

FACULDADE SETE LAGOAS

YANA MARA SILVA DA COSTA

**CONSIDERAÇÕES NA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM HÁBITOS
PARAFUNCIONAIS**

SÃO LUIS

2019

YANA MARA SILVA DA COSTA

**CONSIDERAÇÕES NA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM HÁBITOS
PARAFUNCIONAIS.**

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr Júlio Pereira Filho

SÃO LUIS

2019



Monografia intitulada “**Considerações na reabilitação oral de pacientes com hábitos parafuncionais**” de autoria do aluno(a) **Yana Mara Silva da Costa**.

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof^a. Esp. Valquíria Mendes Pereira Girão - Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas do Maranhão (Coorientadora)

Prof. Dr. Frederico Silva de Freitas Fernandess9 – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Júlio Pereira Filho - Universidade Federal do Maranhão (Orientador)

São Luís, 24 de maio 2019.

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Set Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus, pelo dom da vida e por me abençoar com saúde, fé e sabedoria por mais essa conquista.

Aos meus pais, Ismael e Ernalva e meus irmãos, Mara e Mário, pela confiança e apoio confiados a mim; Assim como, ao meu namorado, Washington Júnior, por me ajudar nas dificuldades do dia-a-dia.

Aos meus queridos professores Fred, Valquíria e orientador, Júlio Pereira, pelos ensinamentos e paciência durante esses dois anos.

Agradeço também pelo suporte, amizade e parceria de minha amiga dupla Maria Eduarda. Assim como, aos meus colegas de turma por esses dois anos de boa convivência e aprendizado.

Aos pacientes que confiaram em nosso trabalho, sendo sempre pacientes e acolhedores conosco. Obrigada pelo carinho, lembranças e sorrisos.

À toda equipe do Sindicato dos Dentistas, Luzemir, Maysa, Sr Juninho e todos os outros que fizeram parte desta história.

Por fim, agradeço minha amiga Rafaela Castro, que com toda sua paciência, tranquilidade se disponibilizou em ajudar nas minhas pesquisas.

Um muito obrigada a todos!

RESUMO

Os pacientes, em busca de conforto, estética e função, estão cada vez mais em busca de procedimentos odontológicos reabilitadores. Os casos de pacientes com oclusão alterada e hábitos parafuncionais são um desafio, pois essas reabilitações requerem tempo e um procedimento de várias etapas. Isto inclui o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO); uma necessidade decorrente da necessidade de melhora estética do terço inferior da face e da necessidade do espaço ideal para a restauração, além de ajustes oclusais. Portanto, este trabalho, através de uma revisão de literatura tem por objetivo em sua discussão descrever os procedimentos para se restabelecer a dimensão vertical de oclusão (DVO) e restaurar a estabilidade oclusal. Conclui-se que a recomposição da estabilidade oclusal é fundamental para garantir longevidade e conforto ao paciente, especialmente naqueles que apresentam hábitos deletérios. Como a reabilitação oral não elimina as parafunções, esta deve ser associada à utilização de placas interclusais para evitar possíveis danos às próteses e ao tratamento reabilitador.

Palavras-chave: procedimentos reabilitadores; hábitos parafuncionais; estabilidade oclusal

ABSTRACT

Patients, seeking comfort, esthetics and function, are increasingly looking for rehabilitative dental procedures. The cases of patients with altered occlusion and parafunctional habits are a challenge because these rehabilitations require time and a multi-step procedure. This includes restoration of the vertical dimension of occlusion (OVD); a need arising from the need for aesthetic improvement of the lower third of the face and the need of the ideal space for the restoration, in addition to occlusal adjustments. Therefore, this work, through a literature review, aims to describe the procedures for restoring vertical occlusion dimension (OVD) and restoring occlusal stability. It is concluded that the restoration of occlusal stability is fundamental to guarantee longevity and comfort to the patient, especially in those who present deleterious habits. As oral rehabilitation does not eliminate the parafunctions, it should be associated with the use of interocclusal plaques to avoid possible damages to the prostheses and the rehabilitation treatment.

Keywords: rehabilitation procedures; parafunctional habits; occlusal stability

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO.....	09
3 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIA.....	16

1 INTRODUÇÃO

Procedimentos reabilitadores são cada vez mais procurados pelos pacientes da clínica odontológica, em busca de conforto, estética e função. Um grande número de possibilidades terapêuticas tem sido empregado, desde os tratamentos mais simples com a reposição de um único elemento até casos mais complexos que envolvem a confecção de próteses totais ou a reposição de vários elementos, incluindo as próteses sobre implante (Dantas EM, 2012).

Nos casos de pacientes com oclusão alterada e hábitos parafuncionais, são um desafio para qualquer dentista na reabilitação oral. Essas reabilitações requerem tempo e um procedimento de várias etapas. Inclui o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO); uma necessidade decorrente da imposição de uma melhora estética da face inferior e do espaço requerido para a restauração, além de ajustes oclusais (Fuzo A. 2013).

Uma das definições mais simplificadas para a DVO é a distância vertical entre a mandíbula e a maxila quando os dentes estão em contato. Porém, sabe-se que a DVO é estabelecida com o aparecimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos dezesseis meses e, a partir daí, sofre a ação de alterações neuromusculares, morfológicas e funcionais. Sendo assim, torna-se necessário conceituá-la baseada não somente na posição dentária, mas também a posição em que os músculos elevadores e abaixadores da mandíbula se encontram no estado de equilíbrio (Antunes RP. et al.,2000).

Um aumento da DVO proporciona uma diminuição do espaço funcional livre, podendo acarretar as seguintes alterações: reabsorção óssea patológica; aumento do estiramento de alguns músculos e diminuição de outros; desgaste dos dentes; a face fica com a aparência forçada; o mento fica proeminente; dor de cabeça; hiperatividade muscular e sintomas de disfunção temporo-mandibular (DTM); bruxismo; dor muscular; dor durante os movimentos mandibulares e ao redor da articulação temporo-mandibular (ATM); distúrbios na tuba de Eustáquio e compressão dos nervos da corda do tímpano e auricolotemporal; limitação para o espaço da língua; dificuldades de fonação; dor e sensibilidade nos rebordos; diminuição da habilidade mastigatória. As funções motoras, bem como a sucção e a manutenção da postura mandibular do sistema mastigatório são consideradas

clássicas. As funções motoras adaptativas são o bocejo, beijo, mordida, sopro, riso e também o ranger de dentes (Dias CC, 2007)

Com relação à manutenção da DVO e o desgaste dos dentes, existe a corrente que segue os conceitos de Niswonger que afirma haver uma conservação da distância interoclusal de 3 mm pela extrusão do complexo dento-alveolar, compensando o desgaste oclusal, levando a crer que a mudança na DVO pode levar a sérios problemas em nível dental, muscular e articular; e outra corrente, suportada por estudos cefalométricos, afirmando que há algumas mudanças na DVO após o desgaste dental, ou perda de dentes posteriores, e que o sistema neuromuscular pode se adaptar a mudanças no complexo dento-alveolar (Dantas E.M, 2012)

Vários métodos têm sido descritos na literatura visando o desenvolvimento de um meio eficaz e seguro para a determinação clínica do DVO. A escolha do método para ser usado apresenta critérios a serem considerados que são a precisão e qualidade da medição, a adaptação da técnica, tipo e dificuldade do material a ser utilizado, e tempo para obter a medição. Estes métodos incluem o uso da posição fisiológica do repouso, fonética, estética, deglutição, pontos craniométricos, cefalometria e eletromiografia. Os mais utilizados na prática odontológica, são o método da estética (Turner e Fox), método métrico (Willis), método da deglutição (Monson) e o método fonético (Silverman). A correta determinação da dimensão vertical de oclusão deve ser conseguida juntamente com os registros da relação cêntrica (Trentin et al, 2016).

Ao fazer um tratamento de longa complexidade, é fundamental que, ao iniciar, a mandíbula já esteja em uma posição que não se altere de maneira significativa com o passar do tempo. Em algumas escolas, essa posição estável recebe o nome de relação cêntrica (RC). Logo, o sucesso do tratamento de alta complexidade passa pela obtenção prévia da posição do RC e, portanto, todo o planejamento nessa posição (Netto H.C. 2017).

Considerando as informações expostas sobre a dificuldade nos casos de reabilitação oral agravados por hábitos parafuncionais, este trabalho abordará os seguintes questionamentos sobre este assunto: será que a reabilitação oral pode tratar os hábitos parafuncionais? O tratamento requer algum recurso que garanta longevidade? Estudos sistemáticos da literatura sobre o tema foram selecionados e analisados para que possamos chegar a uma conclusão sobre essas questões.

2 REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

Na reabilitação oral, o protesista busca alcançar sucesso no aspecto funcional e estético no seu tratamento. Para isso, é fundamental iniciar o planejamento com uma ótima anamnese e exames clínicos para investigar se o paciente apresenta sinais e sintomas de DTM, Dor Orofacial e Hábitos parafuncionais.

Essa avaliação minuciosa resguardará o profissional, caso o paciente apresente depois da prótese instalada alguma disfunção oral, podendo responsabilizar a prótese, a avaliação inicial é de extrema importância. Após uma avaliação criteriosa, ao observar algum hábito parafuncional, o planejamento desse tratamento será direcionando e o paciente será informado sobre sua condição.

O planejamento do tratamento deve, no geral, atingir alguns requisitos, como: a expectativa do paciente em relação ao tratamento, ter um resultado estético satisfatório, proporcionar conforto depois da prótese instalada e longevidade da prótese. Segundo Miyashita (2017), a reabilitação está relacionada não somente a estética dental, mas a harmonia com o rosto do paciente, isto é, estética dento-lábio-facial. Então, a posição mais estável maxilomandibular é essencial para garantir estabilidade por contatos oclusais que equilibrem a mandíbula vertical e horizontalmente em uma dimensão vertical de oclusão fisiológica.

Frequentemente, o paciente chega ao consultório queixando-se da sua estética decorrente dos desgastes e perdas dentárias. Depois de uma minuciosa anamnese e exames comprova-se a presença de bruxismo. De acordo com Bortoleto (2011) o bruxismo noturno tem alta prevalência na população mundial, além de ser um hábito inconsciente para muitos indivíduos. Cabe ao profissional informar sobre as possíveis falhas que podem ocorrer devido a esse hábito deletério, o qual pode causar fadiga mecânica da cerâmica, conseqüentemente trincas ou fraturas da prótese, além dos desgastes dentais.

Amorim, et al (2010) mostra que hábitos parafuncionais surgem por fatores genéticos, estrutura do sono, estresse emocional, ambiental, ansiedade e desarmonias psicológicas. Esses hábitos afetam diretamente o Sistema Nervoso

Central (SNC), que está intimamente ligado com a ativação dos músculos da mastigação. Além disso, altera o fluxo sanguíneo harmônico nos tecidos musculares, o que acarreta o excesso de metabólitos nas células presentes nesses tipos de tecidos, causando fadiga, dor e espasmo (Okeson JP, 2008).

As parafunções conceitualmente são: apertar e/ou ranger os dentes durante o dia e/ou à noite, mascar chiclete, morder bochechas, lábios e língua, pressionar a língua contra os dentes, morder unhas/cutícula, roer objetos como lápis/canetas ou outros, e colocar a mão embaixo do queixo, estão entre os principais fatores etiológicos da DTM (Mense S, 2008).

Para pacientes que apresentam alguma parafunção, a reabilitação é um processo que dever alcançar e manter as melhores condições físicas, sensoriais, intelectuais, psicológicas e sociais a níveis funcionais, como já foi citado. O sucesso desse tratamento inclui restaurações de estruturas anatômicas em conjunto com funções sensoriais e motoras com sua visão global de melhorar a saúde/qualidade. No que se refere à prótese, indica-se motivar os pacientes usar as próteses de forma otimizada, ou seja, sugerir o reaprendizado de tarefas motoras orais e exercícios de mastigação, o que proporcionará na potencialização do desempenho mastigatório junto à nutrição. (Kumar A, 2018)

O planejamento rigoroso utiliza a técnica da previsibilidade, até para mostrar previamente o resultado do tratamento. Tal recurso se dá através da técnica virtual, a qual simula pelo computador aspectos estéticos e físicos ou técnicas de mock-up, enceramento diagnóstico e try-in. Entretanto, a técnica de mock-up se restringe aos dentes anteriores, ou seja, não permite avaliar a relação dos dentes posteriores, portanto ainda é imprescindível utilizar a montagem em articulador semi-ajustável (ASA) para avaliação estética e relações estáticas e dinâmicas maxilomandibular (Miyashita E, 2013).

Dando sequência ao planejamento no consultório, verifica-se a DVO no início do tratamento para estabelecer a nova DVO, que é um desafio para qualquer profissional pela sua complexidade. Para Guertin G, (2003) DVO é a distância vertical entre dois pontos, na maxila e mandíbula, uma vez que exista contato oclusal. Segundo Antunes et al, 2000, além da posição dentária, os músculos

elevadores e abaixadores da mandíbula estão envolvidos no estabelecimento da DVO.

Qualquer alteração da DVO, seja aumentada ou diminuída, pode acarretar prejuízos permanentes ou adaptáveis ao paciente, que podem interferir na função mastigatória, muscular, articular, fonética, postural e até mesmo a estética. A DVO diminuída está geralmente interligada ao desgaste dentário, geralmente observado quando está associado ao diagnóstico de bruxismo severo e/ou apertamento, ou ligado a ausência de elementos dentários. Já o aumento da DVO pode ser causado por possível falha na confecção protética.

Os métodos utilizados para avaliar as alterações da DVO são: os proporcionais da face, estéticos, fonéticos e métricos. O primeiro corresponde a critérios mais objetivos que os subjetivos, pode se basear até por fotografias antigas do paciente antes do desgaste ou perda dentária, a vantagem apresentada é não necessitar de aparelhos específicos.

O segundo método, estético, de acordo com Turner e Fox (1884) a DVO é estabelecida por aparência externa da face, tomando como referência a conformação dos sulcos nasogenianos, harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto e obtenção da plenitude facial. Quando os tecidos moles estão íntegros (lábios e bochechas) é possível reposicionar esteticamente, a dificuldade está em deter apenas critérios estéticos subjetivos (Dias et al. 2006).

O terceiro, o método fonético, não proporciona precisão, por caracterizar-se muito subjetivo, portanto deve-se associá-lo a outros métodos. Por fim, o método métrico através do compasso de Willis (1930) faz uso da distância interoclusal, distância entre um ponto no nariz e outro no queixo quando a posição da mandíbula está em repouso, em relação central. Tais medidas são comparadas a diferença do espaço funcional livre, estabelecendo o padrão de 2mm. Contudo, o espaço funcional livre pode ter alterações causadas pela postura da cabeça, o estado emocional, presença ou ausência de dentes, parafunção e tempo de registros, então não é indicado utilizar apenas esse método (Harper et al. 2000).

Dantas (2012) conclui que a literatura apresenta diversos métodos para estabelecer e diagnosticar o DVO, geralmente os profissionais utilizam mais métrico, fonético e proporções faciais, entretanto todos apresentaram alguma limitação,

sugere associá-los na tentativa de reduzir a possibilidades de erros. Quando o tratamento consiste em reestabelecer a DVO na reabilitação oral, é fundamental a utilização de próteses provisórias para melhor avaliar o feedback do paciente a nova DVO e a partir disso, instalar a prótese final. (Jahangiri, 2002); (Freitas, 2006).

Nos casos de pacientes com bruxismo, abrasão patológica ou mesmo na ausência de alguns elementos dentários, Rodrigues (2007) defende que para se chegar ao sucesso do tratamento, torna-se necessário condicionar o paciente à prótese provisória antes da instalação da definitiva, uma vez que será analisada a resposta do sistema neuromuscular à reabilitação oral, o que mostra que independente do hábito parafuncional, essa conduta é fundamental para resultado satisfatório.

A reabilitação oral está também intimamente ligada à estabilidade oclusal, assim garantindo a longevidade do tratamento. Uma vez que proporcionará estabilidade da posição da mandíbula e proteção contra forças geradas pelo músculo da mastigação durante a fase de apartamento dentário, ajuda na contenção posterior, contatos simultâneos e bilaterais, isto é, essa estabilidade garante proteção durante o movimento da mandíbula, logo, todos esses requisitos contribuem para maior conforto ao paciente. Os pacientes com bruxismo de apertamento ou rangimento noturno, mesmo depois de passar por uma reabilitação complexa ou simples, continuará com tais hábitos deletérios. Uma vez que a causa da doença é multifatorial e pela complexidade do tratamento, o qual se consegue apenas retardar os contínuos desgastes dentários (Malfredini D; Poggio CE, 2016).

É essencial um planejamento reabilitador individualizado para promover proteção nos casos de próteses cerâmicas, principalmente se forem diagnosticados com hábitos deletérios. Os efeitos deletérios que são gerados pela sobrecarga oclusal causado pelo bruxismo pode ser amenizado com o auxílio de ajustes, portanto os ajustes oclusais devem ser realizados de forma que não promova grandes alterações na relação dos movimentos mandibulares e na distribuição de forças do sistema, suportando os eventos da parafunção (Teixeira et al, 2017).

Miyashita (2017) relata que os movimentos excursivos da mandíbula, protrusão e lateralidade, devem promover a desocclusão dos dentes posteriores, impedindo as forças geradas prejudiciais às estruturas periodontais e peri-

implantares. A função harmônica desses movimentos pode ser criada, mesmo em parafunções. Por isso, deve-se aferir os contatos oclusais e os movimentos da mandíbula que são analisados e registrados através do fechamento bucal, da lateralidade, da protrusão, da guia de caninos e por fim da máxima intercuspidação, tudo à procura de interferências, contatos prematuros ou qualquer tipo de desarmonia para assim ajustar e deixar o mais harmônico possível.

Os autores Oltramari et al (2007) e Okeson, J. P (2000) afirmam que deve-se preconizar chegar à oclusão funcional ideal em qualquer tratamento odontológico. Com isso, o profissional sempre deve verificar se os dentes apresentam posição de máxima intercuspidação (MIH) com a mandíbula em relação cêntrica (RC); nesta posição todos os dentes posteriores devem apresentar contatos axiais e os dentes anteriores devem manter uma distância de 0,0005 polegadas entre eles; durante a laterotrusão, os caninos devem desocluir os dentes posteriores (guia canino); durante a protrusão, os dentes anteriores superiores devem ocluir com os dentes inferiores anteriores, visando desocluir todos os dentes posteriores (guia anterior imediata); nenhuma interferência deve estar presente no lado de não-trabalho (balanceio).

Considera-se alto risco funcional em diagnóstico de bruxismo, parafunção, colapso da mordida posterior, presença de grandes facetas de desgastes, histórico de fissura ou fraturas de dentes naturais ou fratura de próteses. Nos casos com alto risco funcional decorrente da parafunção é um desafio, pois a maioria dos materiais cerâmicos não suporta a carga e tende a fraturar. Nessas situações a literatura tem relatado resultado satisfatório com zircônia monolítica e/ou materiais híbridos ou resinosos, por serem materiais mais resistentes (Miyashita, 2017).

Logo, em pacientes que apresentam hábitos parafuncionais, após todo o tratamento detalhado buscando estabilidade oclusal, deve-se associar ao tratamento as placas interoclusais, as quais são um recurso de extrema importância em pacientes que apresentam bruxismo moderado e severo, por não promover mudanças oclusais irreversíveis com uso prolongado, até mesmo naqueles que passaram por tratamento reabilitador, como restaurações, próteses ou tratamento

ortodôntico porque ajudam a estabilizar e controlar a sobrecarga oclusal dos efeitos deletérios sobre as estruturas dentais.

A placa interoclusal ou miorelaxante é rígida, de resina acrílica e obedece aos mesmos requisitos para pacientes que não necessitam de qualquer reabilitação oral, pois a finalidade é promover contatos oclusais bilaterais e simultâneos para estabilizar, reduzindo desgastes e fraturas dentárias ou fraturas da prótese. Dessa forma, deve atender os requisitos da placa estabilizadora, como: confortável ao uso, apresentando estabilidade e retenção, os contatos de todos os dentes com a superfície da placa, uma guia de desocclusão anterior realizada pelos caninos, os contatos em lateralidade devem ser realizados pelos caninos e apresentar superfície lisa e polida.

Segundo Teixeira et al (2013) longevidade da reabilitação protética está relacionada ao controle bacteriano e controle das forças oclusais. Então, mesmo realizando um planejamento correto e estável, deve-se associar o tratamento às placas interoclusais. Tudo isso visa proporcionar uma reabilitação oral completa com a restauração de estruturas anatômicas em conjunto com funções sensoriais e motoras com uma visão global de melhorar a saúde bucal e a qualidade de vida (Kumar A; Kothari M, 2018).

3 CONCLUSÃO

A reabilitação oral é um desafio para o profissional e que cada vez mais são solicitados no consultório odontológico em busca de conforto, estética e função. O tratamento envolve desde casos mais simples até casos mais complexos, que estão associados a alguma deficiência oral como, DTM, dor orofacial e hábitos parafuncionais.

A anamnese e diagnóstico são essenciais para se realizar um bom planejamento. A partir disso, realizar uma reabilitação oral completa que inclua restauração de estruturas anatômicas em conjunto com funções sensoriais e motoras com uma visão global de melhorar a saúde bucal-qualidade de vida relacionada.

A literatura recomenda para estabelecer e diagnosticar a DVO, deve-se fazer uso dos diversos métodos, como o métrico, fonético e proporções faciais para tentar minimizar os possíveis erros. Além disso, recomenda-se que depois de estabelecido a DVO é interessante utilizar as próteses provisórias como recurso para observar a adaptação do paciente a nova DVO, para depois desse período instalar o trabalho protético definitivo.

Por fim, estabelecer o equilíbrio oclusal é fundamental para garantir longevidade e conforto ao paciente, especialmente naqueles que apresentam hábitos deletérios. Como a reabilitação oral não elimina as parafunções, deve-se associá-la a utilização de placas miorrelaxantes para evitar possíveis danos à prótese e ao tratamento reabilitador.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, C.F et al. **Behavior analysis of electromyography activity of the masseter muscle in sleep bruxers.** Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2010; 14: 234-38.
- ANTUNES RP, Matsumoto W, Orsi IA, Tunes FSM. **Restabelecimento da dimensão vertical: relato de caso clínico.** Rev Bras Odontol 2000;57(3): 151-154.
- BORTOLLETO PPB. **ANÁLISE DOS HÁBITOS PARAFUNCIONAIS E A ASSOCIAÇÃO COM AS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (DTM).** Trabalho de conclusão de curso. 2011.
- DANTAS EM. **The importance of restoring occlusal vertical dimension in the prosthetic rehabilitation.** Revisão de literatura. Odonto 2012; 20(40): 41-48.
Kumar A, Kothari M. Implication of sensorimotor regulation and neuroplasticity in oral. 10.1111/joor.12603. 2018
- DIAS CC, OLIVEIRA SSI, PIRES AA. **Influência do restabelecimento da dimensão vertical no espaço funcional livre em pacientes com bruxismo.** Rev Naval de Odontol on Line 2007;1(3): 5-10.
- DIAS AT, SOARES RO, LIMA WM, SILVA NETO JM, SÁ MV. **Dimensão vertical de oclusão em prótese total.** Odontologia Clin.-Cientif 2006; 5(1): 41-47.
- FREITAS R, KAIZER OB, PIGOZO MN, CAVALLARI P, RESENDE DRB. **Diagnóstico e tratamento da dimensão vertical de oclusão diminuída: utilização de prótese parcial atípica (PPR tipo “Overlay”).** RGO 2006; 54(2): 161-164.
- FUZO A. **O impacto das DTMs na reabilitação protéticas.** Suplementos PróteseNews I v.4 – ImplantNews 2013; 10(6);86-9.
- GUERTIN G, PROSTHO C. **The evaluation of occlusal vertical dimension.** Journal dentaire du Québec 2003; 40: 241-243.
- HARPER RP, MISH CE. **Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion.** Quintessence Internacional 2000; 31(4):275.

JAHANGIRI L, JANG S. **Onlay partial denture technique for assessment of adequate occlusal vertical dimensions**. A clinical report. J prosthetic dent 2002;87(1): 1-4. 18.

L. M. TRENTIN, V. F. REGINATO, A. MAROLI, M. T. R. BORGES, A. O. SPAZZIN, A. BACCHI. **Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total**. J Oral Invest, 5(1): 50-60, 2016 - ISSN 2238-510X.

MENSE S. **The pathogenesis of muscle pain**. Curr Pain Headache Rep. 2003; 7(6):419-25. ed.St. Louis, MO: Mosby; 2008.105-31p

MANFREDINI D, POGGIO C.E. **Prosthodontic planning in patients with temporomandibular disorders and/or bruxism: A systematic review**. The Journal Of Prosthetic Dentistry - American Academy of Fixed Prosthodontics, Chicago, IL, February 2016.

MIYASHITA E, ASSUNÇÃO E SOUZA OR. **O uso das placas intraorais na clínica diária**. Suplemento PróteseNews I v.4 – ImplantantNews 2013;10(6); 94-6.

MIYASHITA E, TEIXEIRA ML, RIQUIERI H. **Pacientes com parafunção**. Protese News 2017;4(1);12-21.

NETTO H.C. **Dilema Oclusal**. Protese News – vol. 4, n.1 (janeiro/março 2017) – São Paulo:VM Culturak editora Ltda,.2014.

OKESON JP. **Etiology of functional disturbances in the masticatory system**. In: Okeson JP, editor. Management of temporomandibular disorders and occlusion, 6th 56

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

OLTRAMARI, P. V. P. et al. **Importance of Occlusion Aspects in the Completion of Orthodontic Treatment**.Braz.Dent.J.,v.18,n.1,p.78-82,2007.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bdj/v18n1/v18n1a16.pdf>>.

RODRIGUES DM, BEZZON OL, CARRERO AFP. **Restaurações provisórias**. In: Rodrigues, D. M. Manual de prótese sobre implantes: passos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Artes Médicas, 2007. P.67-81.

TEIXEIRA ML, LACERDA PE, OLIVEIRA TA. **O uso de articuladores e arco facial é fundamental para o sucesso do tratamento reabilitador?** Suplemento PróteseNews I v.4 – ImplantantNews 2013;10(6); 94-6.

TEIXEIRA ML, MIYASHITA E, RIQUIERI H. **Desvendando os contatos oclusais.** Protese News 2017;4(1);12-21.