

Reabilitação oral bimaxilar com próteses fixas do tipo protocolo em paciente bruxista: Relato de caso.

Bimaxillary oral rehabilitation with protocol-type fixed prostheses in a bruxist patient: Case report.

Marlon Rosin¹; Eduarda Letícia Pagliosa¹; Júlia Calvo Nunes¹; Katyeli Regina Boufleuher Foltz¹; Letícia Silva Vianna¹; Livia Moro Torres¹; Lucas Coser¹; Marieli Poncio de Oliveira²; Fabiana Scarparo Naufel³; Rolando Plumer Pezzini⁴

Resumo

A reabilitação oral de pacientes totalmente edêntulos é um desafio para o cirurgião-dentista. Nesses casos, as próteses fixas implantossuportadas representam o “padrão-ouro” nos tratamentos reabilitadores por devolverem de maneira eficiente a mastigação, fonação e a estética facial, proporcionando conforto, estabilidade e segurança. Paciente do sexo feminino, 60 anos, em bom estado de saúde geral, apresentou insatisfação estética e funcional com próteses tipo protocolo metaloplásticas. No exame, observaram-se desgastes, estética deficiente e dificuldade de higienização. Após avaliação clínica e radiográfica, optou-se pela confecção de novas próteses fixas superiores e inferiores sobre implantes, com recobrimento em resina acrílica. Realizou-se moldagem com transferentes de moldeira aberta e silicone de adição, seguindo o protocolo de seccionamento e união da esplintagem entre os transferentes. As bases de prova foram ajustadas quanto à dimensão vertical e parâmetros estéticos, sendo registrados com arco facial e silicone de mordida. Após prova funcional e estética, as próteses foram acrilizadas e instaladas. Em conjunto, uma placa protetora foi confeccionada e entregue à paciente para o controle do bruxismo. O presente trabalho descreve o processo de reabilitação oral envolvendo a substituição de próteses do tipo protocolo, destacando a importância da correta adaptação, estética e função. A relevância do estudo se dá por descrever as etapas do tratamento de forma clara e objetiva, apresentando resultados satisfatórios nos quesitos de conforto, estética e funcionalidade.

Palavras-chave: Reabilitação bucal. Prótese dentária fixada por implante. Oclusão

Abstract

¹Discente do Curso Superior de Residência em Reabilitação Oral - Prótese e Dentística da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: odonto.rosin@hotmail.com

²Discente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: marieli.oliveira@unioeste.br

³Docente do Curso Superior de Residência em Reabilitação Oral - Prótese e Dentística da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Doutora em Dentística (PPGO/FOUSP). E-mail: fabiana.naufel@unioeste.br

⁴Docente do Curso Superior de Residência em Reabilitação Oral - Prótese e Dentística da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Doutor em Prótese Dentária (PPGO/ULBRA). E-mail: rolando.pezzini@unioeste.br

The oral rehabilitation of completely edentulous patients is a challenge for the dentist. In these cases, fixed implant-supported prostheses represent the "gold standard" in rehabilitative treatments as they efficiently restore chewing, phonation, and facial esthetics, providing comfort, stability, and security. Female patient, 60 years old, in good general health, presented esthetic and functional dissatisfaction with metal-plastic protocol-type prostheses. Upon examination, wear, deficient esthetics, and difficulty in hygiene were observed. After clinical and radiographic evaluation, it was decided to fabricate new fixed upper and lower prostheses on implants, with acrylic resin covering. Impression was taken using open tray transfer and addition silicone, following the sectioning and splinting protocol between the transfer copings. The trial bases were adjusted for vertical dimension, and esthetic parameters, being recorded with a facebow and bite silicone. After functional and esthetic testing, the prostheses were acrylicized and installed. Together, a protective plate was made and given to the patient for bruxism control. The present work describes the oral rehabilitation process involving the replacement of protocol-type prostheses, highlighting the importance of correct adaptation, aesthetics, and function. The relevance of the study lies in describing the treatment stages clearly and objectively, presenting satisfactory results in terms of comfort, esthetics, and functionality.

Keywords: Oral rehabilitation. Implant-supported dental prosthesis. Occlusion.

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo total constitui um relevante problema de saúde pública, uma vez que a ausência completa dos dentes compromete funções essenciais, como a mastigação e a fonação, além de alterar a dimensão vertical e prejudicar a estética facial. Essa condição pode acarretar impactos nutricionais e psicológicos significativos, afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (Fernandes et al., 2022).

A introdução dos implantes osseointegrados representou um marco na reabilitação de pacientes parcial ou totalmente edêntulos. Em arcos totalmente desdentados, os implantes possibilitaram a confecção de próteses com desempenho superior às próteses mucossuportadas, tradicionalmente associadas à baixa retenção e estabilidade (Rocha et al., 2013).

Entre as modalidades reabilitadoras disponíveis, a prótese fixa implanto-suportada destaca-se como o padrão ouro, por restabelecer de forma eficiente a mastigação, a fonação e a estética facial, proporcionando maior conforto, estabilidade e segurança ao paciente (Rocha et al., 2013; Grings, 2018; Fernandes et al., 2022; Silva et al., 2023; Carvalho et al., 2024; Gomes et al., 2024; Mackert et al., 2024). Diferentes combinações de materiais podem ser utilizadas na confecção dessas próteses (Fernandes et al., 2022).

O bruxismo é uma condição que afeta a dinâmica de transmissão de forças. Pacientes bruxômanos podem exercer uma força mastigatória seis vezes superior àquela observada em condições fisiológicas normais, o que aumenta o risco de falhas mecânicas nas próteses. Diante disso, o paciente deve ser informado sobre os potenciais riscos e que seja

confeccionado um dispositivo protetor inter oclusal para minimizar a sobrecarga sobre os implantes e as estruturas (Discacciati et al.,2020).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de substituição de próteses totais fixas metaloplásticas bimaxilares, abordando o planejamento, a execução e os resultados obtidos. A relevância deste estudo está na contribuição para a prática clínica da Odontologia reabilitadora, ao apresentar um fluxo de trabalho reproduzível e aplicável a casos de substituição de próteses tipo protocolo duplo.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta um relato de caso. Para fundamentar o estudo, foi feita uma revisão de literatura, com o objetivo de organizar, resumir e embasar o conteúdo do relato de caso.

Uma busca literária foi realizada, no período de outubro de 2025 a dezembro de 2025, abrangendo os estudos publicados nos últimos 15 anos nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: "prótese do tipo protocolo"; "protocolo Branemark"; "bruxismo" e "oclusão". Como critérios de exclusão, consideraram-se artigos fora do período estabelecido, que não tinham relação com o tema, além de trabalhos repetidos ou duplicados nas diferentes fontes. As informações coletadas foram organizadas de forma a resumir o conhecimento sobre o assunto. Avaliou-se os títulos e resumos dos estudos encontrados. Apenas artigos publicados em inglês, espanhol e português foram incluídos.

A permissão da paciente para exposição deste caso e demais informações está documentada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que a paciente assinou e foi apresentado a ela previamente ao início do tratamento.

3 RELATO DE CASO

Paciente M.M, sexo feminino, 60 anos, procurou por atendimento odontológico no programa de Residência em Reabilitação Oral – Prótese Dentária e Dentística Restauradora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. A paciente relatou como queixa estar insatisfeita com o par de próteses do tipo protocolo que possuía a aproximadamente 8 anos. Outra queixa referida consistia na sensação de os dentes estarem menores atualmente. Na anamnese, observou-se que a paciente se encontrava em bom estado de saúde geral, não apresentando

nenhuma desordem sistêmica. No exame físico, comprovou-se que a prótese apresentava desgastes do próprio tempo de uso, estética deficiente, ausência de perfil de emergência correto dificultando a higienização (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Aspecto intra bucal inicial. A) Vista frontal. B) Oclusal superior. C) Oclusal inferior.



Fonte: Autoria própria (2026).

Figura 2. Vistas frontal, oclusal e inferior das próteses do tipo protocolo. (A-C) Protocolo Superior. (D-F) Protocolo Inferior.



Figura 3. Radiografia panorâmica inicial



Fonte: Autoria própria (2026).

das próteses superior e inferior, sendo que o material de recobrimento da infra-estrutura metálica poderia ser cerâmico ou resina acrílica. Radiograficamente a prótese superior apresentava-se com boa adaptação, enquanto a inferior não estava completamente adaptada sobre os intermediários (Figura 3). Os implantes apresentavam inserção óssea adequada, com um implante superior sepultado e tecidos peri-implantares satisfatórios (Figura 4). Na prótese inferior, na região desadaptada, foi feita uma adaptação e instalado um mini pilar rotacional (Kopp Sistema de Implante Dental, Curitiba, Brasil), com o objetivo de utilizar o implante na nova prótese.

4 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Figura 4. A) Mini pilares sobre os implantes. A) Maxila. B) Mandíbula



Fonte: Autoria própria (2026).

Para o procedimento de moldagem foram utilizados transferentes para moldeira aberta (Kopp Sistema de Implante Dental, Curitiba, Brasil), moldeiras plásticas perfuradas (Maquira Indústria de Produtos Odontológicos Ltda, Maringá, Brasil) e silicone de adição (President, Coltene, Altstätten, Suíça). Primeiramente, os transferentes foram parafusados aos mini pilares. Uma rede com fio dental foi confeccionada, proporcionando uma estrutura de sustentação para que a resina acrílica fosse acomodada. Optou-se por utilizar resina acrílica fotopolimerizável (Evolay Gel, Evoden, Pirassununga, Brasil) para a união dos transferentes. Com o objetivo de diminuir a contração de polimerização e evitar distorções no modelo de trabalho, a estrutura acrílica foi seccionada e novamente unida com resina acrílica fotopolimerizável, anteriormente à moldagem propriamente dita.

Após a polimerização da resina, a silicona fluida foi injetada em volta dos transferentes e sobre rebordo com pistola de auto mistura, e simultaneamente à moldeira carregada com a massa densa da silicona foi posicionada na arcada de maneira a expor todos os parafusos dos transferentes. Após a polimerização do material de moldagem, os transferentes foram desaparafusados e todo o conjunto (moldeira, material de moldagem e transferentes) foi removido e enviado ao laboratório. O processo de moldagem do arco superior e inferior pode ser observado na Figura 5 e 6, respectivamente

Figura 5. Procedimento clínico de moldagem do arco superior. A) Transferentes posicionados e estrutura seccionada. B) Estrutura unida e estabilizada após reconexão. C) Molde final.



Fonte: Autoria própria (2026).

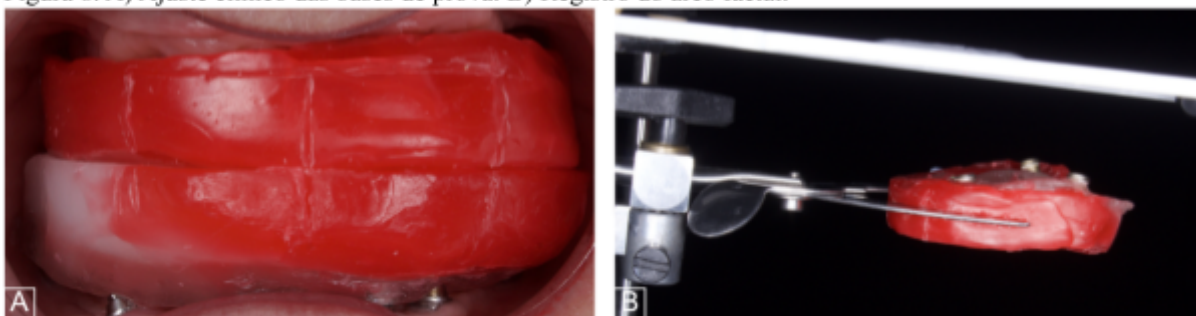
Figura 6. Procedimento clínico de moldagem do arco inferior. A) Transferentes posicionados e estrutura seccionada. B) Estrutura unida e estabilizada após reconexão. C) Molde final.



Fonte: Autoria própria (2026).

Solicitou-se ao laboratório duas bases de prova parafusadas, que foram ajustadas clinicamente em relação aos seguintes critérios: suporte labial, altura do plano superior, corredor bucal, linha média, linha dos caninos, linha alta do sorriso, dimensão vertical de oclusão e relação central. Após os ajustes, o arco facial da paciente foi tomado por meio da utilização do garfo para desdentado em conjunto com o rodete superior (Figura 8). O registro de mordida foi obtido por meio da confecção de um entalhe na base de prova inferior e a interposição de silicone de mordida (Silic-One Bite Registration, FGM Dental Group, Joinville, Brasil) e foi solicitado a paciente para ocluir. Todo o conjunto foi enviado para o laboratório.

Figura 8. A) Ajuste clínico das bases de prova. B) Registro do arco facial.



Fonte: Autoria própria (2026).

A partir dos ajustes realizados, em laboratório foram selecionados os dentes artificiais (SR Vivodent e SR Orthotyp, Ivoclar, Schaan, Liechtenstein) e os modelos montados em articulador semi-ajustável modelo 4000 (Bioart, São Carlos, Brasil). A próxima etapa consistiu na prova estética e funcional dos dentes em cera (Figura 9). Após a aprovação clínica, as bases de provas foram enviadas novamente ao laboratório, reposicionadas nos respectivos modelos e confeccionadas muralhas com silicone de condensação (Zetalabor, Zhermack SpA, Badia Polesine, Italia). Essas muralhas serviram como referenciais vestibular, lingual/palatino e oclusal para a escultura das barras metálicas, dessa forma preservou-se os espaços para os dentes artificiais e a resina acrílica da base.

Figura 9. Prova estética e funcional dos dentes em cera.



Fonte: Autoria própria (2026).

Na prova clínica das barras metálicas avaliou-se a adaptação aos mini pilares e sobretudo, o assentamento passivo (Figura 10). Os parafusos foram colocados de maneira alternada, lados direito e esquerdo, de posterior para anterior. O assentamento passivo foi confirmado, não sendo necessário nenhuma segmentação/secção nas estruturas metálicas.

Figura 10. Prova clínica das barras metálicas. A) Maxila. B) Mandíbula.



Fonte: Autoria própria (2026).

A partir da muralha de silicone os dentes foram transferidos para a respectiva barra metálica. Em seguida foi realizada uma nova prova funcional, estética e fonética dos dentes em cera, agora com as barras metálicas inclusas. Ao final foi solicitado a paciente que fizesse sua própria avaliação. Com a aprovação, seguiu-se com o pedido de acrilização das próteses.

Após a acrilização, as próteses foram instaladas (Figura 11). Ajustes oclusais não foram necessários. O torque inicial dos parafusos protéticos foi dado manualmente e o torque final foi realizado com o auxílio de uma catraca de torque, sendo 15N em cada parafuso.

Figura 11. Próteses acrilizadas. A) Maxila. B) Mandíbula.



Fonte: Autoria própria (2026).

Os parafusos foram protegidos com fita de politetrafluoretileno (Tigre S/A, Joinville, Brasil) e com material restaurador provisório (Bioplic, Biodinâmica Química e Farmacêutica LTDA, Ibiporã, Brasil). Ao final do atendimento, a paciente recebeu as orientações quanto aos cuidados e manutenções das próteses. O resultado final é demonstrado na Figura 12.

Figura 12. Resultado final.



Fonte: Autoria própria (2026).

Uma placa miorreloxante foi confeccionada e instalada com o objetivo de auxiliar no controle do bruxismo (Figura 13). A paciente recebeu orientações quanto à real função do dispositivo em promover a distribuição equilibrada das cargas oclusais decorrentes do bruxismo. A instalação e entrega se deu passados 60 dias da entrega das próteses por motivos logísticos.

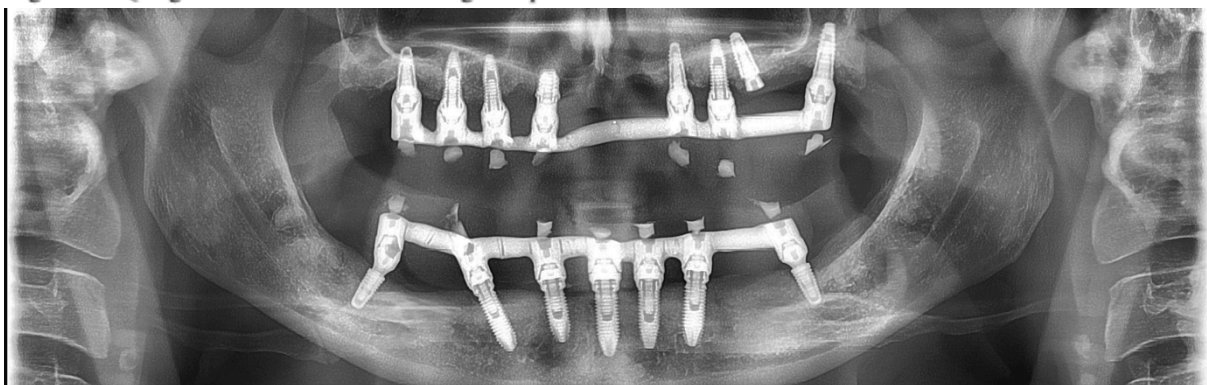
Figura 13. Placa miorreloxante instalada.



Fonte: Autoria própria (2026).

Após 60 dias, realizou-se o retorno clínico para avaliação dos tecidos moles e sua adaptação às próteses. Observou-se que os tecidos se apresentavam saudáveis e a paciente relatou maior conforto muscular facial de forma geral. Procedeu-se ao reforço das instruções de higiene da prótese inferior e à substituição do material de acesso aos parafusos protéticos, removendo-se o material provisório e substituindo-o por resina composta (Opus Bulk Fill, FGM Dental Group, Joinville, Brasil). As fitas de teflon também foram substituídas por novas antes da colocação da resina compostas. Uma nova radiografia panorâmica foi solicitada para avaliação radiográfica complementar do tratamento finalizado (Figura 14). A Figura 15 demonstra, em vista frontal, a comparação extraoral entre as próteses antigas e as novas.

Figura SEQ Figura * ARABIC 14. Radiografia panorâmica final.



Fonte: Autoria própria (2026).

Figura 15. Comparativo. A) Próteses antigas. B) Próteses novas.



Fonte: Autoria própria (2026).

4 DISCUSSÃO

O edentulismo total é caracterizado pela ausência de dentes na cavidade bucal, condição decorrente de fatores biológicos, comportamentais e psicossociais. Trata-se de um problema de saúde pública relevante, pois impacta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, comprometendo funções mastigatórias e fonéticas, além de afetar a nutrição, a estética e a autoestima, com repercussões psicossociais significativas (Alves et al., 2017; Carvalho et al., 2024). Dessa forma, a reabilitação oral de pacientes edêntulos deve ir além dos aspectos técnicos, contemplando também condições de higiene, fatores psicológicos e elementos fisiopatológicos (Grings, 2018).

No contexto da reabilitação implanto-suportada, a moldagem desempenha papel essencial, pois os modelos obtidos devem reproduzir fielmente os tecidos orais e a posição tridimensional dos implantes. Moldagens inadequadas podem resultar em desconfortos, favorecendo complicações mecânicas, como afrouxamento ou fratura de parafusos, fratura de implantes e má-oclusão (Agarwal, Ashok e Maiti, 2020; Rocha, Costa e Dietrich, 2021). Assim, a precisão da moldagem constitui a primeira etapa para alcançar a adaptação passiva (Agarwal, Ashok e Maiti, 2020). Entre as técnicas disponíveis, destaca-se a moldagem com moldeira aberta, que permite a remoção simultânea dos transferentes, aumentando a confiabilidade do registro e possibilitando sua união com resina acrílica — recurso especialmente útil em casos com múltiplos implantes e/ou divergentes (Da Silva et al., 2024).

O uso de intermediários é recomendado em próteses do tipo protocolo, pois contribui para melhor distribuição das tensões mastigatórias (Melo Neto et al., 2015). Mini pilares cônicos favorecem a correção de angulações e proporcionam melhor assentamento da

infraestrutura devido ao seu formato anatômico (Melo Neto et al., 2016). A obtenção da adaptação passiva — definida como o contato máximo entre a estrutura metálica e os pilares ou implantes sem geração de tensões — é fundamental para a longevidade das próteses, sendo o afrouxamento de parafusos a complicação mais comum quando essa passividade não é alcançada (De Martino, 2016; Da Silva et al., 2024). Mesmo forças mastigatórias fisiológicas podem comprometer a reabilitação na ausência de passividade (Melo Neto et al., 2015; De Martino, 2016).

As próteses fixas do tipo protocolo podem apresentar recobrimento em cerâmica ou resina acrílica (Silva et al., 2023). As próteses metaloplásticas (associação de metal com resina acrílica) são amplamente empregadas devido ao seu custo de fabricação relativamente reduzido, além de apresentarem maior facilidade de reparo. No entanto, apresentam algumas desvantagens, como maior propensão a lascamentos, desgaste superficial e dificuldades na seleção e manutenção da cor, o que pode comprometer a longevidade e a estética da reabilitação (Barootchi et al., 2020; Fernandes et al., 2022). No presente caso relatado o fator custo foi determinante para a seleção do material de cobertura, ainda que a paciente tenha sido esclarecida a respeito dos prós e contras da escolha da resina acrílica.

Quanto à infraestrutura, as opções incluem liga metálica ou zircônia (Silva et al., 2023). Neste trabalho, utilizou-se uma infraestrutura metálica obtida por fundição convencional associada com dentes de estoque em resina acrílica fresada. Ressalta-se que a combinação (metal/acrílico) apresenta histórico de sucesso há mais de 30 anos, sendo amplamente empregada desde quando Brånemark relatou taxas de sucesso superiores a 97% após 15 anos (Priest et al., 2014).

No que diz respeito ao desenho protético, recomenda-se a presença de contatos pontuais próximos ao centro do implante e cúspides reduzidas para minimizar forças transversais. A resina acrílica, embora menos resistente que materiais cerâmicos, contribui para absorver impactos mastigatórios (Da Silva, 2019).

As próteses totais fixas implantossuportadas apresentam eficiência mastigatória superior à das próteses convencionais uma vez que necessitam de menores ciclos de mastigação, proporcionam uma mastigação com uma amplitude maior e possibilitam maior força oclusal no mastigar, proporcionando melhora na eficiência mastigatória (Jasser et al., 2019).

O domínio dos princípios de oclusão é essencial para o sucesso das reabilitações orais, pois permite distribuir corretamente os contatos e estabelecer guias de desocclusão eficientes. A remoção de contatos prematuros e interferências oclusais reduz a sobrecarga sobre os

componentes protéticos, especialmente em pacientes com parafunções, nos quais o risco de falhas em próteses sobre implantes é maior. Nesse sentido, o padrão oclusal é um dos principais fatores no que se refere a longevidade das reabilitações implantossuportadas (Rocha, Grangeiro e Figueiredo, 2018; Discacciati et al., 2020).

Diferentemente da dentição natural, os implantes não possuem um sistema de amortecimento para a carga oclusal, o estresse oclusal é transmitido totalmente da prótese/implante para o osso. As cargas oclusais correspondem a uma das principais causas das complicações biomecânicas relacionadas as falhas no tratamento protético sobre implantes. Caso a força seja maior que a capacidade do sistema absorver, a reabilitação irá falhar (Rocha, Grangeiro e Figueiredo, 2018).

A oclusão implanto-protégida visa reduzir a carga sobre os implantes e melhorar sua longevidade. Para isso, recomenda-se estabilidade bilateral em oclusão cêntrica, distribuição uniforme dos contatos e das cargas mastigatórias, ausência de interferências entre relação cêntrica e oclusão cêntrica, liberdade em cêntrica, guia anterior na protrusão e movimentos laterais suaves conduzidos pelos caninos, sem interferências no lado de trabalho ou de balanceio (Silva, 2017; Da Silva, 2019). No caso em questão, considerando-se o protocolo superior ocluindo com protocolo inferior, optou-se pela oclusão implanto-protégida.

O bruxismo corresponde ao contato dentário estático ou dinâmico fora das funções de mastigação ou deglutição, manifestando-se como apertamento ou ranger dos dentes durante o sono ou durante a vigília (Da Silva, 2019). Seus sintomas incluem cefaleia, dor facial matinal, sensibilidade dentária, desgaste e fraturas, além de sobrecarregar próteses e a interface implante-osso (Wandekoken et al., 2024). A sobrecarga oclusal causada pelo bruxismo pode vir a promover o aumento de falhas mecânicas como fratura de parafuso, implantes, afrouxamento de parafuso e/ou fratura de porcelana ou acrílico (Da Silva, 2019).

O uso de dispositivos inter oclusais estabilizadores ou placas oclusais, é indicado para redistribuir as cargas de forma equilibrada e redirecionar as forças verticais. O material de confecção deve ser rígido, em resina acrílica, com espessura variável, com espessura mínima de 1mm na superfície oclusal (Da Silva, 2019; Wandekoken et al., 2024). De acordo com a literatura, juntamente com a confecção das novas próteses implantossuportadas, solicitou-se a confecção de uma placa oclusal protetora, sendo está realizada com material acrílico transparente rígido. A paciente foi orientada a utilizar durante o período noturno diariamente.

Dentre as possíveis complicações em próteses totais implantossuportadas incluem-se a fratura da resina acrílica, afrouxamento e/ou fratura do parafuso protético, desgaste, soltura do

material de cobertura do parafuso protético, fratura ou lascamento dos dentes acrílicos (Barootchi et al., 2020; Mackert et al., 2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação oral de pacientes edêntulos com próteses fixas do tipo protocolo requer atenção à precisão clínica e laboratorial. Múltiplos fatores são analisados desde o seu planejamento até a execução. A adaptação passiva, a escolha do padrão oclusal e à seleção adequada dos materiais são fatores determinantes para o sucesso a longo prazo. Ao final do tratamento, a paciente demonstrou-se extremamente satisfeita com o resultado obtido esteticamente e funcionalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGARWAL, S.; ASHOK, V.; MAITI.; Subhabrata. Open- or Closed-Tray Impression Technique in Implant Prosthesis: A Dentist's Perspective. **Journal of Long-Term Effects of Medical Implants**, v. 30, n. 3, p.193-198, 2020.

ALVES, R. C. V.; DELBEN, J. A.; MARSON, F. C.; SILVA, C. O.; PROGIANTE, P. S. Oral rehabilitation with implant-supported denture in a overdenture user patient: case report. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)**, v. 20, n. 3, p. 66-70, 2017.

Barootchi, S.; Askar, H.; Ravidà, A.; Gargallo-Albiol, J.; Travan, S.; Wang, H. L. Long-term Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Full-Arch Implant-Supported Zirconia-Based and Metal-Acrylic Fixed Dental Prostheses: A Retrospective Analysis. **The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 35, n. 2, p. 395-405, 2020.

CARVALHO, A. C. H.; LEITE, I. F.; SILVA, G. de O.; MORAIS, G. U. N. de.; RIBEIRO, M. I. G. Prosthetic oral rehabilitation: an integrative literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 3, p. 01-16, 2024.

DISCACCIATI, J. A. C.; BARROS, V. M. de.; GUIMARÃES, M. M.; JÚNIOR, C. S. O.; COSTA, S.C.; VASCONCELLOS, W. A. Implant-supported fixed prosthesis in patients with bruxism: care protocol. **Revista do Conselho Regional Odontologia de Minas Gerais (R. CROMG)**, v. 19, n. 1, p. 33-38, 2020.

FERNANDES, A. M.; DIAS, P. A. C.; HOSHINO, I. A.E.; ANCHIETA, R. B.; Total rehabilitation with implant-supported and implant-retained prostheses in atrophic maxillae: Aesthetic and functional resolution for totally edentulous patients. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e110111637232, 2022.

GRINGS, J. S. **PROTOCOLO DE BRANEMARK: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

GOMES, C. E. V. da S.; ALMEIDA, T. H. de S.; GRAÇA, R. V. da.; AFONSO, B. C.; SILVA, M. A. da.; LIMA, M. S. A.; VALLINOTO, A. C. R.; MACHADO, L. F. A.; FONSECA, R. R. de S. Avaliação da qualidade de vida relacionada a pacientes usando prótese protocolo Branemark. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 12, p. e17590, 2024.

JASSER E.; SALAMI Z.; HAGE, F. E.; MAKZOUÉM, J.; BOULOS, P. J. Masticatory Efficiency in Implant-Supported Fixed Complete Dentures Compared with Conventional Dentures: A Randomized Clinical Trial by Color-Mixing Analysis Test. **The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**. v. 35, n. 3, p. 599-606, 2020.

MACKERT, J.; EL-SHEWY, M.; PANNU, D.; SCHOENBAUM, T. Prosthetic complications and survival rates of metal-acrylic implant fixed complete dental prostheses: A retrospective study up to 10 years. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 132, n. 4, p. 766-771.

MARTINO, B. C. de. **Apresentação de infraestrutura para prótese híbrida confeccionada com CAD/CAM – relato de caso clínico**. 2016. Monografia (Especialização em Prótese Dentária). Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, Curitiba, 2016.

MELO NETO, C. L. de M.; POLUHA, R. L.; SÁBIO, S. S.; SQUIZZATTO J. L.; SÁBIO, S. Planejamento multidisciplinar para reabilitação oral: um relato de caso de protocolo Bränemark. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 2, p. 95-103, 2016.

MELO NETO, C. L. de M.; POLUHA, R. L.; SOUSA, B. M.; FIALHO, L. M.; SÁBIO, S. S.; SÁBIO, S. Reabilitação oral através do protocolo de Branemark – relato de caso. **Revista Uningá**, v. 49, n. 1, 2016.

PRIEST, G.; SMITH, JAY.; WILSON, M.G. Implant survival and prosthetic complications of mandibular metal-acrylic resin implant complete fixed dental prostheses. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.3, n. 6, p. 466-475, 2014.

ROCHA, C. C. V.; GRANGEIRO, M. T. V.; FIGUEIREDO, V. M. G. de. Standard of occlusion in Branemark Protocol Prothesis: a literature review. **Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo (RFO-UPF)**, v. 23, n. 3, p. 377-381, 2018.

ROCHA, P. N da.; COSTA, M. D. M. de A.; DIETRICH, L. Moldagens em prótese sobre implantes / moldeira fechada ou aberta? **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e265101018749, 2021.

ROCHA, S. S.; SOUZA, D. R.; FERNANDES, J. M. A.; GARCIA, R. R.; ZAVANELLI, R. A. Fixed Full-Arch Prosthesis Type Protocol Bimaxillary. Case Report. **Revista Odontológica do Brasil Central (ROBRAC)**, v. 60, n. 21, p. 21-27, 2013.

SILVA, V. F. F da. **Bruxismo como fator de risco na colocação de implantes dentários**. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária). Instituto Universitário de Ciências da Saúde, 2019.

SILVA, F. M.; BARBOSA, M. A.; NETO, N. P.; FERNANDES, N. P.; SANTOS, N.; GONÇALVES, J. V. de J.; BERNARDES, J. S.; LIMA, N. J. L. L. Oral rehabilitation of toothless patient with protocol-supported fixed prosthesis: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, e24512340803, 2023.

SILVA, M. V. da.; BARBOSA, M. L. G.; SILVA, D. de M.; AFFONSO, S. Q.; VALÉRIO, E. F.; SOARES, L. P.; ALTINO, B. P.; PERALTA, F. da S.; BARBOSA, T. de A.; GUIMARÃES, C. L. A. D.; GONÇALVES, C. A.; MARTINS, A. F. Moldagem para prótese tipo protocolo inferior pela técnica da moldeira aberta: relato de caso. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 1862-1874, 2024.

WANDEKOKEN, B. A.; CARVALHO, B. M.; ARAUJO, J. O.; MAIA, L. B.; PAES, M.; BORGES, V. C. S. Implant prosthesis in patients with bruxism. **Revista Gaúcha de Odontologia (RGO)**, v. 72, e20240029, 2024.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Marlene Matte RG 773.055.749-53
CPF 773.055.749-53, residente à Rua Odonto-
logia, 854 Cidade Cascaemel - Pr
Estado Pr CEP _____ autorizo o cirurgião dentista Dr(a). Marlon Rosin

_____, CRO PR-35837 a utilizar as imagens obtidas durante o meu tratamento odontológico, sejam elas digitalizadas ou impressas, para a finalidade de registros, documentação odontológica, pesquisas, cursos, publicações em livros, revistas científicas, álbuns, aulas, congressos, galerias e/ou fóruns odontológicos, ou ainda, em quaisquer outros meios de comunicação, inclusive redes sociais, desde que respeitadas as normativas do Conselho Federal de Odontologia.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Cascaemel, Pr
Cidade, Estado 15/05/2025

Marlon Rosin **Dr. Marlon Rosin**
Reabilitação Oral
CRO-PR 35837
Cirurgião-dentista – CRO

Marlene Matte
Assinatura Paciente

