

Gestão e políticas públicas EM ODONTOLOGIA



2

Emanuela Carla dos Santos
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Gestão e políticas públicas EM ODONTOLOGIA



2

Emanuela Carla dos Santos
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Gestão e políticas públicas em odontologia 2

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Emanuela Carla dos Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393 Gestão e políticas públicas em odontologia 2 / Organizadora
Emanuela Carla dos Santos. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0037-0

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.370223003>

1. Odontologia. 2. Saúde bucal. I. Santos, Emanuela
Carla dos (Organizadora). II. Título.

CDD 617.6

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

As pesquisas científicas sempre visam o aprimoramento de determinada área para que seja entregue aos usuários um serviço de qualidade. A mesma lógica se segue na odontologia. No setor público, estudos sobre a necessidade dos indivíduos e formas mais eficientes de ofertar de saúde bucal embasam a gestão e organização de políticas públicas.

Este e-book traz um compilado de estudos de várias áreas da odontologia e dissemina o conhecimento para a comunidade científica.

Espero que a leitura do conteúdo aqui apresentado desperte cada vez mais sua busca pelo conhecimento.


Emanuela Carla dos Santos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA LÍNGUA INDÍGENA PARAKANÃ


Marlene Ribeiro de Oliveira
Alúcio Ferreira Celestino Júnior
Bruno de Oliveira Miiller
Simone Dutra Lucas
Saul Martins Paiva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230031>

CAPÍTULO 2..... 13

ANÁLISE DO CRESCIMENTO MICROBIANO EM CICATRIZADORES, POR MEIO DA APLICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS


Nicole Macedo de Paula
Tarcila Triviño

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230032>

CAPÍTULO 3..... 24

AVALIAÇÃO DE TÉCNICA EXODÔNTICA COM EXTRATOR MINIMAMENTE TRAUMÁTICO

Adyelle Dantas Ribeiro
Cinthia Mayara Rodrigues Xavier
Erasmus Freitas de Souza Júnior
Eudes Euler de Souza Lucena
Ricardo Viana Bessa Nogueira
Hécio Henrique Araújo de Moraes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230033>

CAPÍTULO 4..... 38

CONSENSO SOBRE OS LIMITES DOS CIMENTOS DE IONÔMERO DE VIDRO PARA INDICAÇÕES RESTAURADORAS

Maria Fidela de Lima Navarro
Renata Corrêa Pascotto
Ana Flávia Sanches Borges
Carlos José Soares
Daniela Prócida Raggio
Daniela Rios
Eduardo Bresciani
Gustavo Fabián Molina
Hien Chi Ngo
Ivana Miletic
Jo Frencken
Linda Wang
Rafael Menezes-Silva
Regina Maria Puppín-Rontani


Ricardo Marins de Carvalho
Sevil Gurgan
Soraya Coelho Leal
Tamer Tüzüner
Ticiane Cestari Fagundes
John William Nicholson
Sharanbir Kaur Sidhu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230034>

CAPÍTULO 5..... 58

CONSENSO SOBRE LOS LÍMITES DE LOS CEMENTOS DE IONÓMERO DE VIDRIO PARA INDICACIONES RESTAURADORAS


Maria Fidela de Lima Navarro
Renata Corrêa Pascotto
Ana Flávia Sanches Borges
Carlos José Soares
Daniela Prócida Raggio
Daniela Rios
Eduardo Bresciani
Gustavo Fabián Molina
Hien Chi Ngo
Ivana Miletić
Jo Frencken
Linda Wang
Rafael Menezes-Silva
Regina Maria Puppini-Rontani
Ricardo Marins de Carvalho
Sevil Gurgan
Soraya Coelho Leal
Tamer Tüzüner
Ticiane Cestari Fagundes
John William Nicholson
Sharanbir Kaur Sidhu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230035>

CAPÍTULO 6..... 79

CHECAGEM DO ESTOQUE CASEIRO E USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Hugo José Landgraf Júnior
Flávia Martão Flório
Luciane Zanin de Souza


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230036>

CAPÍTULO 7..... 92

EXPRESSÃO IMUNO-HISTOQUÍMICA DA CICLOXIGENASE-2, CICLINA D1, CD68, TNF- α E TGF- β EM LESÕES BUCAIS DA GVHD CRÔNICA

Aline Gonçalves Salvador


Híttalo Carlos Rodrigues de Almeida
Rebeka Thiara Nascimento dos Santos
Márcia Maria Fonseca da Silveira
Ana Paula Veras Sobral

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230037>

CAPÍTULO 8..... 104112

INDIVÍDUOS COM ELEVADA GLICEMIA PÓS PRANDIAL APRESENTAM MAIOR PREVALÊNCIA DE PERIODONTITE GRAVE


Leandro Machado Oliveira
Kimberly da Silva Pilecco
Daniel Fagundes de Souza
Maísa Casarin
Fabrício Batistin Zanatta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230038>

CAPÍTULO 9..... 109

NÍVEL DE ANSIEDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE IMPLANTES DENTÁRIOS


Alessandro Hyczy Lisboa
Rafael Marques dos Santos
Leonardo Piazzetta Pelissari
Evaldo Artur Hasselmann Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3702230039>

CAPÍTULO 10..... 121

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TRAUMA FACIAL ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA DO ESTADO DE GOIÁS


Lucas Pires Da Silva
Laryssa Thainá Mello Queiroz Cunha
Sarah Pedroso Saliba
Lucas Teixeira Brito
Ângela Beatriz Cavalcante de Amorim Izac
Rubens Jorge Silveira
Germano Angarani





 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37022300310>

CAPÍTULO 11..... 130

PREPARO DE CANAIS RADICULARES COM INSTRUMENTOS DE NITI: UMA VISÃO CLÍNICA PELO PROJETO DE EXTENSÃO PEDCA

Erika Sales Joviano Pereira
Maria Tereza Pedrosa de Albuquerque
Roberta Bosso Martelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37022300311>

CAPÍTULO 12.....	140
SALIVARY INTERLEUKIN 6 AND SIALIC ACID IN PERIODONTITIS	
Jwan Ibrahim Jawzali	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.37022300312	
CAPÍTULO 13.....	156
SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ETIOPATOGENIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO - REVISÃO LITERÁRIA	
Isabela Sandim Sousa Leite Weitzel	
Lílian Lima Lopes	
Renata Cristiane Muffato Itaborahy	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.37022300313	
CAPÍTULO 14.....	168
TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	
Beatriz Gerenutti	
Cibelle Albuquerque de La Higuera Amato	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.37022300314	
CAPÍTULO 15.....	178
TRATAMENTO DAS HIPERTROFIAS MASSETÉRICAS E TEMPORAIS FACIAIS COM TOXINA BOTULÍNICA DO TIPO A: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Kainã Matheus de Andrade Lira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.37022300315	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	189
ÍNDICE REMISSIVO.....	190

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ETIOPATOGENIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO - REVISÃO LITERÁRIA

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 08/01/2022

Isabela Sandim Sousa Leite Weitzel

Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), Faculdade De Odontologia
São João Del Rei - MG - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8296378098418139>

Lílian Lima Lopes

Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), Faculdade De Odontologia
São João Del Rei - MG - Brasil

Renata Cristiane Muffato Itaborahy

Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), Faculdade De Odontologia
São João Del Rei - MG - Brasil

RESUMO: **Introdução:** a Síndrome da Combinação constitui em uma condição patológica que acomete pacientes edêntulos totais maxilares, portadores de prótese total removível, e edêntulos parciais mandibulares, com presença apenas dos dentes anteriores. **Objetivo:** este trabalho teve como objetivo abordar esta síndrome e seus aspectos mais relevantes, como: características clínicas, etiopatogenia, diagnóstico, tratamento e prevenção. **Metodologia:** foi realizada uma revisão de literatura com discussão narrativa utilizando os artigos selecionados nas bases

de dados PubMed, Medline, Lilacs e Scielo, com os seguintes descritores: “Síndrome da Combinação”, “Síndrome de Kelly”, “prótese total superior”, “prevalência”, “etiologia”, “tratamentos”. Os critérios de inclusão foram artigos na íntegra que possuíram relevância com a temática e referentes aos períodos entre 1972-1979 e 2000-2021. **Resultados:** foram selecionados 34 artigos, sendo 29 incluídos nesta revisão. **Discussão:** a etiologia da síndrome da combinação ainda é questionável na literatura, uma vez que o paciente pode apresentar os cinco sinais simultaneamente ou não, para ser considerado portador da mesma. Uma nova classificação proposta para essa síndrome baseou-se na característica dominante de grande parte dos casos: arco maxilar anterior edêntulo com reabsorção óssea avançada e extrusão dos dentes inferiores anteriores. Inúmeros são os tratamentos reabilitadores, sendo as próteses implantorretidas as de primeira escolha. Porém, independente do tipo de prótese, o correto planejamento, buscando uma efetiva estabilização oclusal posterior e uma determinação da dimensão vertical de oclusão adequada, bem como o acompanhamento deste paciente é que garantirá o sucesso do tratamento reabilitador. **Conclusão:** constatou-se a importância do diagnóstico precoce frente aos sinais clínicos, sejam agrupados ou isolados, de forma a possibilitar a identificação de seus fatores predisponentes, bem como a melhor conduta de tratamento e reabilitação para o paciente portador. As formas de prevenção se mostraram imprescindíveis para a não ocorrência ou reversão da SC, mantendo o equilíbrio

funcional do sistema estomatognático.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Combinação. Síndrome de Kelly. Prótese Total. Prótese Parcial Removível.

COMBINATION SYNDROME: CLINICAL CHARACTERISTICS, ETIOPATHOGENICS, DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION – LITERARY REVIEW

ABSTRACT: Introduction: the Combination Syndrome is a pathological condition that affects patients maxillary total edentulous, with removable total dentures, and mandibular partial edentulous, with presence only of the anterior teeth. **Objective:** this study aimed to address this syndrome and its most relevant aspects, such as: clinical characteristics, etiopathogenesis, diagnosis, treatment and prevention. **Methodology:** a literature review was carried out with narrative discussion using selected articles from the PubMed, Medline, Lilacs and Scielo databases, with the following descriptors: “Combination Syndrome”, “Kelly Syndrome”, “superior total dentures”, “prevalence”, “etiology”, “treatments”. The inclusion criteria were full articles that were relevant to the theme and referring to the periods between 1972-1979 and 2000-2021. **Results:** 34 articles were selected, 29 being included in this review. **Discussion:** the etiology of the combination syndrome is still questionable in the literature, as the patient can present all five signs simultaneously or not, to be considered as having the syndrome. A new classification proposed for this syndrome was based on the dominant characteristic of most cases: edentulous anterior maxillary arch with advanced bone resorption and extrusion of lower anterior teeth. There are numerous rehabilitative treatments, with implant-retained prostheses being the first choice. However, regardless of the type of prosthesis, correct planning, seeking an effective posterior occlusal stabilization and a determination of the appropriate vertical dimension of occlusion, as well as the follow-up of this patient, will guarantee the success of the rehabilitation treatment. **Conclusion:** the importance of an early diagnosis of clinical signs, whether grouped or isolated, was verified, in order to enable the identification of their predisposing factors, as well as the best treatment and rehabilitation approach for the patient with this. The forms of prevention proved to be essential for the non-occurrence or reversal of the syndrome, maintaining the functional balance of the stomatognathic system.

KEYWORDS: Combination Syndrome. Kelly Syndrome. Total Dentures. Removable Partial Denture.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome da Combinação (SC) ou Síndrome de Kelly foi descrita pela primeira vez por Ellsworth Kelly em 1972, como sendo uma patologia que acomete pacientes edêntulos totais maxilares, portadores de prótese total (PT) removível, e edêntulos parciais mandibulares, com presença apenas dos dentes anteriores. Os sinais clínicos característicos dessa síndrome são: reabsorção óssea da região anterior da maxila, extrusão dos dentes anteriores inferiores, aumento das tuberosidades, hiperplasia papilar da mucosa do palato duro e reabsorção óssea na região posterior da mandíbula (KELLY, 2003).

Alguns anos mais tarde, Saunders *et al.* (1979) sugeriram seis novas características associadas à SC: diminuição da dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento anterior da mandíbula, desadaptação das próteses, epúlides fissuradas (hiperplasia fibrosa inflamatória) e alterações periodontais.

A prevalência da Síndrome da Combinação foi avaliada em uma pesquisa realizada por Cunha *et al.* (2007), e os resultados mostraram que a maioria dos pacientes (84,85%) apresentaram de dois a quatro dos sinais clínicos descritos por Kelly e que nenhum paciente apresentou todos os cinco sinais simultaneamente. No estudo conduzido por Resende *et al.* (2014), as ocorrências mais frequentes foram a presença de três (45%) e quatro (32%) sinais por indivíduo, representando um total de 77% da amostra, o que demonstra alta prevalência das características da SC em pacientes com o perfil estudado (pacientes usuários de PT maxilar na presença ou ausência de prótese parcial removível (PPR) mandibular - Classe I de Kennedy, não foi observada associação com o uso da PPR. As prevalências dos sinais clínicos foram: reabsorção mandibular (93,5%), reabsorção maxilar (74,2%), extrusão dos dentes anteriores inferiores (71%), aumento das tuberosidades (61,3%) e hiperplasia papilar da do palato (16,1%).

A síndrome geralmente é desencadeada por uma desestabilização da oclusão, que pode ser causada por perda de suporte ósseo sob a base da PPR inferior, gerando ausência dos contatos dentais posteriores, o que leva a uma transferência gradual das cargas oclusais posteriores para a região anterior. Essa sobrecarga compromete o sistema estomatognático, assim como as estruturas de suporte dentais (COSTA *et al.*, 2016; RESENDE *et al.*, 2014; VANZILLOTTA *et al.*, 2012). No entanto, a sua etiologia ainda é questionável na literatura, uma vez que o paciente pode apresentar os cinco sinais simultaneamente ou não, para ser considerado portador da mesma (VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

Várias modalidades de tratamento para maxila totalmente e mandíbula parcialmente edêntulas estão disponíveis (KUMAR e SINGLA, 2017). A determinação de qual a melhor opção terapêutica dependerá de cada caso clínico assim como das condições fisiológicas e financeiras do paciente (GOYATÁ, 2010).

Uma das formas de prevenir e interromper as características já instaladas da SC é buscar uma efetiva estabilização oclusal posterior e uma correta determinação da dimensão vertical de oclusão, o que diminui a sobrecarga na região anterior da maxila evitando o seu processo de reabsorção óssea (COSTA *et al.*, 2016; LAPORT *et al.*, 2017; MARIN *et al.*, 2014; ROCHA *et al.*, 2019).

O cirurgião dentista conhecendo as manifestações dessa síndrome e sabendo sua atuação no sistema estomatognático, deve estar capacitado a identificar os seus sinais clínicos e estabelecer um tratamento específico com o objetivo de atender às necessidades de seu paciente e gerar condições favoráveis para o restabelecimento de sua saúde como um todo (CUNHA, ROCHA e PELLIZZER, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*,

2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome da Combinação, abordando seus principais aspectos como, etiopatogenia, modalidades de tratamento e medidas preventivas visto que o conhecimento desse tema por parte dos profissionais é de extrema importância para que o mesmo tenha capacidade de prevenir a sua ocorrência e, quando necessário, intervir para evitar a sua progressão. Contribuindo assim, para minimizar a morbidade do quadro clínico a longo prazo e restabelecer um equilíbrio oclusal estável, contribuindo para harmonia do sistema estomatognático e melhoria da qualidade de vida do paciente.

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura abordando trabalhos publicados sobre a Síndrome da Combinação. Os artigos foram coletados nas bases eletrônicas de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo, com os seguintes descritores: “Síndrome da Combinação”, “Síndrome de Kelly”, “prótese total superior”, “prevalência”, “etiologia”, “tratamentos”. Foram utilizados os operadores lógicos “AND”, “OR” para combinação dos descritores.

Os textos foram consultados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, nos períodos entre 1972-1979 e 2000-2020. Os critérios de exclusão foram: períodos de publicações, artigos que não estavam na íntegra, monografias e artigos que não possuíam relevância com a temática. Os textos científicos que apresentaram o real objetivo do trabalho foram selecionados e posteriormente foi realizada uma discussão narrativa sobre a Síndrome da Combinação, suas características e aspectos mais relevantes.

3 | RESULTADOS

De acordo com a busca bibliográfica foram encontrados 34 artigos, sendo selecionados para realização deste trabalho 29 artigos de acordo com os critérios determinados na metodologia. A distribuição desses artigos conforme o ano de publicação está representada no gráfico 1.

Análise das Publicações

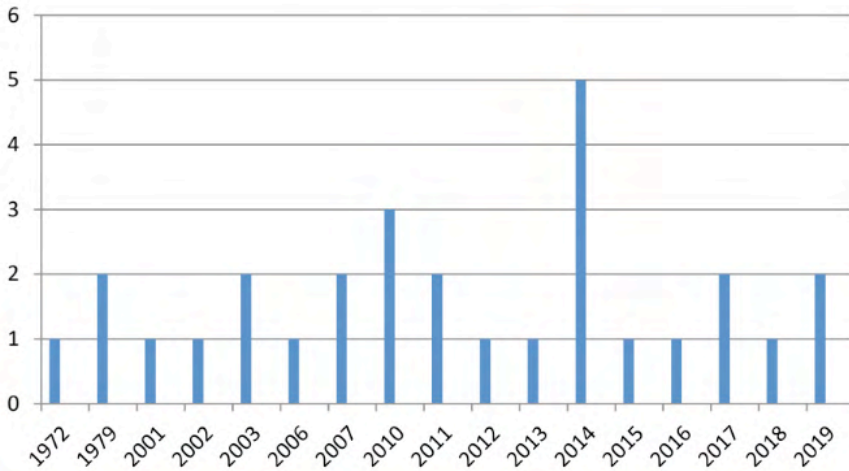


Gráfico 1 - Distribuição dos artigos conforme o ano de publicação.

4 | DISCUSSÃO

O conhecimento referente aos sinais e sintomas da Síndrome da Combinação possibilita ao cirurgião-dentista diagnosticar e realizar um tratamento precoce, de forma a minimizar ou até mesmo interromper o processo destrutivo das estruturas do sistema estomatognático (CUNHA, ROCHA e PELLIZZER, 2007; GOYATÁ, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2010).

Um estudo realizado por Silveira *et al.* (2010) demonstrou que a maioria dos profissionais apresenta um conhecimento teórico a respeito da SC, porém quanto à técnica de moldagem mais apropriada para esses pacientes, 61% não souberam responder qual tipo específico utilizar e 39% desconheciam a existência da mesma.

O tratamento de pacientes, edêntulos totais maxilares e edêntulos parciais mandibulares, por meio de uma PT removível superior e uma PPR inferior, se não realizado com muito critério, técnica apropriada e medidas preventivas com orientações de retornos periódicos, pode resultar em próteses mal confeccionadas, desadaptadas e consequentemente com presença de fortes contatos oclusais na região anterior, o que pode levar a desenvolvimento da SC (MARIN *et al.*, 2014). Bagga, Robb e Fenlon (2019) relataram que a presença de próteses totais superiores antagonistas a dentes anteriores com ou sem próteses parciais inferiores foi associada a uma alta prevalência de reabsorção óssea excessiva e, substituição fibrosa da crista alveolar residual da maxila anterior.

De acordo com KELLY (2003) e AREIAS (2006) a causa primordial para o desenvolvimento da SC é o excesso de pressão na pré-maxila que tem como consequência

a reabsorção óssea compensada por uma hiperplasia fibro-epitelial. Kelly (2003) complementa que a falta de suporte leva ao afundamento progressivo da PT nessa região, o que acarreta em uma nova posição do plano oclusal com conseqüente desadaptação da prótese na região posterior, o que pode causar um aumento de volume das tuberosidades. Em contrapartida, alguns autores consentem que os primeiros sinais clínicos sejam decorrentes da reabsorção alveolar na área do rebordo ósseo inferior sob a base da PPR (SAUNDERS, 1979; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

A perda dos dentes é a causa da reabsorção óssea, a qual é agravada por fatores como o motivo das múltiplas exodontias e o tempo que as mesmas ocorreram (PIERTRKOVSKI, 1979), além do uso de próteses mal adaptadas que são as principais responsáveis por acelerar essa reabsorção (GOYATA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PIERTRKOVSKI, 1979; VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

A reabsorção óssea que ocorre abaixo da base da PPR inferior é acelerada pelo movimento rotacional da prótese desadaptada sobre o rebordo, o avanço dessa reabsorção, acarreta ausência dos contatos oclusais posteriores, diminuindo a função mastigatória nessa região e resultando em forças oclusais com sobrecarga anterior. Essa alteração do plano oclusal exacerba a reabsorção óssea na região anterior da maxila. Fatores como a sobrecarga oclusal na pré-maxila e o trauma oclusal causado pela prótese favorecem o desenvolvimento de lesões locais (KELLY, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2018; RESENDE *et al.*, 2014; SAUNDERS, 1979; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

A perda de contatos oclusais posteriores e o reposicionamento ântero-superior da PT acarretam na extrusão dos dentes anteriores mandibulares, para que encontrem contatos oclusais que proporcionem suporte durante a mastigação (KELLY, 2003; NOGUEIRA *et al.*, 2002; SAUNDERS, 1979). O trauma oclusal crônico causado por esses dentes pode causar alterações nos tecidos da pré-maxila, conduzindo uma reabsorção lenta da crista alveolar anterior que aos poucos é substituída por tecido fibroso (VANZILLOTTA *et al.*, 2012), comumente descrito como hiperplasia papilar (MARIN *et al.*, 2014).

Como consequência da reabsorção da pré-maxila há uma desadaptação da prótese na região posterior, o que pode causar o aumento das tuberosidades em virtude da pressão negativa originada devido ao efeito de sucção gerado pela base da PT durante a mastigação, o que estimula esse crescimento (TOLSTUNOV, 2011).

Estudos posteriores reconheceram que os sinais e sintomas da SC não eram exclusivos de pacientes portadores de PT superior e edêntulos parciais mandibulares, com presença apenas dos dentes anteriores, sendo observado também em outras situações clínicas de edentulismo (AGUIAR *et al.*, 2015; CARLINO *et al.*, 2014; TOLSTUNOV, 2007; TOLSTUNOV, 2011).

Tolstunov (2007) sugeriu uma nova classificação para a SC, baseada na característica dominante de grande parte dos casos que é o arco maxilar anterior desdentado com reabsorção óssea avançada e extrusão dos dentes inferiores anteriores. Foram descritas

três classes e dez modificações, sendo que a condição de edentulismo maxilar define a classe e a mandibular define a modificação dentro da classe. A classificação proposta está representada na tabela abaixo (tabela 1).

Classe: Maxila	Modificação: Mandíbula
I – Desdentada total	1. Parcialmente desdentada (apenas dentes anteriores presentes). 2. Dentição completa inferior (natural ou prótese implantossuportada). 3. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior).
II – Parcialmente desdentada. - Região anterior desdentada e atrófica. - Dente(s) presente(s) em ambas regiões posteriores.	1. Parcialmente desdentada (apenas dentes anteriores presentes). 2. Dentição completa inferior (natural ou prótese implantossuportada). 3. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior).
III – Parcialmente desdentada. - Região anterior desdentada e atrófica. - Dente(s) presente(s) em um lado da região posterior, lado oposto desdentado.	1. Parcialmente desdentada (apenas dentes anteriores presentes). 2. Dentição completa inferior (natural ou prótese implantossuportada). 3A. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior ocluindo). 3B. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior não ocluindo).

Tabela 1: Classificação da SC proposta por Tolstunov (2007).

O diagnóstico correto das características clínicas é importante para elaborar um plano de tratamento reabilitador que devolva a função mastigatória adequada, fonética e estética ao paciente, se atentando para as necessidades pré-protéticas e para o padrão oclusal adequado aos portadores dessa síndrome (AREIAS *et al.*, 2006; GOYATÁ, 2011; ROCHA *et al.*, 2019).

O principal objetivo do tratamento do portador da SC, independente de qual modalidade de reabilitação, é estabelecer uma oclusão balanceada, diminuindo a força excessiva na região anterior da maxila, tanto na relação de oclusão cêntrica quanto nos movimentos excursivos (COSTA *et al.*, 2016; LAPORT *et al.*, 2017), evitando com isso o processo de reabsorção óssea do processo alveolar ântero-superior (MARIN *et al.* 2014).

Segundo KELLY (2003), antes de prosseguir com o tratamento reabilitador, deve-se realizar a adequação do meio bucal, portanto as alterações já ocorridas deverão ser tratadas cirurgicamente, como a hiperplasia papilar fibrosa, os tecidos flácidos e as

tuberosidades aumentadas, além de poder haver necessidade de tratamentos periodontais de remanescentes dentários inferiores.

As diversas opções de tratamento para arcada superior edêntula incluem: PT removível convencional, *overdenture* (próteses totais mucossuportadas que utilizam implantes osseointegrados como auxiliares para sua retenção), prótese fixa sobre implante e prótese protocolo (próteses totais implantossuportadas) (KUMAR e SINGLA, 2017; ROCHA *et al.*, 2019; TOLSTUNOV, 2011). Para arcada inferior parcialmente edêntula há a possibilidade de uma PPR ou prótese fixa sobre implante (KUMAR e SINGLA, 2017; LAPORT *et al.*, 2017), e se os remanescentes dentários inferiores não estiverem em boas condições para receber uma prótese, sua exodontia poderá ser indicada e uma reabilitação total sobre implante do tipo protocolo será uma opção de tratamento (TOLSTUNOV, 2011).

As medidas terapêuticas mais indicadas, para interromper as alterações decorrentes da SC, seriam a instalação de implantes tanto na arcada superior quanto inferior, com o objetivo de preservar o osso de suporte na pré-maxila e nos extremos livres mandibulares (AREIAS *et al.*, 2006; COSTA *et al.*, 2016; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTA *et al.*, 2012). Os autores acrescentam que o posicionamento de implantes na região posterior da mandíbula elimina o extremo livre e os movimentos rotacionais das selas da PPR, responsáveis pela reabsorção óssea acelerada, o que impedirá o aparecimento ou a progressão da SC, visto que toda problemática inicia a partir da perda de estabilidade oclusal na região posterior (COSTA *et al.*, 2016; TOLSTUNOV, 2011).

Se a atrofia óssea for muito grande, cirurgias de reconstrução para sua correção são indicadas, como enxertos ósseos, com posterior indicação de um tratamento protético reabilitador com implantes (AREIAS *et al.*, 2006; CARLINO *et al.*, 2014; IBRAHIM TM e IBRAHIM RO, 2013).

Segundo GONÇALVES *et al.* (2014), uma alternativa para reabilitação inferior, seria o emprego de uma PPR implantossuportada, com o implante instalado no extremo livre distal do rebordo alveolar, de forma a aumentar a retenção e estabilidade da prótese, uma vez que elimina as consequências geradas pela extremidade livre.

Na impossibilidade de um tratamento com implantes, a reabilitação será realizada com PT removível convencional maxilar associada a uma PPR mandibular com extremidade livre bilateral (AREIAS *et al.*, 2006; LAPORT *et al.*, 2017; MARIN *et al.*, 2014; TOLSTUNOV, 2011). Nestes casos um esquema oclusal deverá ser elaborado, de forma que proporcione o máximo apoio oclusal posterior, contato anterior minimizado em oclusão cêntrica e uma articulação equilibrada em movimentos excêntricos, além de estabelecer uma adequada dimensão vertical de oclusão (COSTA *et al.*, 2016; LAPORT *et al.*, 2017; MARIN *et al.* 2014; SAUNDERS, 1979). Uma boa adaptação das bases das próteses e o acompanhamento clínico periódico são fundamentais para a resolução do problema (AREIAS *et al.*, 2006; JAMESON, 2001).

Para MARIN *et al.* (2014) e TOLSTUNOV (2011), nos casos de reabilitação com

próteses removíveis convencionais, a moldagem funcional da maxila e mandíbula exerce um papel estratégico no tratamento, já que permite estabelecer uma correta adaptação das próteses e também uma distribuição adequada das forças oclusais aos tecidos de suporte. Para alcançar estes objetivos, a espessura e a mobilidade da mucosa da região da pré-maxila devem ser consideradas durante esta importante etapa clínica.

A presença de mucosa flácida (tecido hiperplásico na região anterior da maxila) é uma das características mais comuns quando ocorre a reabsorção óssea anterior e pode comprometer o suporte e retenção da PT (MARIN *et al.*, 2014; TOLSTUNOV, 2011). Nestes casos, pode ser realizado uma redução cirúrgica da espessura do tecido ou utilizar técnicas específicas de moldagem para confecção das próteses (MARIN *et al.*, 2014).

O tecido flácido da pré-maxila, se saudável, poderá ser mantido se fornecer algum tipo de retenção à futura prótese, mesmo que minimamente. Para isso, é fundamental eleger uma técnica de moldagem que permita variações de acordo com a compressibilidade da mucosa, uma opção é utilizar uma moldeira individual modificada para moldagem funcional em duas etapas com o objetivo de gerar menos forças e distorções na fibromucosa flácida durante a moldagem (MARIN *et al.*, 2014).

O sucesso do tratamento reabilitador, independente da escolha do tipo das próteses, está relacionado a um correto planejamento, onde a anamnese, exames clínicos e radiográficos são fundamentais (GOYATÁ, 2010; RESENDE *et al.* 2014; ROCHA *et al.*, 2019). Além disso, fatores relacionados à qualidade das próteses e da condição oral, emprego da técnica correta, relação profissional-paciente e a atitude do paciente em relação ao uso das próteses são de extrema importância para esse sucesso (FILGUEIRAS *et al.*, 2014; LAPORT *et al.*, 2017).

A realização de um diagnóstico correto e precoce dos sinais clínicos da SC, juntamente com uma intervenção adequada a cada caso, é considerada a melhor forma de se prevenir os agravos decorrentes dessa síndrome e a sua progressão (GOYATÁ, 2010; ROCHA *et al.*, 2019).

Quando do tratamento com próteses removíveis convencionais, os reembasamentos periódicos somados a adequada higienização e a metalização da superfície oclusal dos dentes posteriores das próteses são fatores que poderão impedir o estabelecimento da síndrome (NOGUEIRA *et al.*, 2002).

Há um consenso que a reabilitação de pacientes do grupo de risco para a SC com próteses implantorretidas, parece ser a melhor opção para restabelecer um equilíbrio oclusal realmente estável, mantendo o sistema mastigatório em harmonia e prevenindo assim desenvolvimento dessa síndrome (AREIAS *et al.*, 2006; COSTA *et al.*, 2016; KUMAR e SINGLA, 2017; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTA *et al.*, 2012).

51 CONCLUSÃO

Após criteriosa análise da literatura revisada, constatou-se que a SC não mais se restringe a pacientes edêntulos totais maxilares e parcialmente desdentados classe I de Kennedy inferior, mas sim aos que apresentam severa reabsorção maxilar anterior, resultante da força dos dentes mandibulares anteriores sobre essa região, seja com a maxila totalmente edêntula ou desdentada apenas anteriormente e que a mandíbula tenha dentes anteriores presentes ou recentemente extraídos.

Ressalta-se a importância do correto diagnóstico frente aos sinais clínicos, sejam agrupados ou isolados da SC, de forma a possibilitar a identificação de seus fatores predisponentes, bem como a melhor conduta para reabilitação de cada paciente, de forma a restabelecer função, fonética e estética. Sendo este diagnóstico precoce uma das melhores formas de se prevenir os agravos decorrentes dessa síndrome e a sua progressão.

Dentre as diversas opções de tratamento, a mais indicada para interromper as alterações decorrentes da SC e restabelecer um equilíbrio oclusal realmente estável, seria a instalação de próteses sobre implantes tanto na arcada superior quanto inferior. Na impossibilidade desta opção, as próteses removíveis convencionais podem ser realizadas com técnicas de moldagem específicas (moldagem funcional tanto superior quanto inferior) de forma a evitar a compressão na fibromucosa durante esta importante etapa. A escolha quanto às formas de tratamento estarão diretamente ligadas a fatores clínicos e econômicos.

A busca por uma efetiva estabilização oclusal posterior e uma adequada determinação da dimensão vertical de oclusão, mantendo o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, bem como o acompanhamento deste paciente, com retornos periódicos, estão diretamente relacionados ao sucesso do tratamento reabilitador do paciente portador da SC.

REFERÊNCIAS

AGUIAR M. G. L. et al. **Síndrome da Combinação: aspectos clínicos de importância para o odontólogo – uma revisão da literatura**, FOL/UNIMEP, vol. 2, 2015, p: 56-66.

AREIAS, C. et al., **Síndrome da hiperfunção anterior**, JADA, vol. 5, nº 6, nov/dez 2006, p: 41-45.

BAGGA, R.; ROBB, N.D.; FENLON, M.R. **An investigation in to the prevalence of combination syndrome**, Journal of Dentistry, 2019, p: 66–70.

CAMPOS, A. L. **Fundamentação dos Implantes ósseo integrados no tratamento e prevenção da Síndrome da Combinação**, Innov. Implant. J. Biomater Esthet, Vol. 5, 2010, p: 60-64.

CARLINO P. et al., **Surgical and prosthetic rehabilitation of combination syndrome**, Case Reports in Dentistry, 2014; article ID 186213.

COSTA M.M. et al., **Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento**, Rev. Odontol. Bras. Central, 2016; p:59-63.

CUNHA, L. D.; ROCHA E. P.; PELLIZZER E. P., **Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível**, RGO, Porto Alegre, 2007; v. 55; p: 325-328.

FILGUEIRAS, I, A. A. A. P. et al., **Aesthetic to total immediate prosthesis: case report**, Journal of Surgical and Clinical Dentistry, 2014; p:12-17.

GONÇALVES, T.M.S.V., CAMPOS, H.C.; GARCIA, R.C.M.R., **Implant retention and support for distal extension partial removable dental prostheses: satisfaction outcomes**, J.Prosthet Dent, 2014; p: 334-339.

GOYATÁ, F. R. et al., **Prevalência da Síndrome da Combinação em pacientes submetidos a tratamento dentário no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Vassouras – RJ**, Int. J. Dent; 2011.

GOYATÁ, F. R. et al., **Síndrome da Combinação - Relato de Caso Clínico**, Int. J. Dent, 2010; p: 160-164.

IBRAHIM T. M., IBRAHIM R. O. **Evaluation of two treatment modalities for patients with combination syndrome suffering from narrow anterior maxilla**, Life Science Journal, 2013; p: 2199-2210.

JAMESON, W., **The use of linear occlusion to treat a patient with combination syndrome: A clinical report**, J.Prosthet Dent, Jan. 2001.

KELLY, E., **Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture**, J. Prosthet. Dent, 1972,p: 140-50.

KELLY, E., **Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture.**, The Journal of prosthetic dentistry, set. 2003, v. 90, n. 3, p: 213-219.

KUMAR L., SINGLA S., **Kelly's Syndrome"- prevention, using Implant Supported Hybrid Denture: Clinical Considerations and Case Report with 5 year follow up**, IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, v. 16, junho 2017, p: 21-26.

LAPORT, L. B. R. et al., **Reabilitação Oral com prótese total e prótese parcial removível – relato de caso**; Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 2017 v 20, n. 1, p: 108-114.

MARIN, D. O. M. et al., **Reabilitação oral de paciente com Síndrome da Combinação: relato de caso**, Rev. Assoc. Paul Cir. Dent, 2014; p: 75-78.

NOGUEIRA R, P; MIRAGLIA S, S; SOARES F, A, V., **Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora**. PCL Rev. Bras. Prótese Clin. Lab., 2002; p: 218-222.

OLIVEIRA B. F. R. et al., **Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso**, RFO UPF, Passo Fundo, v. 23, n. 3, p: 305-309.

PALMQVIST, S. et al., **The combination syndrome: a literature review**, J. Prosthet. Dent, 2003,p:

270-275.

PIETROKOVSKI, J., **Edentulous residual border as the base for a partial removable denture**, Rev. Assoc. Odontol.Argent, 1979, p:631-634.

RESENDE, C. M. B. M. et al., **Signs of combination syndrome and removable partial denture wearing**, Rev. Odontol., UNESP 2014, nov-dez; v.43, p: 390-395.

ROCHA, B. B. et al., **Síndrome da combinação prótese total e parcial removível: relato de caso**, Id on Line Rev. Mult Psic, out. 2019, v.13, p: 576-585

SAUNDERS, T.R., GILLIS R. E. Jr, DESJARDINS R.P., **The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations**, J.Prosthet. Dent., 1979; p:124-128.

SILVEIRA R. S. M. et al., **Síndrome da combinação – conhecimento e aplicabilidade por parte dos professores de prótese das universidades públicas e privadas e protesistas do estado do Rio Grande do Norte**, RFO, Passo Fundo,set/dez 2010 v. 15, n.3, p. 266-272.

TOLSTUNOV, L., **Combination syndrome: classification and case report**, Journal of oral Implantology, 2007, p: 139-151.

TOLSTUNOV, L., **Combination Syndrome Symptomatology and Treatment**, Compend.Contin. Educ. Dent.,abril 2011; p:62-66.

VANZILLOTA, P. S. et al., **Síndrome da Combinação, Artigo de revisão**, Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro,jul/dez 2012, v. 69, p: 199-202.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ácido siálico 6, 143, 144

Ansiedade 5, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 171, 172, 174, 176

Armazenagem de medicamentos 79, 88

B

Biomateriais 39, 45

Biomecânica 1, 2, 5, 6, 39

C

Cicatrizador 13, 14, 17

Cimento 39, 41, 47, 48

Cimentos de ionômero de vidro 3, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 56

Clorexidina 13, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 29

Conforto do paciente 25, 29

D

Diabetes mellitus 80, 107, 108, 114

Diretrizes de prática clínica 39

Doença do enxerto versus hospedeiro 93

Dor pós-operatória 17, 25

E

Educação em saúde 1, 3, 4, 11

Extração dentária 25

G

Glicemia 5, 107, 108, 109, 110, 111

H

Hipertrofias faciais 180

I

Idosos 4, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91

II-6 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

Implante dentários 112

Implantes 5, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 26, 36, 112, 114, 115, 119, 165, 167, 168

Imuno-histoquímica 4, 92, 94, 96, 99

Inflamação periodontal 144

Iodofórmio 13, 15, 17, 19, 20, 21, 22

M

Medicamento 27, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 188

Músculo masseter 180, 182, 183, 185, 186, 188

Músculo temporal 180, 185, 186, 187, 189

Música 3, 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12

O

Odontologia 1, 2, 13, 14, 24, 25, 26, 27, 37, 38, 39, 41, 45, 58, 59, 92, 94, 107, 108, 112, 114, 119, 133, 134, 139, 140, 144, 159, 170, 171, 172, 177, 180, 185, 189, 190

Odontopediatria 38, 58, 133, 140, 170, 172, 173, 174, 175

P

Periodontite 5, 107, 108, 109, 110, 111, 144

População indígena 1

Projeto de extensão 5, 133, 140

Prótese parcial removível 160, 161, 168

Prótese total 159, 160, 162, 168, 169

S

Síndrome da combinação 6, 159, 168, 169

T

Técnicas de manejo do comportamento 6, 170

Toxina botulínica 6, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189

Transtorno do espectro do autismo 6, 170, 178

Tratamento endodôntico 27, 133, 140

Tratamento odontológico 112, 114, 115, 172, 176, 192

Gestão e políticas públicas EM ODONTOLOGIA



2




 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022

Gestão e políticas públicas EM ODONTOLOGIA



2

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022