

Os desafios da reabilitação por facetas em pacientes bruxistas: Uma revisão de literatura

The challenges of rehabilitating patients with bruxism through the use of veneers: A literature review

Los desafíos de la rehabilitación a través de carillas en pacientes con bruxismo: Una revisión de la literatura

Recebido: 08/11/2023 | Revisado: 21/11/2023 | Aceitado: 22/11/2023 | Publicado: 24/11/2023

Mayara Joyce Nunes de Farias Azevedo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5125-2035>

Centro Universitário Unifavip Wyden, Brasil

E-mail: may.joyce49@gmail.com

Deborah Bezerra Sobreira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7594-4271>

Centro Universitário Unifavip Wyden, Brasil

E-mail: debor.sobreira@unifbv.edu.br

Cácio Lopes Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7085-7673>

Centro Universitário Unifavip Wyden, Brasil

Email: caciolmendes@outlook.com

Resumo

O bruxismo é conhecido como uma alteração parafuncional do sistema estomatognático que se apresenta de diversas formas como, ranger de dentes ou apertamento. A sua etiologia é desconhecida, porém, pode surgir por inúmeros motivos sendo o principal fator desencadeante, o estresse. Essa atividade parafuncional não tem cura existente, mas possui condutas terapêuticas multidisciplinares capazes que amenizar os sinais e sintomas. A higiene do sono é uma das condutas mais utilizadas e recomendadas para pacientes que apresentam o bruxismo do sono, como também, exercícios de relaxamento, acupuntura, dieta saudável e exercícios físicos são outras condutas orgânicas eficazes para a melhora do quadro de bruxismo. O sistema reabilitador vem crescendo cada dia mais e o desejo por dentes brancos e harmônicos tem sido despertado nos pacientes. As facetas de resina composta e os laminados cerâmicos são materiais restauradores com grande poder na odontologia nos últimos tempos e utilizados como forma terapêutica para pacientes bruxistas. A associação das placas oclusais com esses materiais reabilitadores tem sido uma alternativa positiva que pode devolver ao paciente proteção das estruturas dentárias, função mastigatória, estética e conservação dos tecidos moles da cavidade oral. Com isto, a presente revisão de literatura de forma narrativa tem o objetivo de analisar os desafios sobre a reabilitação com facetas em pacientes bruxistas; avaliar qual tipo de bruxismo apresenta maior desafio para a reabilitação oral com facetas e analisar as condutas terapêuticas para o bruxismo incluindo uma abordagem reabilitadora entre a associação das placas oclusais e as facetas dentais de resina composta e laminados cerâmicos.

Palavras-chave: Bruxismo; Placa oclusal; Facetas; Tratamento.

Abstract

Bruxism is known as a parafunctional disorder of the stomatognathic system that manifests in various forms, such as teeth grinding or clenching. Its etiology is unknown, but it can arise due to numerous reasons, with stress being the main triggering factor. This parafunctional activity does not have a known cure, but it has multidisciplinary therapeutic approaches that can alleviate the signs and symptoms. Sleep hygiene is one of the most commonly used and recommended approaches for patients with sleep bruxism. Additionally, relaxation exercises, acupuncture, a healthy diet, and physical exercise are other effective organic approaches to improve the condition of bruxism. The field of rehabilitation is growing day by day, and the desire for white and harmonious teeth has been awakened in patients. Composite resin veneers and ceramic laminates are restorative materials that have had a significant impact in dentistry in recent times and are used therapeutically for bruxism patients. The combination of occlusal splints with these rehabilitative materials has been a positive alternative that can provide patients with protection of dental structures, masticatory function, aesthetics, and preservation of soft tissues in the oral cavity. With this, the current narrative literature review aims to analyze the challenges related to rehabilitation with veneers in bruxist patients; assess which type of bruxism poses a greater challenge for oral rehabilitation with veneers, and analyze therapeutic

approaches for bruxism, including a rehabilitative approach involving the combination of occlusal splints and dental veneers made of composite resin and ceramic laminates.

Keywords: Bruxism; Occlusal splint; Veneers; Treatment.

Resumen

El bruxismo se conoce como una alteración parafuncional del sistema estomatognático que se manifiesta de diversas formas, como el rechimiento de dientes o el apretamiento. Su etiología es desconocida, pero puede surgir por numerosas razones, siendo el principal factor desencadenante el estrés. Esta actividad parafuncional no tiene una cura establecida, pero cuenta con enfoques terapéuticos multidisciplinarios capaces de aliviar los signos y síntomas. La higiene del sueño es uno de los enfoques más utilizados y recomendados para pacientes que presentan bruxismo del sueño, al igual que los ejercicios de relajación, la acupuntura, una dieta saludable y el ejercicio físico, que son otros enfoques orgánicos efectivos para mejorar el cuadro de bruxismo. El sistema de rehabilitación dental ha ido creciendo cada día más y ha despertado el deseo de dientes blancos y armónicos en los pacientes. Las carillas de resina compuesta y los laminados de cerámica son materiales restauradores con gran poder en odontología en los últimos tiempos y se utilizan como tratamiento terapéutico para pacientes con bruxismo. La combinación de placas oclusales con estos materiales restauradores ha resultado una alternativa positiva que puede devolver al paciente la protección de las estructuras dentales, la función masticatoria, la estética y la conservación de los tejidos blandos de la cavidad oral. Con esto, la presente revisión de literatura de forma narrativa tiene como objetivo analizar los desafíos relacionados con la rehabilitación con carillas en pacientes bruxistas; evaluar qué tipo de bruxismo representa un mayor desafío para la rehabilitación oral con carillas y analizar enfoques terapéuticos para el bruxismo, incluida una aproximación rehabilitadora que involucra la combinación de férulas oclusales y carillas dentales de resina compuesta y laminados cerámicos.

Palabras clave: Bruxismo; Placa oclusal; Carillas; Tratamiento.

1. Introdução

O aparecimento de novas tecnologias na área odontológica tem cada vez mais despertado nas pessoas o desejo de usufruir dentes perfeitos. Esse avanço tem sido estudado e procurado com o passar do tempo com mais rapidez e pacientes com expectativas elevadas é o que se vê nos consultórios atualmente (Santos et al., 2016). Porém, o bruxismo, considerado uma alteração parafuncional, apresentando movimentos de apertamento ou ranger de dentes tem limitado o processo estético em pacientes que o possui. Esta parafunção não tem uma etiologia concreta, com tudo, estudos mostram que sua origem pode estar ligada à diversos fatores como, ansiedade, elevados níveis de cortisol, sono desregulado, alimentos e bebidas xânticas, drogas entres outros (Bailey, 1997; Uetanabara & Mazetto, 2000).

É de grande conhecimento que o bruxismo é uma alteração que não possui cura, entretanto os profissionais contam com condutas terapêuticas multidisciplinares para conter parte da sintomatologia. Especialistas como, psicólogos, dentistas, educadores físicos e fisioterapeutas podem trabalhar juntos em prol de amenizar os sinais e sintomas dessa alteração. A higiene do sono, exercícios físicos, sessões de acupuntura e alimentação saudável são algumas condutas orgânicas que podem ajudar na terapia contra o bruxismo. Os medicamentos e as placas oclusais também possuem peso nessas condutas, porém necessitam de um acompanhamento profissional minucioso (Mazetto et al., 1995; Ingrassia Tonelli et al., 1999).

Os aparelhos interoclusais mais conhecido como placas oclusais, é o material mais utilizado pelos dentistas como tratamento para o bruxismo. São eficazes para aumento da dimensão vertical e conservação das estruturas dentárias. Essas placas são construídas com material de acrílico rígido afim de suportar a carga que é colocada diretamente pelos dentes do paciente devido a atividade parafuncional. Existem diversos tipos para cada situação, porém, esses aparelhos não possuem um alto benefício levando em consideração as alterações que podem causar como, extrusão ou intrusão de certos elementos dentários sem o devido uso (Portero et al., 2009).

A reabilitação oral vem crescendo exponencialmente nos últimos tempos e com ela os materiais restauradores carregando uma elevada busca, principalmente quando se trata de facetas em resina composta ou laminados cerâmicos. As lentes de resina realizadas de forma direta são definidas por um recobrimento na face vestibular. É um material de fácil manipulação e bom custo benefício que pode ser utilizada em casos de diastemas, dente conoide, hipoplasia de esmalte entres

outros procedimentos (Araújo & Perdigão, 2021). Os laminados cerâmicos por sua vez, são confeccionados de forma indireta, utilizando de tempo laboratorial. Possuem características vantajosas quanto a biocompatibilidade, estabilidade de cor, resistência a fraturas e propriedades mecânicas (Gomes et al., 2008).

Com isto, a presente revisão de literatura de forma narrativa tem o objetivo de analisar os desafios sobre a reabilitação com facetas em pacientes bruxistas; avaliar qual tipo de bruxismo apresenta maior desafio para a reabilitação oral com facetas e analisar as condutas terapêuticas para o bruxismo incluindo uma abordagem reabilitadora entre a associação das placas oclusais e as facetas dentais de resina composta e laminados cerâmicos.

2. Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa sobre os desafios da reabilitação oral por facetas em pacientes que possuem bruxismo e discutido as diversas condutas terapêuticas e a associação das placas oclusais com procedimentos estéticos, compreendendo as vantagens e desvantagens de cada material para uma reabilitação adequada.

A revisão narrativa auxilia no conhecimento, renovação e discussão da tese abordada sendo realizado através de estudos existentes em bases de dados PUBMED, Bireme, Scielo e BVS, utilizando os descritores Bruxismo, Placa Oclusal, Facetas e Tratamento, assim como seus sinônimos em inglês e espanhol. Foram selecionados, após a leitura parcial ou total, estudos publicados entre os anos 2006-2023.

3. Revisão de Literatura

3.1 Bruxismo

O bruxismo pode ser definido como uma alteração parafuncional do sistema mastigatório que tem como característica o contato não-funcional dos dentes decorrendo de modo inerte ou dinâmico causando alterações oclusais (Tan et al., 2000). O bruxismo pode ser dividido em dois tipos, sendo eles, de vigília e do sono. Bruxismo de vigília também conhecido como Awake Bruxism (AB), é aquele que pode ser definido com movimentos de apertamento (Lavigne, 2008). O bruxismo do sono chamado também Sleep Bruxism (SB), é aquele onde acontece movimentos de ranger ou apertar os dentes (Shetty, 2010), sendo este o mais ocorrente e acontece sem que o paciente perceba. Estudos relatam que o bruxismo do sono pode durar cerca de 5 – 38 minutos e sua força é 3 vezes maior que a atividade funcional considerada normal (Okeson, 1992).

A alteração parafuncional é classificada de diversas formas, podendo ser, o bruxismo cêntrico, caracterizado pelo apertamento e em sua maioria ocorre durante o sono onde o paciente permanece em máxima intercuspidação em relação a oclusão e; excêntrico, onde ocorre movimentos de deslize e ranger de dentes em disposição de protrusão e lateralidade. O desgaste dentário, conforme o deslizamento, pode ocorrer tanto em dentes anteriores como em dentes posteriores (Ortega, 1988; Bahlis et al., 1999). O bruxismo pode classificar-se ainda em diurno ou noturno; consciente ou inconsciente e também em primário, que se define como origem desconhecida (idiopático) ou secundário ocasionado por alguma desordem neurológica ou psiquiátrica (Lavigne et al., 2000).

Embora a sua etiologia não seja tão erudita considerando ser uma desordem multifatorial e complexa, existem inúmeros fatores que podem originar o bruxismo ou agravar os seus sintomas, dentre elas estão duas causas que consideram-se mais notórias no bruxismo: 1) periférica ou morfológica, onde encontra-se as desordens oclusais, como por exemplo, morfologia dentária, mobilidades, posição do dente, contatos prévios ou até mesmo restaurações, no entanto, é uma causa pouco equivalente, e 2) psicológico e fisiopatológico, que considera-se um transtorno no sistema dopaminérgico e acúmulo do estresse (Ahlberg et al., 2004). Estudos revelam grande importância da dopamina na gênese do bruxismo, visto que, ela representa grande parte de catecolaminas do Sistema Nervoso Central (SNC) colaborando na diminuição dos movimentos

involuntários dos músculos mastigatórios. É sabido ainda que, caso haja um desequilíbrio nos níveis deste neurotransmissor, pode-se observar movimentos de particularidades do bruxismo (Rang et al., 2001).

Em suma, há outros fatores que podem contribuir para os movimentos parafuncionais. Atualmente muito fala-se sobre ansiedade e o quanto este estado pode paralisar ou gerar ações no indivíduo que ele não consegue controlar. Acredita-se que a ansiedade e o estresse podem estar relacionados ao bruxismo, onde o paciente descarrega as suas tensões do dia ou alguma situação no aparelho estomatognático involuntariamente. Estando relacionado também, à sua área profissional, atividade física, alimentação como por exemplo, bebidas xânticas (cafés e refrigerantes contendo cola), tabaco e drogas (anfetaminas e álcool), foram estudadas apresentando certa influência desencadeante do bruxismo (Bailey, 1997; Uetanabara & Mazetto, 2000).

Algo interessante a ser citado é que todos os indivíduos podem apresentar uma atividade parafuncional durante a noite. O que diferencia dos bruxistas é o tempo de duração e sua força (Droukas et al., 1984; Kydd & Daly, 1985). Os sintomas mais relatados pelos pacientes são o cansaço, dores de cabeça, dor muscular originando a dificuldade na abertura de boca e estrepitação na articulação temporo-mandibular (ATM). É informado ainda que, ruídos e o ranger de dentes são reconhecidos durante o sono por pessoas que convivem com o paciente bruxista. Ao examinar clinicamente, o sinal mais aparente da alteração parafuncional, é o desgaste acentuado nas bordas incisais dos dentes anteriores, desgaste nas cúspides dos dentes posteriores, desgastes em restaurações e até mesmo fraturas dentárias (Maciel, 1996; Thompson et al., 1994; Teixeira et al., 1994; Attanasio, 1997).

Especificando os sinais e sintomas do bruxismo e as modificações orais que foram examinadas nos pacientes no decorrer dos anos, tem-se inúmeros fatores que podem ser observados como, alterações no periodonto, nas tomadas radiográficas, músculos da mastigação, articulação temporo-mandibular e dor de cabeça intensa exemplificados no Quadro 1 (Arnold, 1981; Thompson et al., 1994; Teixeira et al., 1994; Berlim, 1961; Maciel, 1996; Attanasio, 1997).

Quadro 1 - Alterações Oraís Decorrentes do Bruxismo.

| | |
|------------------------|--|
| Periodonto | Aumento do espaço periodontal; mobilidades dentárias; reabsorções ósseas; diastemas; retração gengival; necrose dos tecidos. |
| Imagem radiográfica | Mudança no espaço periodontal (apresentando crescimento ou ausência); ruptura radicular; placas na região pulpar; ausência da lâmina dura; reabsorção radicular. |
| Músculos mastigatórios | Hipertonicidade dos músculos (principalmente o masseter); crescimento do tônus mandibular; dores pontuais na área muscular; contrações musculares. |
| ATM | Incômodo; problemas na mastigação; restrição na abertura de boca provocando também trava na articulação; limitação dos movimentos mandibulares; estalidos e estrepitações articulares. |
| Dor de cabeça | É mencionada na maioria das vezes como um apertamento frontal que segue por trás da região ocular até a origem do músculo masseter; dor bilateral contínua. Surge de forma resultante à isquemia, pela pressão dos músculos e perda de oxigênio estimulando a dor. |

Fonte: Rodrigues (2006).

O bruxismo sendo uma alteração multifatorial, ainda não se tem o tratamento específico que possa trazer a cura à atividade parafuncional a não ser uma terapêutica multidisciplinar que possa contribuir para uma diminuição dos sintomas e trazer um conforto maior para o paciente. A ajuda de profissionais psicólogos, dentistas e fisioterapeutas pode ser de grande importância para uma melhora dos casos (Mazetto et al., 1995; Ingrassia Tonelli et al., 1999).

Uma vez diagnosticado o bruxismo, é interessante que o profissional dentista tenha uma conversa a nível de buscar informações para que se descubra a origem da alteração no paciente. Uma abordagem clínica que procura conhecer o modo de vida do indivíduo como, o meio familiar, profissional, posicionamento social e também conjugal. Isso pode ser importante para que o próprio paciente perceba o que tanto o sobrecarrega. Quando a atividade parafuncional é oriunda de estresse e ansiedade é interessante que o profissional psicólogo possa intervir e sugerir condutas que tragam para o paciente autocontrole de suas

emoções. Atividades físicas e o lazer, podem ser uma grande mudança que contribuirá na melhora do quadro do paciente bruxista. O bruxismo de vigília conhecido com o movimento de apertamento, é mais perceptível pelo paciente o que pode ajudar no controle dessa prática, monitorando com lembretes e até despertador de celular o fazendo lembrar para cessar o movimento. Uma conduta importante é pedir ao paciente que mantenha a dimensão vertical de repouso, ou seja, os dentes superiores e inferiores em leve desocclusão (Bader et al., 2000).

O sono é um fator significativo quando relacionado a um modo de vida saudável. No bruxismo ele tem um papel importante, pois o sono agitado durante a noite, pode levar ao aumento de contrações dos músculos sendo elas, funcionais ou não. O sono pode ser classificado em algumas fases: 1 e 2 são as fases não-REM, que compõem o sono leve e é onde as contraturas musculares estão mais sujeitas a acontecerem; as fases 3 e 4 não-REM, é o estágio que ocorre o sono mais profundo, porém se o indivíduo não consegue ter um ambiente adequado, os estímulos cerebrais podem dificultar que essas fases ocorram. É interessante incentivar o paciente sobre a higiene do sono, assunto bastante citado atualmente que ajuda a acalmar e ter um sono de qualidade. Ter um horário fixo para dormir, com pouca luz, um ambiente calmo e silencioso, evitar bebidas estimulantes perto do horário de dormir contribuem para um sono tranquilo e profundo (Ingrassia Tonelli et al., 2005).

Outros fatores que com eficiência estimula e agrava os sinais e sintomas do bruxismo, são as bebidas xânticas, as drogas e o álcool. Refrigerantes, cafés, chocolates contendo cafeína ou cola, podem causar modificação no metabolismo basal gerando desenvolvimento eletromiográfico na região muscular mastigatória. Pacientes tabagistas possuem uma inclinação maior a adquirir o bruxismo. Estudos revelam que a nicotina instiga um aumento da atividade parafuncional, especificamente nos músculos da mastigação e pode gerar também crescimento na atividade dopaminérgica (Winocur et al., 2001).

Em relação à terapia medicamentosa, atualmente só há prescrição em casos de sintomatologia do bruxismo. Com estudos positivos que a dopamina e neurotransmissores têm influência sobre a parafunção, foram propostas doses pequenas de catecolaminas com o objetivo de suavizar os hábitos parafuncionais. Recentemente, a toxina botulínica tem sido estudada como uma terapia química resolutive e positiva em várias desordens. Ela é composta pela bactéria *Clostridium botulinum* e tem a função inibidora de acetilcolina na junção muscular que pode auxiliar na limitação de estímulos musculares (Tan, 2000). Outros fármacos como, propranolol, benzodiazepínicos e antidepressivos são sugeridos também como opção terapêutica para o bruxismo (Sjoholm et al., 1996; Attanasio, 1997; Lobbezoo et al., 1997; Uetanabara & Mazzetto, 2000). Embora ajude na sintomatologia da parafunção, a terapia farmacológica é eficiente somente durante o seu uso, podendo trazer risco de dependência química para o paciente (Muller et al., 1982; Montgomery, 1986; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

A fisioterapia é considerada uma área que pode cooperar no alívio dos sintomas dos movimentos parafuncionais. Ela é uma grande associada que pode restaurar a função normal do sistema mastigatório transformando os quadros de dor em equilíbrio nos pacientes bruxómanos. As terapias de relaxamento, termoterapias, estimulação eletroneural transcutânea (TENS) e acupuntura são usadas como formas de condutas terapêuticas para o bruxismo. A terapia de relaxamento promove a omissão da dor através de exercícios de fortalecimento e repouso da musculatura. A termoterapia, que é trabalhada através do calor, busca promover vasodilatação auxiliando a entrada de oxigênio, traz uma ação tranquilizante ao sistema motor e facilita na diminuição das manifestações causadas pela atividade parafuncional. A TENS, tem a função de prover estímulos de forma elétrica que vai ajudar a anular os espasmos musculares e melhorar a circulação. A acupuntura, por sua vez, tem efeito analgésico, auxilia no sistema imunológico e possui efeito ansiolítico. Dito isto, o profissional fisioterapeuta é de extrema importância para um quadro de bruxismo ter resultados positivos com suas intervenções (Pereira et al., 2006).

Condições de overjet, overbite, mordida cruzada e outros fatores de desocclusão, quando tratados não mostram eficácia no tratamento do bruxismo. Eles podem ser recomendados para reduzir malefícios causados pelo ranger de dentes ou apertamento, mas não tem papel significante na melhora dos danos (Demir et al., 2004). Correções dos dentes gastos e recuperação da dimensão vertical até traz alívio ao paciente, mas também não mostra eficácia como terapêutica (Bader et al.,

2000). Em pacientes que apresentam bruxismo do sono, a intervenção com placas oclusais deve ser exercida como forma de anteparo, visto que, na parafunção noturna não se tem um controle dos movimentos involuntários. Os aparelhos interoclusais servem para proteger as estruturas dentárias evitando movimentos de fricção, auxiliando no percurso natural da mandíbula e coopera para que as contrações musculares sejam menores (Oliveira, 2002).

Com isto, é de grande importância que o paciente tenha consciência dessa alteração e busque por profissionais que possam auxiliá-lo acerca de condutas terapêuticas viáveis para um alívio dos desconfortos causados pelo bruxismo. Enquanto a parafunção diurna, o paciente deve compreender que é possível controlar os movimentos acionando lembretes que o ajudem a parar com as contrações ou lembrar de manter os dentes em leve desocclusão. Para o bruxismo noturno uma forma de diminuir os movimentos durante a noite, é fazer a higiene do sono. Um ambiente silencioso e aconchegante pode trazer tranquilidade e cessar o estresse vivido durante o dia. Uma intervenção multidisciplinar com diversas condutas juntas mostra-se outra forma interessante de aliviar os sintomas dos bruxistas, com atividades de relaxamento, acupuntura, medicamentos quando necessário, e evidente, eliminando hábitos nocivos que pioram o quadro dessa parafunção.

3.2 Placas Oclusais

Conhecidas como placas oclusais ou aparelhos interoclusais, são dispositivos utilizados com o objetivo de minimizar efeitos danosos causados pelo bruxismo ou disfunções temporo-mandibulares. As placas oclusais podem ser desenvolvidas com materiais rígidos (resina acrílica) ou flexível, sendo usadas tanto na arcada superior ou na arcada inferior. Importante realçar que os dispositivos interoclusais não são um tratamento definitivo na cura para tal parafunção, mas é uma alternativa com o intuito de levar conforto e proteção para as estruturas bucais, principalmente dentárias e articulares. São utilizadas também para propor uma oclusão funcional adequada, função muscular equilibrada e proporciona uma posição articular efetiva, mesmo que de modo temporário (Portero et al., 2009).

As placas oclusais podem ser classificadas em placas convencionais rígidas, também chamadas de placa de estabilização, placa de relação cêntrica ou placa de Michigan, é a mais utilizada e são indicadas quando existem intervenções de oclusão, assimetria entre oclusão cêntrica e a relação cêntrica e também, para aumentar a dimensão vertical. Segundo Posselt e Wolf (1963) em um estudo realizado com diversos tipos de placas oclusais, as de material rígido mostrou ter resultados positivos relacionadas ao bruxismo, ou seja, a porcentagem de pacientes bruxistas que tiveram melhora na utilização das placas convencionais rígidas foram superiores.

Aparelhos interoclusais resilientes são placas de rápida confecção e possuem um bom custo benefício porém, tem um reparo mais complexo e isso pode intensificar os sintomas da alteração parafuncional. Em pacientes bruxistas, esses aparelhos são utilizados somente em casos de emergência, pois por serem de material flexível, são capazes de elevar a atividade muscular. É indicado que esta placa seja utilizada somente durante a noite e seu tempo para gerar resultados significantes, caso haja, será por volta de 6 semanas. Com o passar do tempo, as placas resilientes podem perder a sua flexibilidade (Gray e Davies, 2001).

Existe ainda as placas de posicionamento anterior, cujo objetivo é reduzir os ruídos na ATM, ajustar desordens no disco articular e quando há trava na articulação. Sua utilização serve para deslocar a disposição da mandíbula de forma temporária fazendo com que se restabeleça uma interação cêndilo-disco e traga o funcionamento equilibrado da ATM. O uso do aparelho de posicionamento anterior pode restaurar a condição do disco articular gasto e minimizar as estrepitações apresentadas nas DTMs (Alencar Junior et al., 2007; Mazzetto et al., 2009; Saavedra et al., 2012).

Placas de mordida anterior tem como principais indicações para pacientes após tratamento ortodôntico, para introdução de próteses dentárias onde os ajustes não foram realizados corretamente ou para restaurações anteriores jovens. Esse aparelho interoclusal é acomodado na arcada superior recobrimdo apenas as incisais dos dentes incisivos e caninos com

guias nos movimentos de protrusão e lateralidade. A sua recomendação é que seja utilizada por no máximo 7 dias, pois seu uso prolongado pode causar uma mordida aberta na região anterior dos dentes e extrusão na região posterior (Dekon et al., 2007; Saavedra et al., 2012).

A placa de mordida posterior, é apenas indicada quando existe uma perda brusca da dimensão vertical. Ela é produzida para ser adequada nos dentes posteriores inferiores composta por duas regiões de acrílico rígido que são postas nos dentes e interligadas por uma barra metálica na região lingual. A grande crítica do aparelho de mordida posterior é que pode ocasionar em intrusão dos dentes posteriores e extrusão dos dentes anteriores e por isso, o seu tempo de uso deve ser limitado e bastante cauteloso (Gámez et al., 2013; Okeson, 2013; André et al., 2011).

A confecção das placas oclusais se dá primeiramente pela cópia dos elementos dentários com material de moldagem irreversível acompanhado de um modelo de gesso. Para obter o trabalho superior, são necessários o articulador semi-ajustável e o arco facial; e para o trabalho inferior, o modelo em cera com a relação cêntrica do paciente. O delineamento do modelo superior é confeccionado a fim de demarcar as retenções já que a placa depois de pronta será acomodada em cima da linha delimitada. Uma cera 7 é utilizada para ser colocada sobre o trabalho que foi demarcado e posta no articulador para verificar se não há interferências, se a superfície se encontra plana e se a dimensão vertical foi ligeiramente aumentada. Após, é feito o processo de acrilização com resina acrílica termopolimerizável; o modelo é colocado em uma estufa e novamente no articulador. A etapa de ajustes é feita com uma broca fresa com o intuito de estabelecer a relação cêntrica e a desocclusão nos movimentos de protrusão e lateralidade. As placas quando confeccionadas em guia de canino devem manter a desocclusão nos dentes posteriores sem que causem desordem na relação cêntrica (Antonelli et al., 2013; Almeida et al., 1998; Arcuri & Oliveira, 1995).

Com tudo, diante de diversos aparelhos que podem auxiliar no tratamento de distúrbios parafuncionais, estudos afirmam que nem sempre a conduta com placas oclusais trazem algum benefício para o paciente. Nem todos os casos são indicados o seu uso, o que se faz necessário que outros tratamentos terapêuticos sejam atuantes (Felício et al., 2013). Sabendo que os dispositivos interoclusais são utilizados em casos singulares é importante dizer que são essenciais uma anamnese criteriosa e uma indicação cautelosa quanto ao seu uso (Van Zaag et al., 2005). Visto isso, quando a sua recomendação é necessária, as placas podem sim trazer benefícios e grandes confortos aos bruxistas, contando também com a colaboração, preservação e zelo do paciente sobre o seu devido uso (Alencar & Becker, 2009).

3.3 Facetas e Laminados Cerâmicos

Com o passar dos anos e o avanço da odontologia, alguns hábitos alimentares e comportamentos deletérios ainda permanecem e contribuem originando agravos ao elemento dentário. A lesão cáries é a principal doença que leva à procedimentos restauradores, porém, há diversas maneiras de a estrutura dental ser danificada. Alterações dentárias como, abrasão, abfração, atrição e erosão são lesões não cáries que causam um estrago irreparável na superfície dentária necessitando de uma reconstrução com o devido material restaurador sendo eles, a resina composta ou materiais cerâmicos (Josic et al., 2021).

Atualmente a estética tem sido uma exigência para um grande número de pessoas. A busca pelo sorriso perfeito, branco e harmônico vem cada vez mais crescendo e os estudos sobre materiais restauradores avançando. As facetas dentais estão hoje sendo o procedimento mais cobiçado pelos pacientes gerando grandes expectativas na mudança e busca pelo sorriso que inspire confiança e personalidade (Santos et al., 2016). O surgimento das facetas dentais ganhou lugar por volta dos anos 1980, mas teve início no ano de 1947 onde os famosos e astros da TV executavam um procedimento provisório para se tornarem bem vistos em seus trabalhos e eram chamadas as famosas facetas de Hollywood (Filho et al., 2012).

As facetas dentais podem ser definidas por um revestimento vestibular com um material restaurador sobre o dente e podem ser realizadas de forma direta ou indireta. A forma direta é realizada com a resina composta e em sua maioria em sessão única. A restauração é efetuada sobre o elemento dentário onde o profissional esculpe o dente à mão livre ou pelo auxílio de uma guia de silicone. Na forma indireta se denominam as facetas de cerâmica ou porcelana, geralmente necessita de mais sessões e tempo laboratorial. Esta técnica é realizada fora da cavidade bucal, onde o profissional realiza o enceramento e escultura no modelo de trabalho (Demarco et al., 2013).

A resina composta na confecção de facetas dentais vem sendo muito indicada pelas qualidades que apresentam. Material com bom custo benefício, tempo de trabalho reduzido e fácil manutenção equiparado aos materiais cerâmicos (Araújo e Perdigão, 2021). Fechamento de diastema, dentes conoides, cáries extensas, alterações na coloração do dente, reconstrução da anatomia dentária, dentes acometidos por erosão e hipoplasia do esmalte são alterações onde o procedimento restaurador de facetas com resina composta pode ser uma ótima alternativa de tratamento. As facetas podem ser realizadas sem qualquer desgaste dentário em casos seletivos ou com desgaste minimamente invasivo, geralmente com a remoção apenas do tecido cariado preservando a estrutura sadia do dente (Khurana et al., 2018; Nahsan et al., 2012).

Maiores qualidades relacionadas às resinas compostas estão a resistência mecânica do material, fácil manipulação, lisura superficial adequada, radiopacidade, impede a formação de espaços, bom polimento, manutenção da restauração e durabilidade bucal, além de ser um material conservador e efetivo (Silva et al., 2022; Alves et al., 2022; Barbosa et al., 2021). A resina composta pode ser ainda utilizada em diversas formas terapêuticas como, em restaurações provisórias, coroas, inlay e onlay e fraturas dentárias devido ou não ao trauma (Ferracane, 2012).

As principais desvantagens ou falhas desse material restaurador são especificamente a maior vulnerabilidade a fraturas, alteração de cor pela pigmentação dos alimentos e manuseio da técnica e conhecimento do cirurgião-dentista (Gresnigt et al., 2021). Outros fatores que consideram ser uma dificuldade na confecção de facetas em dentes anteriores com resina composta podem-se dizer que a mordida topo a topo, mordida cruzada anterior, pacientes com gengivite, doença periodontal, dentes girovertidos, apinhamento ou dentes com grande destruição na sua estrutura fazem parte desse grupo (Campos et al., 2021; Freitas et al., 2021).

Alguns fatores como, manipulação do material restaurador, tamanho, forma, administração, fotopolimerização e habilidade adesiva dizem respeito sobre a durabilidade da restauração e facetas de resina composta, até mesmo fatores que envolvem o paciente pode influenciar como por exemplo, a sua força oclusal e alterações no pH bucal (Balkaya et al., 2019). Estudos afirmam que a atividade adesiva é um passo de extrema importância na resistência e conservação das restaurações, contudo, análises feitas em anos revelam que o brilho reduz e a cárie secundária pode surgir. O sistema de adesão pode também apresentar falhas com o passar do tempo levando em conta a experiência do profissional e o adequado manuseio do material (Gresnigt et al., 2012; Montagner et al., 2018).

Dito isto, cabe ao profissional dentista fazer uma minuciosa análise e planejamento dos casos clínicos para uma apropriada indicação das facetas em resina composta. Muitas são as vantagens desse material pela sua fácil manipulação, bom custo benefício, variedade de cores, menor tempo de trabalho entre outras, porém, cuidados quanto a adesividade, polimerização e espessura devem ser bem trabalhadas e respeitadas. A escolha correta da resina, cor e materiais auxiliares são um ponto chave para um procedimento restaurador de sucesso. A habilidade do cirurgião-dentista também é um papel importante, pois sua experiência clínica e manipulação do material torna o resultado final satisfatório e atende as expectativas do paciente.

Outra forma de reabilitação estética muito satisfatória são as facetas cerâmicas, ou seja, os laminados cerâmicos. Ele é um material restaurador muito utilizado na confecção de facetas dentais. As cerâmicas são indicadas basicamente pelos mesmos motivos ou situações que as facetas de resina composta como, alteração na anatomia do dente, diastemas, fraturas

entre outros fatores. Para esta forma reabilitadora se faz necessário um procedimento um pouco mais invasivo, visto que, os laminados precisam de uma espessura própria onde o dente sadio deve conter pelo menos 0,3-0,5mm de estrutura (Da Costa, 2016).

Os laminados cerâmicos são constituídos de materiais metálicos e não metálicos. Dentre os materiais metálicos estão as substâncias, lítio, dissilicato, alumínio, zircônia e outros componentes. Os não metálicos, oxigênio, silício, boro e flúor. Esse material pode ser classificado em fase cristalina, que pertence as características mecânicas e ópticas das cerâmicas e fase vítrea, onde demonstra aspectos relacionados a expansão térmica e viscosidade (Della Bona et al., 2004; Craig, 2004). As cerâmicas são altamente conhecidas por ser um material de elevado padrão e resistência. A permanência da cor, semelhança com os dentes naturais, predominância inferior relacionada a infiltrações e descolamentos são algumas das características vantajosas dessa técnica e material reabilitador (Mazarro et al., 2009; Garcia et al., 2011).

Uma classificação que pode gerar confusão diz respeito à cerâmica e a porcelana. A cerâmica é o conjunto de materiais e a porcelana é o tipo de cerâmica, sendo constituída grande parte por feldspato. As porcelanas são normalmente friáveis e por mais que, ao longo dos estudos foram adicionados cristais e óxidos para reforçar sua composição, esse material é contra indicado para pacientes que possuam atividades parafuncionais, caso contrário, é interessante que se tenha uma boa oclusão e dentes que não tenham um desalinhamento significativo para o uso eficaz do material de porcelana (Francci et al., 2011; Soares et al., 2012).

As cerâmicas podem apresentar diversas propriedades equivalentes como, biocompatibilidade, estabilidade de formato, aparência natural e conservação química tornando o material em uma opção considerável na escolha de certo tratamento reabilitador ou estético, cabendo ao profissional dentista analisar e avaliar a melhor terapêutica para o paciente, que possa ter maiores vantagens e prometa um tratamento de eficiência (Gomes et al., 2008).

3.4 Tratamento Reabilitador em Pacientes Bruxistas

Muito fala-se que um dos tratamentos para o bruxismo é a associação das placas oclusais com as facetas dentais diretas ou indiretas. Esta técnica tem sido muito utilizada como forma de maior preservação das estruturas dentárias e tem mostrado eficácia com o seu uso. Para isso, são realizados vários passos para se chegar a um resultado adequado para a particularidade do paciente. Com tudo, o bruxismo pode se apresentar de várias formas e em níveis diferentes de severidade e, por isso, a etapa do planejamento do caso é essencial.

Pacientes que apresentam um desgaste acentuado dos dentes, principalmente os incisivos centrais e laterais, podem comprometer também a estética do sorriso e isso pode até ser a queixa principal do paciente. Para compreender se o indivíduo pode ou não receber a conduta terapêutica por facetas sendo elas, direta ou não, é necessária uma anamnese a fim de avaliar qual o nível de alteração parafuncional, a higienização bucal do paciente, presença de doença periodontal ou gengivite, condição óssea e outros fatores considerados importantes.

Para a confecção de qualquer trabalho estético se faz necessário o exame clínico, exame radiográfico, odontograma e periograma, a fim de analisar a saúde dentária e periodontal do paciente. Vale lembrar que, em alguns casos o paciente precisa anteriormente de um tratamento ortodôntico para alinhamento dos dentes ou para situações de intrusão e extrusão, cirurgia gengival para aumento da coroa clínica ou clareamento dentário. Em pacientes que optam por uma reabilitação com facetas de resina composta o procedimento se inicia com a seleção da cor da resina que será trabalhada; profilaxia prévia; isolamento absoluto e desgaste dentário mínimo. O procedimento segue como uma restauração, prosseguindo com a aplicação do ácido fosfórico, primer e adesivo e fotopolimerização. Para reproduzir a primeira face da faceta, a face palatina do dente que será restaurado, faz-se um molde com silicone de condensação como guia e a resina é depositada em uma fina camada já sendo confeccionado o formato do dente nessa face. Com uma resina de corpo, esmalte e efeito, é confeccionada todo o resto da

faceta, respeitando a anatomia dentária, tamanho e espessura. O acabamento e polimento podem ser realizados com disco de lixa, brocas de acabamento e brocas em espiral para as faces vestibular, palatina, incisal e faces proximais para a retirada de excessos de resina, ajustar ligeiramente a anatomia e dar brilho (Neto, 2018).

O procedimento estético realizado por cerâmicas possui um reforço com as substâncias leucita e dissilicato de lítio que traz ainda mais resistência e atualmente desgastes com mínima intervenção (Altomani, 2013). A confecção dos laminados cerâmicos se dá primeiramente pela moldagem do paciente com alginato para a realização do enceramento diagnóstico e o mock-up, que consiste no resultado prévio onde o paciente prova as facetas durante um determinado tempo e faz observações para na próxima consulta realizar as devidas modificações das facetas cerâmicas que serão as definitivas (Lima, 2018).

Para dar andamento ao procedimento, após ser realizado o mock-up, dependendo do caso, os dentes passam por alguns desgastes afim de assentar melhor os novos elementos dentários que serão instalados. Como na confecção das facetas com resina, as cerâmicas também necessitam de seleção de cor. Após cerâmicas prontas para a instalação é realizado o condicionamento ácido com ácido fluorídrico e ácido fosfórico na região interna. O silano também é utilizado como agente de união entre as lentes de cerâmica e os dentes naturais. Na superfície dentária, se efetua profilaxia prévia, ácido, adesivo e fotopolimerização. Após esses processos, as lentes de cerâmicas são instaladas com cimento resinoso e o ajuste oclusal é feito com papel carbono (Lima, 2018).

Após ser realizado o procedimento com as facetas o paciente retorna ao consultório para efetuar uma nova moldagem a ser confeccionada as placas, sendo realizado ajustes oclusais e internos no mesmo. O paciente é orientado acerca dos cuidados, utilização correta do aparelho interoclusal e a conservação das lentes instaladas (Lima, 2018). Com a associação das facetas dentais, as placas oclusais podem ser utilizadas como material a mais para proteção das estruturas dentárias e também das facetas dentais evitando assim, que fraturas possam ocorrer e os desgastes sejam amenizados, dito isso, a confecção dos aparelhos interoclusais se dá a partir da necessidade do paciente para que seja devolvida a dimensão vertical, estética e função.

4. Discussão

4.1 Bruxismo

O bruxismo é uma alteração parafuncional que dependendo da sua severidade causa desgastes dentários excessivos, dores de cabeça e dores articulares. Ele é conhecido por movimentos de apertamento e ranger de dentes que podem ocorrer durante o dia ou pela noite. É chamado ainda de bruxismo diurno ou bruxismo noturno. O paciente que apresenta o bruxismo diurno, geralmente sofre de apertamento, pois é uma forma de descarregar a tensão e o estresse diário e o indivíduo que possui o bruxismo noturno, na maioria dos casos é percebido pelo parceiro do paciente e pode ocorrer movimentos de apertamento e ranger de dentes. Esses movimentos podem durar minutos e sua força é bastante elevada em relação a atividade funcional normal (Tan et al., 2000; Lavigne et al., 2000; Shetty, 2010; Okeson, 1992).

Apesar de não ter uma origem certa, através de estudos, o bruxismo pode ser oriundo da ansiedade, estresse, uso de drogas, cafeína e outros fatores. É sabido também que o neurotransmissor, dopamina, tem um papel importante nessa alteração parafuncional. Estudos afirmam que, quando há modificação em seu grau, percebe-se sinais naturais do bruxismo. Os danos orais causados por essa alteração podem se resumir em problemas periodontais como, retração gengival, reabsorção óssea; alterações articulares como, os estalidos; alteração dos músculos mastigatórios causando a hipertonicidade muscular entre outros sintomas (Ahlberg et al., 2004; Rang et al., 2001; Arnold, 1981; Thompson et al., 1994; Teixeira et al., 1994; Berlim, 1961; Maciel, 1996; Attanasio, 1997).

Sabe-se que, o bruxismo é uma condição que não dispõe de cura. O indivíduo que sofre com tal parafunção, busca por alternativas de aliviar os sintomas causados pela alteração. Existe atualmente diversas condutas que podem auxiliar no desaparecimento da dor, porém, é temporário ou o paciente precisa fazer uso contínuo da conduta recomendada. Formas

terapêuticas como, a higiene do sono é uma alternativa bastante eficaz na redução dos hábitos do bruxismo durante a noite. A acupuntura, exercícios de relaxamento e atividades físicas, são outros métodos na ajuda da parafunção. O uso de medicamentos pode ser aplicado em casos severos, contudo, o seu efeito permanece apenas quando o paciente está em constante manipulação, podendo correr riscos de dependência (Mazzetto et al., 1995; Ingrassia Tonelli et al., 2005; Pereira et al., 2006; Muller et al., 1982; Montgomery, 1986; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

4.2 Placas Oclusais

As placas oclusais vieram com o intuito de reduzir o atrito dentário que o bruxismo pode causar, seja ele, por movimentos de apertamento ou o ranger de dentes, no entanto, esses dispositivos precisam ser bem recomendados levando em conta a sua diversidade e funções diferentes para cada caso. Vale salientar que as placas oclusais não servem como cura para o bruxismo, e sim, uma conduta que pode aliviar a sintomatologia dolorosa, auxiliar numa mordida mais funcional e força muscular equilibrada (Portero et al., 2009).

Os dispositivos interoclusais são confeccionados com material de acrílico rígido, chamada de placa convencional rígida ou placa de estabilização. São as mais utilizadas e indicadas para aumento da dimensão vertical. Existe também os dispositivos resilientes que, são produzidos de forma que fique flexível na cavidade oral contudo, pode aumentar as contraturas musculares e com o passar do tempo perder sua flexibilidade. Outros diversos tipos de placas podem ser encontrados como, placa de posicionamento anterior, placas de mordida anterior e mordida posterior. Podem ser posicionadas tanto na arcada superior quanto na arcada inferior e servem basicamente para melhorar o funcionamento da ATM e ajustar a dimensão vertical perdida (Gray & Davies, 2001; Alencar Junior et al., 2007; Mazzetto et al., 2009; Saavedra et al., 2012; Dekon et al., 2007; Gámez et al., 2013; Okeson, 2013; André et al., 2011).

4.3 Facetas e Laminados Cerâmicos

A estética atualmente tem sido uma das áreas mais cobçadas pelos pacientes. A busca por dentes brancos e harmônicos vem cada vez mais crescendo e o estudo sobre materiais restauradores aumentando depositando altas expectativas por um sorriso perfeito que traga confiança e personalidade. Apesar do avanço da odontologia alguns hábitos alimentares e deletérios continuam trazendo danos ao elemento dentário. A doença cárie é um dos principais fatores que se leva ao procedimento restaurador, no entanto, lesões não cariosas de abfração, erosão, atrição e abrasão podem também comprometer o dente de forma considerável necessitando de tratamento com os materiais restauradores, resina composta ou cerâmicas (Josic et al., 2021; Santos et al., 2016).

As facetas dentais são hoje um marco na odontologia moderna sendo definidas como um revestimento vestibular com o devido material restaurador sobre o dente e pode ser realizado de forma direta ou indireta. A forma direta é geralmente confeccionada com a resina composta e em sessão única, já a forma indireta, se faz necessário uso laboratorial geralmente utilizando material cerâmico e é realizada em mais de uma sessão. Esses materiais carregam grandes vantagens na estética do sorriso, no entanto uma série de fatores precisam ser analisados para uma correta indicação (Demarco et al., 2013).

A resina composta na produção de facetas dentais é, em sua maioria, utilizada para fechamento de diastemas, dentes conoides, hipoplasia do esmalte, reanatomização, alteração de cor dentária entre outros. É aplicada também para restaurações provisórias, coroas, fraturas dentárias, inlay e onlay. Esse material traz como vantagens um bom custo benefício, menor tempo de trabalho, oportunidade de manutenção, bom polimento e brilho e desgaste minimamente invasivo. A faceta de resina composta pode encontrar dificuldade para a sua confecção em pacientes que possuam mordida topo a topo, mordida cruzada anterior, dentes apinhados, doença periodontal, gengivite ou dentes com perda considerável na sua estrutura (Araújo & Perdigão, 2021; Khurana et al., 2018; Nahsan et al., 2012; Ferracane, 2012; Campos et al., 2021; Freitas et al., 2021).

Os laminados cerâmicos são outra forma de reabilitação estética podendo se apresentar com configuração metálica e não-metálica. Sendo a metálica formada por dissilicato, lítio, zircônia e outros componentes e a não metálica por boro, oxigênio, flúor e silício. Podem ainda possuir uma fase cristalina que diz respeito à características mecânicas e ópticas e a fase vítrea que está relacionada à expansão térmica e a viscosidade. É um material de durabilidade avançada, possui estabilidade de cor e traz grande resistência, porém, o seu custo benefício é elevado e o seu tempo de trabalho maior (Della Bona et al., 2004; Craig, 2004; Mazarro et al., 2009; Garcia et al., 2011).

As cerâmicas possuem um reforço das substâncias leucita e dissilicato de lítio e com isso trazem qualidades como, biocompatibilidade, preservação de formato, rejeição a fraturas e semelhança aos dentes naturais que pode tornar os laminados uma ótima escolha na decisão de um tratamento reabilitador. Esse material é contra indicado para pacientes com gengivite, mordida cruzada anterior, doença periodontal e outros fatores. A porcelana é um material também utilizado na reabilitação estética do sorriso, porém é um elemento friável que não é indicado para indivíduos que possuam hábitos parafuncionais pois correm risco de fraturas (Altomani, 2013; Gomes et al., 2008; Francci et al., 2011; Soares et al., 2012).

Fatores como, manipulação do material restaurador, forma, tamanho, espessura, adesão, fotopolimerização e manuseio do profissional, são de extrema importância para um resultado de sucesso. Estudos afirmam que a adesão é um dos pontos principais para uma reabilitação por facetas ter resistência e conservação, considerando que com o passar o tempo pode apresentar falhas e, por isso, a manutenção desse procedimento é de grande significância. Dito isso, é imprescindível uma correta avaliação e planejamento do caso, tendo em vista que, a correta administração do profissional com o material se faz importante para um procedimento restaurador estético ter um resultado satisfatório e atenda as expectativas do paciente (Balkaya et al., 2019; Gresnigt et al., 2012; Montagner et al., 2018).

4.4 Tratamento Reabilitador em Pacientes Bruxistas

A associação das placas oclusais com as facetas dentais tem sido utilizada com o objetivo de maior preservação e proteção das estruturas dentárias evitando que ocorram fraturas, desgastes e danos aos tecidos moles da cavidade oral. É uma forma eficaz que pode diminuir os sintomas causados pelo bruxismo e uma alternativa positiva capaz devolver a função mastigatória e a estética do paciente que foram perdidas com a alteração parafuncional. A orientação sobre a conservação das facetas e o devido uso dos aparelhos interoclusais é de extrema importância para um tratamento duradouro e sem grandes intervenções futuras.

5. Considerações Finais

Pacientes que apresentam bruxismo seja ele, diurno ou noturno, merecem atenção especial e condutas que possam trazer alívio dos sintomas incomodativos. A terapia por placas oclusais somente nem sempre traz grandes benefícios levando em consideração aos danos apresentados com o mal uso, mas sim, uma conduta de prática multidisciplinar. A associação das facetas de resina composta ou os laminados cerâmicos com os aparelhos interoclusais desenvolvido no presente trabalho, podem oferecer vantagens significantes quanto a diminuição sintomatológica, correção da dimensão vertical, função mastigatória e estética do paciente. O acompanhamento e manutenção do trabalho estético e funcional do profissional é imprescindível estando relacionado também a orientação e preservação das facetas e da placa oclusal.

Com tudo, faz-se necessário análises futuras que abordem os benefícios dessa associação, assim como, estudos atualizados sobre a alteração parafuncional mais acometida ao longo dos anos. Considerando a carência de trabalhos a respeito do tema debatido, recomenda-se que seja realizado análises científicas a fim de desenvolver artigos que possam contribuir de forma significativa no conhecimento do estudo apresentado.

Referências

- Albino, V. M., & Santos, A. C. M. (2022). Facetas em Reabilitação Oral: Quando Indicar Resina ou Porcelana? *Revisão de Literatura*. 2022. 2-6 p. <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/770>
- Araújo, V. M. (2019). Reabilitação estética e funcional do sorriso: uma abordagem de mínima invasividade. 2019. 23 – 25p. Trabalho de Conclusão de Curso. <https://bdm.unb.br/handle/10483/27330>
- Campos, A. C. I., Mendes, N. S. (2019). Laminados Cerâmicos, Indicações e Contradições: *Revisão de Literatura*. 2019. 12-16 p. Universidade de Taubaté. http://repositorio.unitau.br/jspui/bitstream/20.500.11874/1204/1/Amanda%20Cristina%20Inacio%20de%20Campos_Nicol%20dos%20Santos%20Mendes%201.pdf
- Elgaly, L. N., Fernandes, S. F., Meira, G. F., & Souza, G. C. (2023). Reabilitação Estética e Funcional com Laminados Cerâmicos: Relato de Caso. 2023. 89-102 p. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BASR/article/view/56367>
- Fernandes, H. G. K., Silva, R., Marinho, M. A. S., Oliveira, P. O. S., Silva, R., Ribeiro, J. C. R., & Moysés, M. R. (2014). Evolução da Resina Composta: *Revisão de Literatura*. 2014. 402-407 p. <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1465>
- Gama, E. (2013). *Bruxismo: Uma Revisão de Literatura*. 2013. 17-21 p. <https://revista.saojose.br/index.php/cafsj/article/view/2>
- Junges, J., & Freitas, I. A. C. (2022). Lentes de Contato Dental com Finalidade de Restabelecimento Funcional: Relato de Caso Clínico. 2022. 712-718 p. Relato de Caso Clínico. <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/2443>
- Lima, D. A. B. (2015). Placas Oclusais: Revisão de Literatura. 2019. 07 – 16 p. Revisão de Literatura (Especialização em Prótese Dentária) - Bahiana Escola de Medicina e Saúde Pública. <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/760/1/TCC%20Danilo.pdf>
- Lima, K. S. (2018). Reabilitação Estética com Lentes de Contato em Paciente com Desgaste Dentário Extrínseco. 2018. 18 – 33p. Trabalho de Conclusão de Curso. Reabilitação estética com lentes de contato em paciente com desgaste dentário extrínseco (unesp.br)
- Lima, S. C. (2019). *Laminados Cerâmicos e Bruxismo: Relato de Caso Clínico*. 2019. 2-3p. Relato de Caso. <https://revistaelectronica.fab.mil.br/index.php/reoar/article/view/156>
- Marques, M. J. I. F., & Cardoso, M. E. P. (2021). *Longevidade das Facetas Diretas em Resina Composta*. 2021. 12 – 19 p. Trabalho de Conclusão de Curso. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/41667>
- Martins, J. M. F. F. (2017). Lentes de Contato para Correção Estética. 2017. 9-27 p. Relato de Caso (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Estadual Paulista. https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UNSP_9ae780be66c898b0ff4424c043c9cb8b
- Neto, C. L. M., Vieira, A. M., Bispo, C. G. C., Mondelli, J., Sábio, S., & Sábio, S. S. (2018). *Recuperando Guia Incisal de um Paciente com Bruxismo – Relato de Caso*. 2018. 268-270 p. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101943552018000400008
- Pereira, R. P. A., Negreiros, W. A., Scarparo, H. C., Pigozzo, M. N., Consani, R. L. X., & Mesquita, M. F. (2006). *Bruxismo e Qualidade de Vida*. 2006. 186-189 p. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/view/1071>
- Pestana, S. C. N. (2014). *Bruxismo: da Etiologia ao Diagnóstico*. 2014. 2-24 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25491/1/ulfmd02971_tm_Sara_Pestana.pdf
- Portero, P. P., Kern, R., Kusma, S. Z., & Grau-Grullón, P. (2009). *Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM)*. 2009. 36-38p. <https://herrero.com.br/files/revista/fileb5e3973b7f4f21920c93add6d1853fb.pdf>
- Rachor, J. (2017). Lentes de Contato Dentais: Reabilitação Estética com Mínima Intervenção. 2017. 12-16. Monografia (Especialização em Dentística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/199471>
- Rodrigues, C. K., Ditterich, R. G., Shintcovsk, R. L., & Tanaka, O. (2006). *Bruxismo: uma Revisão de Literatura*. 2006. 14-17. Revisão de Literatura. <https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/435>
- Silva, A. P. S., Oliveira, K. R., Junior, S. H. P., Santos, T. N., & Springer, C. R. A. (2022). Facetas diretas em resina composta: benefícios, indicações e contra indicações. 2022. 2-8. https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/24171/1/Revis%C3%A3o%20de%20literatura%20Facetas%20diretas%20em%20resina%20composta_%20Beneficios%20C%20indica%C3%A7%C3%B5es%20e%20contra%20indica%C3%A7%C3%A3oes.docx.pdf
- Steurer, R., Silva, H. V., Linden, M. S. S., Trentin, M. S., Miyagaki, D. C., & Carli, J. P. (2018). Uso de Placas Oclusais como Tratamento de Alterações no Sistema *Estomatognático*. 722-724. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2018_art_18.pdf