desequilíbrio é resultado não só das perdas dos elementos dentais, mas também de cáries, doenças periodontais, parafunções e bruxismo. O desgaste oclusal e desgaste incisal são fatores relacionados também ao desequilíbrio e a diminuição da DVO.

Sczepanik (2012) destaca que, os desgastes dentários podem apresentar uma etiologia multifatorial que vão passando por hábitos funcionais como, mastigação, parafuncionais, como o bruxismo e movimentos mandibulares como, guia canino, guia anterior e função em grupo. Pode também conter outros fatores como dietas e doenças.

Os desgastes podem ser classificados pelas seguintes formas: através da erosão, que é a perda do tecido dentário por meios de processos químicos sem o envolvimento ou contato com a bactéria; atrição, consiste na perda da estrutura dentária por desgastes na superfície do dente ou seguido de restaurações, dado a causa pelos contatos de topo a topo dos dentes durante a mastigação ou por parafunção; e o abrasão, que significa a perda da estrutura dentária causado por substancias abrasivas e não pelo contato dos dentes (SCZEPANIK, 2012).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho busca mostrar as características nos quais apresentadas aqui usas mais habituais da DVO; conceituar a DVO por meio de referências acadêmicas recentes do ramo da odontologia; trazer métodos de tratamento cabíveis à problemática; enfatizar a necessidade do tratamento da DVO

para harmonização estética facial dos pacientes afim de, reabilitar alguns aspectos importantes do saúde psicológica e física deste.

Concluí que dentro da área odontológica, encontram-se alguns tipos de procedimentos que poderão ser indicados para o restabelecer a DVO. Dentre eles temos, restaurações diretas, restaurações indiretas (PACHECO et al., 2012), próteses totais ou parciais removíveis (SYRIAC et al., 2017).

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Machado(2018) defini em um melhor conceito, a DVO diminuída é um espaço funcional livre excessivo causado devido as mudanças de fatores patológicos na oclusão quando ocorre a redução ou a perda do suporte posterior. Podem ser observados como perda do elemento dental posterior; desgastes dentários; trauma oclusal com comprometimento periodontal; sobrecarga nas articulações do têmporo-mandibular; envelhecimento devido à perda da expressão da musculatura facial; face com aspecto encurtado e entre outras características da DVO (DANTAS, 2012).

Por meio deste as situações normais da DVO mantêm-se em orientação do equilíbrio entre tecidos duros e moles, ocorrendo uma regulação natural das forças aplicadas na movimentação. Esse equilíbrio da DVO pode se modificar quando o paciente passa por situações atípicas ou traumas físicos devido esta alteração, esses valores podem ser maiores ou menores da distância existente, o EFL (DANTAS, 2012).

Em condições normais e sem acarretamentos prejudiciais o indivíduo deve ser capaz de ingerir e mastigar, realizando toda a movimentação necessária, sem incômodos ou dor. Não deve ocorrer movimentação da dentição existente e devem apresentar firmeza no ato, todas as estruturas correspondentes a articulação têmporo-mandibular são eficientes nas suas funções de forma equilibrada, não apresentando de forma alguma sons, inconsistentes com o regulares e dor sem deixar de observar a saúde periodontal (MACHADO, 2018).

Figura 1- Oclusão Funcional X Oclusão Patológica



Fonte: MACHADO, 2018.

1.2 AGENTES CAUSADORES DA DVO DIMINUÍDA

Para maior abrangência acerca dessa problemática recorrente, é de fundamental conhecimento dos cirurgiões, que as alterações relacionadas com a diminuição da DVO provocam um espaço funcional livre excessivo e os seguintes danos podem ser observados por desenvolver desgastes dentais acentuados, como por exemplo o bruxismo; oclusão traumática com comprometimento dos ligamentos periodontais; sobrecarga da articulação têmporo-mandibular; reflexos na audição; envelhecimento precoce devido à perda do tônus da musculatura da expressão facial; face com aspecto encurtado, caracterizado como “bruxa”; aparecimento de quelite angular, devido ao acúmulo de salivas nos ângulos laterais da boca; além de patologias agudas e crônicas nas estruturas orofaciais, incluindo deformação mandibular, e alteração na composição das fibras musculares (DANTAS, 2012).

Ao notar isso, é justificável o entendimento da dificuldade que o profissional cirurgião-dentista enfrenta para realizar, desenvolver e concluir a complexidade que corresponde todo o processo de reabilitação, tratamento e conclusão da Dimensão Vertical de Oclusão em um paciente que, de acordo com as causas mais denotadas sofre com a condição de parcialmente desdentado. (BATISTELLO; SILVEIRA, 2014).

Machado (2018) diz que, o entendimento da Dimensão Vertical de Oclusão se atrela a outro conceito, a curva de *Spee*, curvatura de Wilson e as guias de desocclusão. O alinhamento da dentição de uma perspectiva lateral corresponde a curva de *Spee*. Machado (2018) afirma que a seriedade desta está pertinente ao equilíbrio das arcadas e as oscilações funcionais da mandíbula que poderão sofrer modificações. Enquanto a curva de Wilson tem um sentido vestibulo-lingual e atrela-se aos movimentos de lateralidade e à mastigação, essas parábolas devem assegurar

que os dentes permaneçam alinhados paralelamente às forças de fechamento da mandíbula, de modo que as forças sejam transmitidas ao longo do eixo do dente e, assim, minimizar qualquer dano à dentição e ao periodonto.

Quando ocorre esses traumas que geraram perdas dos elementos dentais ou o desgaste excessivo destes, a DVO deve ser reestabelecida como prioridade logo, deve ser diagnosticada antes da realização de quaisquer outros procedimentos definitivos pois, se não for priorizada ela pode causar insucesso dos trabalhos realizados, desgastando mais ainda o paciente e até mesmo o profissional (OLIVEIRA et al., 2018).

Por isso o objetivo principal deve ser utilizar os meios cabíveis para uma correta identificação e por meio dos resultados corretos determinar os procedimentos para o tratamento reabilitador, a identificação do problema, correta ou incorreta, irá determinar a qualidade e eficiência das ações do cirurgião-dentista (FREITAS et al., 2006).

Existem vários casos que necessitam da reabilitação oral por causa da falta de espaço interoclusal, desequilibrando uma dimensão vertical ideal e o reestabelecimento da DVO. Notado isso, um fator determinante para sanar essa problemática é a montagem ideal de modelos para diagnósticos que, elaborados corretamente irão permitir a avaliação da oclusal acometida e os potenciais danos com a Dimensão Vertical de Oclusão. Pois, não existe um protocolo que seja aplicado em todos os casos existentes de DVO, o que existe são históricos e agravantes individuais pertencentes a cada caso tratado, justificando a constante busca por um correto estabelecimento de plano de reabilitação ideal para os casos (FREITAS et al., 2006).

1.2 MÉTODOS QUE DETERMINAM A DVO

Os caminhos a serem seguidos para o diagnóstico, para determinar se houve alteração da Dimensão Vertical de Oclusão por diminuição ou aumento, devem observar se houve a perda de contenção posterior, o tempo em que o desgaste da estrutura dental progride, ou seja, a velocidade, pois se for lento pode ocorrer uma compensação por causa da erupção dentária e se for rápido pode (como no bruxismo) advir a alteração da DVO. Deve se realizar uma avaliação fonética no indivíduo usando sons sibilantes, a determinação da distância interoclusal por meio da marcação de dois pontos (um no nariz e outro no queixo) além da, aparência facial.

Inúmeros métodos foram produzidos na história para tal diagnóstico, porém, os mais recorrentes ainda são os: métodos das proporções faciais, fonéticos, deglutição e métricos (DANTAS, 2012).

O método métrico desempenha em observar a distância interoclusal, essa medida corresponde a distância entre o nariz e queixo, observadas da oclusão central e com a mandíbula em repouso. Esses ajuste devem sempre coincidirem depois da prótese esteja finalizada, e para essa determinação um compasso no formato da letra L foi desenvolvido em 1930 por Willis e que é muito utilizado nessa medida do método métrico (TRENTI et al., 2016).

Trentin et al., (2016) relata que o método fisiológico de repouso fornece ao profissional uma referência estável para a determinação do espaço da dimensão vertical de oclusão. Para demarcar a posição de repouso foi proposto na linha média da face nos pontos, sendo na ponta do nariz e outro no mento.

1884 Turner e Fox desenvolveram um método de determinação da DVO por meio da aparência externa do rosto e esse método referencia-se pela conformação dos sulcos nasogenianos, a proporcionalidade do terço inferior da face com os demais elementos faciais e a harmonização facial de forma plena. Sobre esse método afirma-se que apresenta recomendação em todos os acontecimentos em que os tecidos moles estão alinhados no caso, os lábios e bochechas, e podem ser realocados esteticamente e proporciona como vantagens a vinculação de discernimentos estéticos subjetivos do cirurgião-dentista e do paciente (GANDUN, 2018).

O método fonético é capaz de determinar a dimensão vertical através dos sons fonéticos, quando a musculatura está em repouso. Estes músculos ficam ativos que durante a fala, os pronunciamentos das sílabas (TRENTIN et al., 2016).

Figura 2-Paciente submetido ao método fonético



Fonte: TRENTIN *et. al.* 2016

Método de deglutição é realizado quando o ato de deglutir leva a mandíbula em uma posição de Relação Central, que rapidamente chega a posição da DVO (TRENTIN *et al.*, 2016).

É importante que o cirurgião-dentista tenha consciência e conhecimento dos princípios que vão reger uma oclusão normal e ideal em dentes naturais, e quando for necessário a utilização desses critérios no restabelecimento de uma oclusão tornando-a funcional e estável (FERNANDES; MARCONDES; FONSECA, 2015).

1.3 TRATAMENTOS DA DVO DIMINUIDA

Compreende-se que para reabilitar a DVO diminuída, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento dos tratamentos, materiais, vantagens das técnicas para aumentar a DVO, tendo como um custo acessível e de fácil reabilitação aos pacientes (SCZEPANIK, 2012).

1.3.1 Prótese Parcial Removível - Tipo Overlay

As próteses overlay são confeccionada para respeitar os princípios de uma oclusão fisiológica que permitirá o contato oclusal bilateral homogênea e simultânea em posição codilhar da relação cêntrica e a DVO adequada ao paciente. Os guias caninos devem ser efetivos para que não haja interferências oclusais durante aos movimentos de lateralidade no ato da mastigação. O guia canino anterior vai permitir que o movimento de protrusão seja feito sem interferência nos dentes posteriores. São classificadas de acordo com os materiais utilizados para o recobrimento oclusal e incisal tais como: cobertura de metal, de resina, porcelana, mistas ou com projeções metálicas e com revestimento estético (COSTA *et al.*, 2017).

Costa *et al.*, (2017) afirma ainda que a efetividade fisiológica do sistema estomatognático frente a DVO restabelecida pela overlay provisória, possibilite uma prévia da avaliação da posição mandibular para orientar a procedimento definitivo. Ao categorizarmos pelas funções temos duas subcategorias: provisórias e definitivas. E quanto as vantagens desse tratamento observamos que os principais benefícios desse tratamento são: a estética agradável, o conservadorismo, reversibilidade, o custo baixo para realização, leva menos tempo para ser realizado. Mas deve ser feito um projeto de reabilitação, e seguido à risca pelo CD, considerando sempre as condições clinicas encontradas e limitações dos indivíduos acometidos. (SANTANA *et al.*, 2017).

Figura 3 – Sorriso Inicial.



Figura 4 – Sorriso Final após o tratamento.



Fonte: COSTA *et al* 2017.

1.3.2 Prótese Parcial Removível

Mukai et al,. (2010) diz que a prótese parcial removível ainda é uma opção viável para reabilitação do indivíduo que ainda não possui condições fisiológicas adequadas e nem financeira para custear o tratamento. A vantagem dessa prótese ainda pode ser considerável provisoriamente em situações em que o equilíbrio precisa ser recuperado antes da reabilitação definitiva, dentro de um planejamento minucioso e para o procedimento do tratamento. Considerando outra questão é a estética, devido à perda dental a maioria das vezes os pacientes acabam sofrendo um preconceito social devido a sua situação, acarretando tristeza do seu sorriso. Por isso é necessário que o cirurgião-dentista tenha o paciente de forma integral e restaurando a autoestima do mesmo.

1.3.3 Prótese Total

Segundo Souza (2018), o restabelecer da DVO com a prótese total, deu se em compreensão que ela apresenta um bom desempenho funcional e de estabilidade. É importante que haja a presença das condições fundamentais e ideais, como: relação da altura dos rebordos alveolares; o controle da dimensão vertical, apesto de harmonia facial e a sua direção em esforços. A correta relação do plano oclusal, que deixa plano o espaço interoclusal, para benefício da posição da mandíbula e a origem do repouso muscular e, o natural de uma oclusão para que se permita a completa descrição das cúspides dos dentes artificiais, para que não ocorra os desvios.

Esse novo conceito atualizado através de um dispositivo interoclusal que é direcionado por princípios e referências das estéticas faciais e o mini-jig estético, que visualiza a importância das dimensões do elemento dental, como a largura, comprimento e o processo que reabilita a estética e a funções do dente a ser realizado. Pode ser confeccionado por resina acrílica incolor ou resina composta. A técnica é

feita na colocação do material sobre os elementos superiores como inferiores. A escolha desses materiais irá depender da escolha do paciente e do quanto grau a DVO diminuída se apresenta. (PACHECO et al., 2012).

Figura 5- Visão final após reabilitação protética.



Fonte: TRENTIN et al 2012.

1.3.4 Mini – Jig Estético

O Mini – *Jig* Estético é um conceito atualizado através de um dispositivo auxiliar no restabelecimento da DVO. Pode ser utilizado como pré-fabricado ou confeccionado através de resina acrílica vermelha e seu mecanismo de ação é a criação do ponto de guia anterior. Este dispositivo interoclusal estéticas faciais é baseado nos princípios e as referências faciais possibilitando uma melhor visualização das dimensões do comprimento e da largura do dente a ser reabilitado fornecendo dados estéticos e funcionais relevantes ao processo reabilitador. As confecções desses materiais restauradores podem ser feitos através de resina acrílica incolor e resina fotopolimerizável. É importante saber que quando há um aumento grande da DVO, essa reabilitação acaba sendo um pouco mais limitada (PACHECO et al., 2012).

Figura 6 - Foto tirada de paciente anterior ao tratamento.



Fonte: PACHECO et al 2012.

Figura 7- Foto tirada de paciente posterior ao tratamento.



Fonte: PACHECO *et al* 2012.

1.3.5 Técnica de restauração indireta-direta

Temos a técnica de Resina Composta Técnica Indireta o qual a compõe, possibilita a completa recuperação da DVO não havendo desgaste na estrutura dental, além de ser um material resistente que irá suportar as forças mastigatórias. A escolha desta técnica tem como objetivo de facilitar a confecção das peças em resina composta, para um segundo momento seja feita a cimentação nos dentes. O processo dessa restauração em resina composta, sempre ocorre pelo diagnostico: enceramento pra recuperar o guia de protrusão dos dentes anteriores, a lateralidade do canino e a obtenção do equilíbrio oclusal dos molares para harmonia da arcada dentaria, realizada por facetas em pequenos desgastes. (FERNANDES *et al.*,2018).

Figura 8 - Foto de paciente anterior a recuperação por restauração em resina indireta.



Fonte: FERNANDES *et al* 2017.

Figura 9 - Foto de paciente posterior a recuperação por restauração em resina indireta-direta.



Fonte: FERNANDES *et al* 2017.

2. MÉTODOS

A metodologia utilizada no presente trabalho foi de investigação bibliográfica, com alegação das ideias e somatória de avaliações de autores e pesquisadores do ramo de estudo da odontologia, tendo em vista a conceituação, compondo suas ideias, argumentação e dissertação acerca do conteúdo apresentado. Inicialmente foi realizado uma coleta de acervo bibliográfico para, em seguida, filtrar os materiais coletados por fim, os conteúdos fundamentadores se resumem em teses acadêmicas, artigos científicos publicados em revistas de odontologia, estudos de casos de dimensão vertical de oclusão além de, conteúdos independentes publicados na *internet*.

Após a delimitação do conteúdo a ser estudado foi realizado coletas de recursos, filtragem do tema, parâmetros de estudo foram seguidos para que o trabalho tivesse uma ordem lógica de conteúdo, no caso, conceitos, agentes causadores, diagnósticos e tratamentos que atualmente são cabíveis a problemática da Dimensão Vertical de Oclusão diminuída.

3. DISCUSSÃO

Machado (2018) apresenta que a dimensão vertical de oclusão corresponde a posição vertical da mandíbula para com a maxila, com a medida dada por dois pontos definidos anteriormente, que se marca da base do nariz ao mento, quando os dentes superiores e inferiores estão em posição de máxima intercuspidação. No entanto quando os dentes estão separados e a mandíbula está na posição de repouso se diz que essa é a Dimensão Vertical de Repouso (DVR). A distância que separa a DVO da DVR é definida como Espaço Funcional Livre (EFL). Machado ainda afirma que para diferenciarmos a dimensão vertical de oclusão de um quadro saudável ou

não deve se atentar ao espaço funcional livre este, para um paciente de saúde oral regular deve apresentar valores de 2 a 4 mm.

Por meio destas considerações e conceitos obtidos de autores e trabalhos acadêmicos, foi possível compreender como a alteração da dimensão vertical de oclusão afeta a vida de um indivíduo acometido, para maior ou menor distância, tendo em vista que, em condições normais de estrutura dentária e periodontal o ser humano jamais deve sentir desconforto, dor, desgaste ou perda óssea e dentária, nem ouvir ruídos irregulares do processo de quebra de alimentos durante a mastigação, compreendeu se também as principais ações etiológicas causadoras dessa situação (DANTAS, 2012; GANNDUN, 2018)

De acordo com Costa (2018) foi possível visualizar que a perda da dentição corresponde a uma causa primária e extremamente periódica da DVO, outros fatores são “ausência dentária, a mudança no posicionamento dos dentes por migrações, extrusões ou giro-versões”. E como consequência ocorre uma sobrecarga da área delimitada, e futuramente, considerando as tendências individuais de cada caso, pode levar a perda óssea e capacidade de movimentação, extravio de dentição pelo desgaste em excesso ou, até mesmo modificações musculares e articulares (COSTA et al., 2017).

Dantas (2012) afirma que após a apresentação das técnicas de diagnóstico é observável que não existe um protocolo ideal e cabível à todos os casos por isso, para a escolha de métodos para diagnosticar deve se focar na acurácia e exatidão das medidas, adequabilidade da técnica também é importante, o tipo e complicação do maquinário necessárias, gastos para que seja feito de modo seguro e eficaz. Pode se somar as técnicas para sanar as deficiências e lacunas existentes além do uso da placa de acrílico proposto após as primeiras avaliações, para que posteriormente os testes fonéticos, métricos e de aparência externa sejam refeitos, com um certo tempo de uso pelo paciente, que dessa forma ocorra uma indicação do profissional para uma consignação final acerca da DVO adequada (TOSSATTI, 2019).

Sendo assim, os métodos de diagnósticos que, são utilizados atualmente, não garantem totalmente uma determinação causal e que, somando os três principais métodos será possível um diagnóstico mais preciso e coerente com a realidade, para que o tratamento indicado seja eficiente e eficaz, restaurando as funções estruturais

e estéticas, principalmente a qualidade de vida do indivíduo. (TRENTI; REGINATO; MAROLI; BORGES; SPAZZIN; BACCHI, 2016).

LELES; PERES; VELOSO; GÓES; NASCIMENTO; DIETRICH (2017) afirmam que Essas próteses também podem ser empregadas no tratamento que antecipa a intervenção ortognática, melhoramento do plano oclusal, tratamento de pacientes com defeitos congênitos, condicionamento do músculo e no restabelecimento da DVO, quadrando como bússola para uma porvindoura reabilitação.

Essas próteses podem ser categorizadas considerando as substancias utilizadas na produção e, como a sua função. Estruturalmente podem ser: metálicas, de resina, de porcelana, ou mista (somatório de metálico e estético). A desvantagem do tipo metálico é que ao ser submetida a impactos ela possui menor resistência que as demais podendo até, prejudicar o periodonto. A categoria de resina pode sofrer descolamento, quebras, perda da coloração ou desgaste do material cobertor da incisal ou oclusal (LELES; PERES; VELOSO; GÓES; NASCIMENTO; DIETRICH, 2017).

Pode-se observar que, em quadros de desgaste oclusal extenso o tratamento e todo o processo reabilitador são complexos e de difícil resolução, é considerado atualmente como um dos problemas de maior dificuldade de diagnóstico na odontologia, dadas as patologias causais e traumas etiológicos que cada paciente possui. Por isso, uma soma de exames deve ser realizada para descobrir o real agente causador para que, possa ser freado e tratado antes da execução de outros procedimentos, que sejam para DVO ou periodontais, tendo em vista o conforto e bem estar do indivíduo tratado (FREITAS; KAIZER; PIGOZO; CAVALARI; RESENDE, 2006).

Os resultados desses tratamentos descritos antes, mostram que cada técnica caracteriza a mesma função reabilitadora, mesmo sendo confeccionadas em técnicas diferentes. Como os artigos e livros relatam, a finalização do tratamento reabilitador deve devolver a função e a estética dos dentes. Durante anos, a prótese parcial removível e prótese total sempre permaneceram como a opção mais indicada à esses casos, no qual o resultado é sempre positivo. As técnicas reabilitadoras mais atuais como, as feitas em resina composta fotopolimerizável em termos estéticos, que por serem técnicas relativamente “simples”, vem trazendo um resultado acessível no modo dinâmico ao dia a dia do cirurgião-dentista. (PACHECO et al, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho foi possível compreender as causas e consequências da dimensão vertical de oclusão diminuída, as funções de elaboração dos diagnósticos, métodos de tratamentos reabilitadores por meio da prótese removível do tipo overlay, prótese total, prótese parcial removível, além do mini-jig estético e técnica indireta em resina composta. Por isso, este trabalho de modo geral, apresenta referencialmente o conceito da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e sua recorrente problemática no contexto da prótese e dentística. Sendo a diminuição da dimensão vertical de oclusão um impedimento desenvolvido por traumas ao longo da história do indivíduo que acomete e prejudica o desempenho do sistema estomatognático. É importante o profissional faça a escolha correta do tratamento acerca de cada caso, procurando sempre dar qualidade e longevidade de vida, gerando conforto e devolvendo o sorriso que tanto é esperado pelo paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. M. de; LUCAS, L. C. N.. **Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão**. São Lucas, Porto Velho, 2018.

CHACCUR, D. C.. **Avaliação da alteração da dimensão vertical na qualidade do sono em pacientes idosos portadores de próteses totais bimaxilares**. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. SP, 2010.

COSTA, M. M.; OLIVEIRA, J. E. C. de.; LIMA, J. H. F.; LIMA, J. B. G.; MOURA, G. F.; QUAGLIATTO, P. S.. **Reabilitação Oral De Paciente Com Redução De Dimensão Vertical De Oclusão Utilizando Prótese Parcial Removível Overlay: Relato De Caso**. Rev Odontol Bras Central 2017; Páginas: 66-70.

COSTA, T. M.. **Pré-Requisitos Iniciais Em Um Planejamento Dereabilitação Oral Com Implantes**. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2018.

DANTAS, E. M.; **A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética**. Odonto 2012; páginas: 41-48.

D. D. BATISTELLO, A. M. SILVEIRA. **Disfunção Temporomandibular em Pacientes Portadores de Próteses Totais Superiores com Redução da Dimensão Vertical de Oclusão**. Escola de Odontologia, Faculdade Meridional-IMED, Passo Fundo, RS, Brasil.

FARIAS A.B.L.; LIMA L. H. M. A.; COSTA L. J.; LUCENA L. B. S.; FARIAS A. B.L.. **Relação entre alteração da dimensão vertical de oclusão e disfunção temporomandibular – avaliação clínica**. Braz Dent Sci 2009 jul./set. páginas: 11-19.

FERNANDES, A. J.. **Restabelecimento De Dimensão Vertical De Oclusão Com Próteses Fixas Sobre Dente (Overlay) – Relato De Caso**. Faculdade Sete Lagoas – Facsete. Centro De Pós-Graduação Em Odontologia – CPGO. Natal, RN. 2020.

FERNANDES, T. V.; MARCONDES, R.; FONSECA, M.. **The Aesthetics Yearbook**. Napoleão Editora. Sociedade Brasileira de Odontologia Estética. 2017.

FREITAS, R.; KAIZER, O. B.; PIGOZO, M. N.; CAVALARI, P.; RESENDE, D. R. B.; **Diagnóstico e Tratamento da Dimensão Vertical de Oclusão Diminuída**. RGO, P. Alegre, v. 54, n. 2, p. 161-164, abr./jun, 2006.

GANDUN, A. C.. **Aumento De Dimensão Vertical De Oclusão Em Reabilitação Oral Estética E Funcional**. Instituto Universitário Egas Moniz. Junho, 2018.

GOMES, A. P. P.; LIRA, J. V. S.. **Uso De Macroapoio Para Restabelecimento Da Dimensão Vertical De Oclusão**. Universidade De Uberaba. Uberaba – Minas Gerais, 2019.

LELES, S. PERES, M. de M.; VELOSO, A. L. S. de.; GÓES, R. W. L.; NASCIMENTO, F.; DIETRICH, L.. **Prótese Overlay No Paciente Com Perda De Dimensão Vertical Causada Pelo Bruxismo: Experiência De Estágio Clínico.** Rev. Psicol Saúde e Debate. Jul., 2017 páginas 12-21.

MACHADO, M. S. B.. **Princípios De Uma Oclusão Ideal.** Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

MARTINS, D. T.. **Recuperação Da Dimensão Vertical De Oclusão – Revisão De Literatura.** Faculdade São Lucas. Porto Velho, RO. 2016.

MORITZ, P. B.. **Manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas.** Instituto Universitário de Ciências da Saúde. 2017/2018.

MUKAI, M. K.; GIL C.; COSTA B.; STEGUN, R. C.; GALHARDO, A. P. M.; CHACCUR, D. C.; FUKUDA, A. C. C. D.S.; KAMMERER, B. A.. **Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível.** RPG Revista de Pós Graduação 2010. Páginas: 167-72.

PACHECO, A. F.; CARDOSO. P. C.; DECURSIO, R. A.; SILVA, J. S. A.; CORREA, E. J. B.; FERREIRA, M. G.; **Mini-Jig Estético – Um Novo Conceito para Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão.** Departamento de Dentística/Associação Brasileira de Odontologia. Goiana, Goiás. 2012.

PACHECO, A. F.; FERREIRA, M. G.; DECURSIO, R. A.; LUZ, C. A.; MAFFRA, P. E. T.; GONÇALVES, M. M. C.; CARVALHO, P. C.; **Técnica Indireta-direta para Resinas Compostas – Coroas Leves.** Departamento de Dentística/Associação Brasileira de Odontologia. Goiana, Goiás. 2014.

REZENDE, F. C.. **ALTERAÇÃO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO (DVO): quando e por quê?** Faculdade De Odontologia Universidade Federal De Minas Gerais. Belo Horizonte. 2010.

SANTANA, A. A.; FARIAS, A. B. L.; FREITAS, A. P. L. F.; LIMA, L. H. M. A.; RIBEIRO, A. I. A. M.. **O Uso De Prótese Parcial Removível Provisória Do Tipo “Overlay” Nas Reabilitações Oraais: Uma Revisão De Literatura.** II Congresso Brasileiro de Sistemas de Saúde. 2017.

SOUZA, F. M. L.. **Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em pacientes edentulos.** Universidade Estadual de Campinas-Piracicaba. 2017

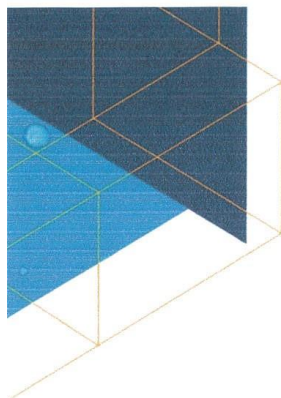
SCZEPANIK, M. S. C.. **Restabelecimento da dimensão vertical oclusão diminuída: Revisão de literatura.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012

TOSATTI, D. **Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão com próteses fixas e prótese parcial removível associado à reabilitação estética dos dentes anteriores superiores: relato de caso.** Centro Universitário Unifacvest. 2019.

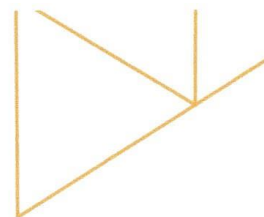
TRENTIN, L. M; REGINATO, V. F; MAROLI, A; BORGES, M. T. R; SPAZZIN, A. O; BACCHI, A. **Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: Revisão de literatura e relato de caso clínico.** J Oral Invest. 2016.

ANEXOS

ANEXO A



CURSO DE ODONTOLOGIA

Porto Velho, 09 de Setembro de 2020

À Coordenação de Odontologia do Centro Universitário São Lucas

Assunto: **Termo de compromisso de orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).**

Eu, DEBORA BESSA RIBEIRO,
professor (a) docente/ou pesquisador (a) do UNISL, me comprometo a orientar o (a/os/as) aluno
(a/os/as) Valéria Elson da Cruz Dias

regularmente matriculado (a/os/as) neste curso. Declaro ter conhecimento do Regulamento Interno de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia e que os trâmites para substituição de orientador (a) deverão ocorrer no prazo estipulado pela Coordenação do Curso e NUCAP e que o orientador (a) será substituído (a) em caso de ausência no dia da defesa do TCC, por professor determinado pela Coordenação.

O descumprimento do compromisso acima resultará em penalidades junto a esta Coordenação.

Debora Bessa
CRO 2421
Centro Odontológico
Centro Universitário São Lucas

Assinatura do Orientador (a)

www.saolucas.edu.br

[69] 3211-8001 | [69] 3211-8002
R. Alexandre Guimarães, 1927 Areal
Porto Velho | RO | CEP 76.804-373

ANEXO B

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA PRÉ-BANCA

Professor (a) Pilina Rome Pilinoorientador (a) dos (as) alunos (as) Valéria Elean da Cruz
DiasTítulo do trabalho: Tipos de tratamentos da
dimensão vertical de occlusão diminuída

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões de correção.
2. Concordo com a entrega desta versão para a Pré-banca.

Porto Velho, 30 de Setembro de 2020

Valéria Elean da Cruz Dias

Aluno (a)

Aluno (a)

Debora Bessa
CRO 2421
Centro Odontológico
Centro Universitário São Lucas

Assinatura Orientador (a) / Carimbo

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Pré-Banca.

ANEXO C

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA BANCA FINAL

Professor (a) Debra Bessaorientador (a) dos (as) alunos (as) Valéria Elson da Cruz DiasTítulo do trabalho: Dimensão Vertical de Oclusão Diminuída: Tipos de Tratamento

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões da Pré-banca.
2. A versão para entrega à Banca final incorporada as sugestões e correções feitas pelo (a) orientador (a) e membros da Pré-banca.
3. Concordo com a entrega desta versão para a Banca Final.

Porto Velho, 31 de outubro de 2020

Valéria Elson da Cruz Dias

Aluno (a)

Aluno (a)

Debora Bessa

CRO 2421

Centro Odontológico

Faculdade de Odontologia

Assinatura Orientador (a) / Carimbo

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Banca Final.

O aluno deverá entregar os trabalhos da Pré-banca com as sugestões de correção, junto com os da Banca final.

ANEXO D



LICENÇA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

Autor: Valéria Elvar da Cruz DiasRG.: 1166 243 CPF: 022.223.4124 E-mail: elvarcruz@gmail.com

Autor: _____

RG.: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Orientador: Deborah Bessa Ribeiro Coordenação: ODONTOLOGIATítulo do documento: Dimensão Fintial de Oclusão Diminuída:
Tipos de Tratamento.

Termo de Declaração

Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

Declara que, se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Faculdade São Lucas os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue. Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Faculdade São Lucas, declara que cumpriu todas as obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Termo de Autorização

Na qualidade de titular dos direitos de autor do conteúdo supracitado, autorizo que: a Biblioteca Dom João Batista Costa da Faculdade São Lucas pode converter e disponibilizar gratuitamente em seu repositório institucional a obra em formato eletrônico de acordo com a licença pública Creative Commons CC BY-NC-ND; que pode manter mais de uma cópia da obra depositada para fins de segurança, back-up e/ou preservação.

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Porto Velho, 25 / 11 / 2020.

Valéria Elvar da Cruz Dias _____

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos Autorais