



## IMPACTO DA DEPRESSÃO NA SAÚDE BUCAL - RELATO DE CASO

### IMPACT OF DEPRESSION ON ORAL HEALTH - A CASE REPORT

Letícia Vitória Neri de Araujo FERREIRA  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
Email: dra.ferreiraleticia@faculdefacit.edu.br  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-0818-438X>

Ester Santos SILVA  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail: dra.silvaester@faculdefacit.edu.br  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0001-7918-0424>

Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail: lidia.barbetta@faculdefacit.edu.br  
ORCID: <http://orcid.org/0009-000-725993X>

Laís Santos Tizzo LOBO  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
E-mail: lais.lobo@faculdefacit.edu.br  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-77930577>

#### RESUMO

**Introdução:** A depressão é um transtorno mental que interfere no comportamento, na motivação e nos hábitos de autocuidado, podendo comprometer diretamente a saúde bucal. Essa relação evidencia a importância de uma abordagem odontológica integral e humanizada, que considere os aspectos emocionais e funcionais do paciente. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente de 27 anos com histórico de depressão, destacando as repercussões da condição na saúde bucal e os resultados obtidos após reabilitação oral funcional e estética. **Métodos:** Paciente submetida a protocolo clínico sequencial composto por adequação do meio bucal, tratamento endodôntico, instalação de pino de fibra de vidro, confecção de coroa total, restaurações diretas e indiretas em resina composta e reabilitação protética com prótese parcial removível (PPR). Todas as etapas seguiram protocolos clínicos padronizados e consentimento informado. **Resultados:** O tratamento possibilitou o restabelecimento da função mastigatória, fonética e estética, resultando em melhora perceptível da autoestima e motivação para tratamentos complementares, como a



ortodontia. Houve também redução de desconfortos estéticos e sociais relatados pela paciente. **Conclusão:** A reabilitação oral em pacientes com histórico de depressão requer abordagem humanizada e técnica integrada, permitindo não apenas a restauração da função e da estética, mas também a recuperação do bem-estar psicológico. O caso reforça a necessidade de considerar o estado emocional como parte essencial do tratamento odontológico e da saúde integral.

**Palavras-chave:** Depressão. Saúde bucal. Reabilitação oral. Autoestima. Prótese parcial removível.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression is a mental disorder that interferes with behavior, motivation, and self-care habits, directly compromising oral health. This association highlights the importance of an integrated and humanized dental approach that considers both emotional and functional aspects of the patient.

**Objective:** To report the clinical case of a 27-year-old female patient with a history of depression, emphasizing the effects of the condition on oral health and the outcomes achieved through functional and aesthetic oral rehabilitation. **Methods:** The patient underwent a sequential clinical protocol that included oral environment conditioning, endodontic treatment, fiber post installation, fabrication of a full resin crown, direct and indirect composite restorations, and prosthetic rehabilitation with a removable partial denture (RPD). All clinical procedures followed standardized protocols, and informed consent was obtained prior to treatment. **Results:** The treatment restored masticatory, phonetic, and aesthetic functions, resulting in noticeable improvement in the patient's self-esteem and motivation for complementary treatments, such as orthodontic therapy. The patient also reported significant reduction in social and aesthetic discomforts. **Conclusion:** Oral rehabilitation in patients with a history of depression requires a humanized and integrated clinical approach, enabling not only functional and aesthetic recovery but also psychological well-being. This case reinforces the importance of considering the emotional condition as a fundamental component of dental treatment and overall health.

**Keywords:** depression. Oral health. Oral rehabilitation. Self-esteem. Removable partial denture.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças. Esse conceito amplo reconhece a interdependência entre os diversos aspectos da vida humana, reforçando a importância de uma abordagem integral no cuidado à saúde<sup>1</sup>.

Nesse contexto, a saúde bucal configura-se como um componente essencial do bem-estar geral, sendo diretamente influenciada por fatores emocionais e psicossociais. Transtornos como a depressão, por exemplo, podem comprometer significativamente a capacidade do indivíduo de manter hábitos adequados de higiene bucal e de buscar atendimento odontológico regular, resultando em prejuízos funcionais, estéticos e sociais<sup>2</sup>.

Além disso, as doenças bucais podem comprometer o desempenho cotidiano dos indivíduos, provocando dor, sofrimento, alterações de humor, irritabilidade e constrangimentos psicológicos, além de impactar negativamente a vida social<sup>3</sup>.

A saúde bucal também exerce um papel determinante na manutenção da saúde integral e do bem-estar físico e emocional. Sua construção é contínua e moldada por fatores individuais e coletivos, como valores culturais, atitudes e comportamentos. Além disso, ela reflete dimensões fisiológicas, sociais e psicológicas que influenciam diretamente a qualidade de vida<sup>4</sup>.

Compreender a relação entre saúde mental e saúde bucal é essencial para a formulação de estratégias eficazes de promoção da saúde e prevenção de agravos. A partir dessa contextualização, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico que evidencia como alterações no estado mental, especialmente a depressão, podem impactar negativamente a saúde bucal dos pacientes.

## OBJETIVO

Relatar o caso de reabilitação oral de uma paciente de 27 anos, destacando a influência da depressão na saúde bucal e a importância da reabilitação funcional e estética.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 27 anos procurou atendimento na clínica da Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT para tratamento odontológico. Durante a anamnese, relatou histórico de depressão e ansiedade, condições que impactaram negativamente sua autoestima e motivação para o autocuidado, inclusive em relação à saúde bucal.

A paciente relatou ter feito uso de amitriptilina 10 mg por dois anos, além de outra medicação antidepressiva cujo nome não recorda. Informou que não faz mais uso desses fármacos há algum tempo, período em que apresentou perda dentária e comprometimento da saúde oral.

Atualmente, a paciente expressa o desejo de reabilitar seu sorriso e recuperar a confiança ao conversar e sorrir, sem sentir desconforto. A mesma informou que seu quadro depressivo se encontra controlado e negou outras alterações sistêmicas relevantes

## EXAME CLÍNICO

No exame clínico extraoral, observou-se assimetria facial, padrão esquelético de Classe III e sinais de envelhecimento precoce decorrentes da perda da dimensão vertical de oclusão (DVO).

O exame clínico intraoral revelou múltiplas lesões de cárie nos dentes 35, 33, 32, 31 e 41, restaurações de amálgama com infiltração no 46, restaurações em excesso nos dentes 44 e 45, e restauração sem ponto de contato nos dentes 46 e 47. Na arcada superior, apresentava ausência de todos os dentes, exceto 24 e 25, correspondendo à perda dos dentes 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 26, 27 e 28. Na arcada inferior, apresentava ausência dos dentes 34, 38 e 48. A paciente não utilizava nenhum tipo de prótese. Também foram observadas papilas gengivais inflamadas e acúmulo de placa bacteriana.

**Figura 1:** Aspecto clínico inicial.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figura 2:** Aspecto clínico inicial arcada inferior.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figura 3:** Vista palatina.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figura 4:** Foto de perfil.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figura 5:** Vista lateral.



**Fonte:** Autoria própria (2025).



## Exames Complementares

Foram realizadas radiografias periapicais dos dentes de interesse clínico, a fim de complementar a avaliação das estruturas envolvidas.

**Figura 6:** Radiografia periapical dos elementos 44,45,46,47.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figura 7:** Radiografia periapical dentets anteriores inferiores.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

## Plano de Tratamento

O plano de tratamento foi estruturado em etapas sequenciais, conforme descrito a seguir:



- 1) Adequação do meio bucal: raspagem e alisamento radicular;
- 2) Moldagem para estudo e planejamento clínico;
- 3) Tratamento endodôntico do dente 24;
- 4) Instalação de pino de fibra de vidro no 24;
- 5) Confecção de coroa total em resina composta no 24;
- 6) Restaurações diretas em resina composta nos dentes 31, 32, 33, 35 e 41;
- 7) Substituição de restaurações de amálgama por resina composta nos dentes 44 e 45;
- 8) Confecção de onlays em resina composta nos dentes 46 e 47;
- 9) Instalação da prótese parcial removível (PPR) superior;
- 10) Orientação sobre uso, higiene e manutenção da PPR;
- 11) Preservação com retornos periódicos para acompanhamento e ajustes.
- 12) Orientação sobre a necessidade de tratamento ortodôntico, tendo a paciente iniciado o uso de aparelho ortodôntico após toda abordagem terapêutica.

O plano foi cuidadosamente elaborado com o objetivo de promover uma reabilitação completa e satisfatória, restaurando função e estética. A abordagem respeitou os limites e necessidades individuais, priorizando tanto a recuperação física quanto o bem-estar emocional. A paciente foi devidamente informada sobre todas as etapas do processo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Imagem, e concordou com o plano de tratamento proposto.

### **Adequação do Meio Bucal**

A fase inicial do tratamento consistiu na adequação do meio bucal, com o objetivo de controlar a infecção e melhorar as condições locais antes do início dos procedimentos reabilitadores. Foi realizada a raspagem e o alisamento radicular com o auxílio do ultrassom Jet Sonic BP (Gnatus, Barretos – SP, Brasil), visando à remoção de cálculo supragengival e subgengival. Em seguida, realizou-se profilaxia mecânica com escova de Robson e pasta profilática, associada à orientação de higiene oral, complementando a etapa anterior e promovendo a melhora da saúde periodontal antes das fases restauradoras.

## **Tratamento Endodôntico**

Foi administrada anestesia infiltrativa com mepivacaína 2% (DFL Indústria Farmacêutica S/A.), realizou-se a abertura coronária em alta rotação com broca diamantada esférica haste longa #1012 (KG Sorensen - São Paulo, Brasil), seguida da remoção do teto utilizando broca multilaminada de ponta inativa #3182 (KG Sorensen - São Paulo, Brasil), o que permitiu o adequado acesso ao sistema de canais radiculares. O isolamento absoluto foi realizado com dique de borracha (Madeitex, São Paulo, Brasil) e grampo nº 00 (Golgran - São Paulo, Brasil), garantindo a assepsia do campo operatório e prevenindo contaminações. Procedeu-se à exploração dos canais por meio da localização dos orifícios de acesso com limas manuais tipo K, (Easy Equipamentos, Belo Horizonte – MG, Brasil) conforme protocolo endodôntico. A instrumentação mecânica inicial foi realizada com limas M Orifice Shaper 08 e 10 (Easy Equipamentos, Belo Horizonte – MG, Brasil). Durante a instrumentação, os canais foram irrigados com solução de soro fisiológico (Laboratório São Paulo, São Paulo – SP, Brasil), promovendo a limpeza e desinfecção do sistema de canais.

O preparo do segundo terço foi realizado com limas M do sistema Easy #20.03 (Easy Equipamentos, Belo Horizonte – MG, Brasil), avançando três limas acima e finalizando na #35.03. Em seguida, os canais foram secos com cones de papel absorvente estéreis (Cell Pack - Tanari Dentsply, Petrópolis – RJ, Brasil), removendo o excesso de líquido. Por fim, a obturação foi realizada com cimento endodôntico Fill Canal (Dentsply, Petrópolis – RJ, Brasil) e cones de guta-percha calibrados nº 35, taper 0.03 (Odus de Deus, Belo Horizonte – MG, Brasil), pela técnica de cone único.

## **Pino de Fibra de Vidro (PFV)**

Após a conclusão do tratamento endodôntico e a verificação da necessidade de reforço coronorradicular, optou-se pela instalação de um pino de fibra de vidro no dente 24. Para tanto, preservou-se aproximadamente 4 mm de guta-percha apical para manter o selamento do canal. A remoção da obturação no terço coronário e médio foi realizada com brocas Largo nº 1 e 2 (Angelus - Londrina, Paraná, Brasil) e brocas gates nº 3 e 4 (Angelus - Londrina, Paraná, Brasil), respeitando o diâmetro radicular e evitando desgaste excessivo das paredes dentinárias. Selecionou-se o pino de fibra de vidro 0,5 (System Whitepost DC Refil – FGM Joinville, Santa Catarina,

Brasil) compatível com o diâmetro do canal preparado, e sua adaptação foi confirmada por meio de radiografia periapical. O PFV foi desinfetado com clorexidina 0,12% e, em seguida, recebeu silanização (Angelus - Londrina, Paraná, Brasil) por 60 segundos, logo após, foi aplicado uma camada fina de adesivo, com fotoativação por 20 segundos. No espaço intrarradicular aplicou-se adesivo universal (Ambar Universal, FGM, Joinville – SC, Brasil), friccionando-o na parede radicular com microbrush por 20 segundos, seguido da evaporação do solvente com jato leve de ar por 10 segundos. O cimento resinoso dual AllCem Dual (FGM, Joinville – SC, Brasil) foi inserido no canal com ponteira endodôntica, preenchendo-o do ápice para a coroa para evitar a formação de bolhas. O pino previamente silanizado foi inserido em movimento suave até sua posição final. O excesso de cimento foi removido seguido da fotoativação por 40 segundos nas faces vestibular, palatina e oclusal.

### **Coroa Total em Resina Composta no Dente 24**

Após a cimentação do pino de fibra de vidro, foi confeccionado um núcleo de resina composta (Forma- Ultradent Produtos Odontológicos, Indaiatuba – SP, Brasil) esculpido em incrementos e fotoativado 20 segundo cada, segundo protocolo do fabricante. Procedeu-se então ao preparo coronário do dente 24, utilizando o Kit de Brocas de Prótese Fixa da FGM Dental Group (Joinville – SC, Brasil), respeitando os princípios biomecânicos de retenção e resistência. Em seguida, realizou-se a moldagem com moldeira parcial superior e inferior, com silicone de condensação (Perfil Vigodente, Rio de Janeiro, Brasil) pela técnica de dupla mistura, aplicando primeiramente a massa pesada e, em seguida, a leve. A moldagem foi enviada ao laboratório protético para a confecção da coroa definitiva em resina composta. Foi elaborado um provisório em resina acrílica duraleay (Reliace, Alsip, Illinois- EUA) ajustado em boca quanto à adaptação marginal e oclusão, a fim de preservar a função mastigatória, a estética e a proteção do preparo.

Na sessão seguinte, realizou-se a prova da coroa definitiva, avaliando adaptação marginal, pontos de contato e oclusão. A peça protética foi limpa e condicionada com ácido fosfórico 37% (FGM, Joinville – SC, Brasil), seguida de lavagem abundante e secagem delicada. Em seguida, aplicou-se adesivo Ambar Universal (FGM, Joinville – SC, Brasil) em duas camadas, volatilizando a primeira

camada e fotoativando por 40 segundos, e aplicando a segunda camada com nova fotoativação conforme protocolo do fabricante. O preparo do dente consistiu na aplicação do mesmo protocolo de ácido e adesivo apenas no esmalte, seguindo os mesmos passos realizados na coroa. Posteriormente, realizou-se a cimentação com cimento resinoso dual Allcem Core (FGM, Joinville – SC, Brasil), aplicando a mistura na coroa e assentando-a sobre o dente preparado. Os excessos de cimento foram removidos com sonda exploradora e cada face (palatina, vestibular, mesial e oclusal) foi fotoativada por 40 segundos. Por fim, efetuaram-se ajustes oclusais, acabamento e polimento, garantindo restauração estética, funcional e de maior longevidade ao elemento dentário.

**Figura 8:** instalação do pino fibra de vidro.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figura 10 e 11:** Coroa total em resina após envio do laboratório.



**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 12-13:** Aspecto final da coroa adaptada e cimentada.



**Fonte:** autoria própria (2025).

### **Restaurações em Resina Composta**

A fase restauradora foi dividida em duas sessões clínicas. Na primeira sessão, foram realizadas as restaurações diretas nos dentes cariados 41, 31, 32, 33 e 35, bem como a remoção das restaurações de amálgama insatisfatórias nos elementos 44 e 45. Além disso, as restaurações de amálgama presentes nos elementos 46 e 47 também foram removidas, optando-se pela substituição provisória por cimento de ionômero de vidro (Ionglass Photo Blue, Maquira, Maringá – PR, Brasil), em razão do quadro de inflamação gengival local. Em todas as cavidades, utilizou-se isolamento absoluto com dique de borracha (Madeitex, São Paulo – SP, Brasil), seguido da remoção do tecido cariado ou amálgama com brocas esféricas (KG Sorensen-SP, Brasil) e curetas de dentina. As cavidades foram preparadas de forma conservadora, respeitando a máxima preservação de estrutura dental.

Aplicou-se ácido fosfórico 37% (FGM, Joinville – SC, Brasil) apenas sobre o esmalte por 30 segundos, seguido de lavagem abundante e secagem suave. Em seguida, o adesivo universal (Ambar Universal, FGM, Joinville – SC, Brasil) foi aplicado friccionando com microbrush, evaporando-se o solvente com jato de ar leve e fotoativado por 40 segundos. As cavidades foram restauradas com resina composta (Forma, Ultradent Produtos Odontológicos – SP, Brasil) em incrementos de até 2 mm, fotoativados por 20 segundos cada, finalizando com escultura, acabamento e polimento com discos Sof-Lex (3M ESPE, St. Paul, EUA).

Na segunda sessão, foram realizados os preparos coronários dos elementos 46 e 47 para restaurações indiretas do tipo onlay, respeitando princípios de preservação de estrutura dentária e adaptação oclusal. As cavidades foram ajustadas para acomodar as onlays, mantendo anatomia oclusal e proximal e garantindo terminações em ombro arredondado. Realizou-se moldagem parcial com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Badia Polesine – Itália) para confecção do modelo de trabalho em gesso. As onlays foram confeccionadas em resina composta Forma (Ultradent Produtos Odontológicos, Indaiatuba – SP, Brasil), na cor A2B, moldadas e polimerizadas sobre o modelo. Posteriormente, as onlays foram ajustadas em boca, cimentadas com resina flow (FGM, Joinville – SC, Brasil), com remoção dos excessos e fotoativação de cada face (palatina, vestibular, mesial e oclusal) por 40 segundos. Por fim, realizaram-se ajustes oclusais, acabamento e polimento, restabelecendo função, anatomia oclusal e estética dos elementos restaurados



**Figura 14:** antes da remoção do tecido cariado dos elementos 41,31,32,33,35.  
**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 15:** Aspecto final dos elementos.  
**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 16:** Remoção das restaurações de amálgama. **Fonte:** autoria própria (2025).



**Figura 17:** restauração com resina composta dos elementos 44;45 e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável no 46,47 **Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 18:** confecção das restaurações indiretas dos elementos 46 e 47 no modelo de gesso.

**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 19:** Cimentação e ajuste das restaurações em boca.

**Fonte:** Autoria própria (2025).

### **Reabilitação Protética com Prótese Parcial Removível (PPR)**

Após a conclusão das restaurações, iniciou-se a fase de reabilitação protética, realizada em sessões clínicas sequenciais. Na primeira consulta, foram realizadas moldagens das arcadas superior e inferior com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Badia Polesine, Itália), possibilitando análise detalhada do caso e planejamento da prótese parcial removível (PPR). Considerando a presença de apenas dois elementos dentários remanescentes definiu-se a confecção de nichos para grampos geminados e o uso de placa palatina, visando garantir maior retenção, estabilidade e suporte à prótese. Em sequência, foi realizada moldagem funcional com silicone de condensação (massa pesada seguida de massa leve), e os modelos foram enviados ao laboratório protético para confecção da PPR.

Na sessão seguinte, a estrutura metálica foi provada em boca, avaliando ajuste, adaptação e conforto da paciente. Foi realizada então a prova dos dentes montados em cera, etapa essencial para verificação da oclusão, fonética e estética, garantindo que a PPR atendesse aos requisitos funcionais e estéticos antes da finalização. Após aprovação de todas as fases, a prótese foi acrilizada, ajustada e instalada em boca. Forneceu-se instruções detalhadas sobre uso, higiene e manutenção, reforçando cuidados para preservar a durabilidade e função da prótese. Quatro meses após a instalação, a paciente retornou para acompanhamento clínico, quando foram



avaliados conforto, adaptação, função mastigatória, fonética e saúde gengival, além de ajustes finos necessários na prótese.



**Figura 21:** Modelos de estudo superior e inferior, planejamento com nichos, moldagem funcional com silicone de condensação e registro de mordida.  
**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 22:** prova da estrutura e delimitação das linhas de referências  
**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 23:** estrutura metálica.  
**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 24-25:** prova dos dentes em cera.  
**Fonte:** Autoria própria (2025).



**Figura 26-27** prótese acrilizada e instalada.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

**Figuras 28, 29, 30:** Aspecto clínico final.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

## DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado evidencia a inter-relação entre a saúde bucal e o estado emocional da paciente, especialmente no contexto de um histórico de depressão. A literatura aponta que transtornos mentais, como a depressão, estão associados à negligência dos cuidados com a saúde bucal, dificultando o engajamento em práticas preventivas e o acesso a tratamentos odontológicos regulares<sup>5</sup>. Isso contribui para o desenvolvimento e agravamento de doenças bucais, como cáries, periodontopatias e perda dentária<sup>6</sup>, como observado neste caso.

O uso prolongado da amitriptilina, um antidepressivo com efeito anticolinérgico, está relacionado à redução significativa do fluxo salivar, podendo

causar xerostomia importante, condição frequentemente relatada em pacientes em uso dessa medicação<sup>7</sup>. Revisões sistemáticas mostram que antidepressivos, de maneira geral, estão associados a manifestações orais, como xerostomia, cárie e doença periodontal<sup>8</sup>. Além disso, evidências experimentais em modelo animal indicam que a amitriptilina pode induzir alterações degenerativas nas glândulas salivares, oferecendo suporte ao mecanismo biológico da hipossalivação<sup>9</sup>.

No caso em questão, a combinação entre o efeito xerostômico da amitriptilina e a negligência nos cuidados de higiene oral criou um ambiente altamente favorável à rápida progressão das lesões cariosas, ao agravamento periodontal e, conseqüentemente, à perda dentária.

A paciente relatou impactos profundos em sua autoestima, alimentação e vida social em decorrência da ausência dentária, o que está alinhado com estudos que mostram como a estética do sorriso e a função mastigatória estão diretamente relacionadas à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico<sup>10</sup>. A reabilitação oral, portanto, assume um papel fundamental não apenas na restauração funcional, mas também como ferramenta de reconstrução da identidade, autoestima e integração social do indivíduo<sup>11</sup>.

Diante do histórico emocional relatado pela paciente, mesmo em fase de estabilidade, e considerando que fazia muito tempo que não frequentava consultas odontológicas, a conduta clínica demandou uma abordagem cuidadosa, empática e individualizada. Essa postura corresponde à prática do dentista moderno, centrado no paciente como um todo, reconhecendo a importância de acolher de forma humanizada, permitindo a identificação e a resolução de problemas que vão além da cavidade oral<sup>12</sup>. Tal abordagem é essencial para promover não apenas a saúde bucal, mas também o bem-estar psicológico e a adesão ao tratamento, especialmente em pacientes com histórico de comprometimento emocional ou ausência prolongada de cuidados odontológicos. A escuta atenta e o acolhimento desde a anamnese foram fundamentais para criar um ambiente seguro, no qual a paciente pôde expressar suas queixas, expectativas e receios. Esse tipo de abordagem contribui significativamente para o fortalecimento do vínculo profissional-paciente e para a adesão ao tratamento<sup>13</sup>, especialmente em casos nos quais a autoestima e a autopercepção estão fragilizadas.

Considerar o impacto emocional da condição bucal, mesmo em pacientes que não estão em tratamento ativo para transtornos mentais, constitui uma prática clínica essencial para alcançar resultados mais satisfatórios e humanizados. As condutas adotadas no plano de tratamento foram definidas com base nas condições clínicas apresentadas e na necessidade de reabilitação funcional e estética da paciente. A realização do tratamento endodôntico no dente 24, por exemplo, foi indicada considerando a fratura extensa da parede mesial do dente e a presença de uma restauração de amálgama com comprometimento marginal, fatores que aumentavam o risco de fratura, de acordo com Rana et al.<sup>14</sup>, e que inviabilizariam a função protética futura.

A escolha pelo uso de pino de fibra de vidro e coroa total em resina composta está de acordo com recomendações da literatura, visando garantir maior resistência estrutural, longevidade do dente e estética satisfatória<sup>15,16</sup>. Já as restaurações diretas e indiretas nos demais elementos dentários foram fundamentais para restabelecer a integridade das estruturas remanescentes, corrigir falhas pré-existentes e preparar o meio bucal para a reabilitação protética, como apontam estudos que enfatizam a importância da individualização do tratamento em casos complexos<sup>15</sup>. Cada decisão clínica foi pautada na individualização do caso e no respeito às necessidades da paciente, promovendo uma recuperação gradativa e eficaz.

A reabilitação protética constituiu um ponto chave no tratamento, ao possibilitar a recuperação da função mastigatória, da fonética e da estética, elementos diretamente ligados à autoestima e à qualidade de vida<sup>17</sup>. A escolha pela prótese parcial removível (PPR) foi uma alternativa viável frente à condição clínica da paciente, uma vez que permite a reposição dos dentes ausentes e a devolução da função mastigatória de forma acessível e eficaz, como demonstram estudos que avaliam o impacto da PPR na função mastigatória e na qualidade de vida dos pacientes<sup>18</sup>.

A instalação da prótese proporcionou uma mudança perceptível na forma como a paciente se relacionava com sua imagem e com o meio social, relatando maior confiança para sorrir, conversar e se alimentar. Este achado é corroborado por estudos na literatura, como o de Martins et al. (2021), que demonstraram que a reabilitação com próteses dentárias melhora significativamente a qualidade de vida

dos pacientes, ao restaurar não apenas a função oral, mas também proporcionar maior aceitação estética e social<sup>19</sup>. Dessa forma, a reabilitação oral vai além do restabelecimento funcional, atuando como agente de restauração emocional e social, refletindo-se positivamente na autopercepção e no bem-estar dos indivíduos.

A escolha do plano de tratamento adotado para a paciente considerou não apenas os aspectos clínicos, mas também suas condições e limitações individuais. Embora o tratamento ortodôntico pudesse oferecer uma oclusão ideal e resultados funcionais superiores, as características clínicas e o contexto da paciente tornaram a prótese parcial removível a alternativa mais viável, permitindo uma intervenção imediata e de baixo impacto. Esse enfoque vai além da simples restauração funcional, pois promove a devolução da qualidade de vida, ao possibilitar a mastigação adequada, a melhora da fonética e da estética, e incentivar a autoestima e a autoconfiança. Estudos na literatura reforçam que planos de tratamento individualizados, que consideram a realidade e as necessidades do paciente, são fundamentais para garantir adesão, motivação e resultados positivos, abrindo caminho para futuras intervenções complementares<sup>20</sup>.

Após a reabilitação protética, a paciente demonstrou maior motivação para buscar tratamento ortodôntico, evidenciando o impacto positivo da intervenção inicial em sua autoestima e confiança. Atualmente, ela está em uso de aparelho ortodôntico fixo, indicando que a prótese parcial removível não apenas restaurou a função e estética, mas também serviu como etapa preparatória para tratamentos mais complexos, indo de encontro aos estudos que indicam que a reabilitação protética pode melhorar a saúde oral e sistêmica de pacientes parcialmente edêntulos, promovendo satisfação e qualidade de vida, e que tratamentos iniciais menos invasivos podem incentivar adesão a terapias complementares, como a ortodontia<sup>18</sup>.

Este caso clínico evidencia a importância do olhar atento e sensível do cirurgião-dentista diante de pacientes que carregam não apenas demandas clínicas, mas também histórias de sofrimento emocional e impacto social decorrentes da condição bucal. A atuação profissional foi fundamental para promover não apenas a reabilitação funcional e estética, mas também para resgatar aspectos subjetivos como a autoestima, a autoconfiança e a dignidade da paciente.



Segundo Pegoraro e Bastos (2017), a odontologia, ao assumir uma postura humanizada e centrada no indivíduo, amplia sua capacidade de transformar vidas, indo além da técnica e oferecendo acolhimento, escuta e cuidado<sup>10</sup>. Casos como este reforçam a necessidade de considerar cada paciente em sua totalidade, reconhecendo o papel da saúde bucal como componente essencial da saúde integral e da qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

O relato de caso evidencia que uma abordagem odontológica que integra técnica e atenção ao aspecto emocional é essencial. A reabilitação restabeleceu função, estética e autoestima, além de motivar a paciente para tratamentos complementares, como a ortodontia, reforçando a importância de estratégias individualizadas.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946.
2. Mohammadi TM, Sabouri A, Sabouri S, Najafipour H. Anxiety, depression, and oral health: A population-based study in Southeast of Iran. *Dent Res J (Isfahan)*. 2019 May-Jun;16(3):139-44. PMID: 31040868; PMCID: PMC6474177.
3. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev Saude Publica*. 2018;52: 44. doi:10.11606/s1518-8787.2018052000042.
4. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):915-7. doi:10.1016/j.jado.2016.11.010.
5. Choi J, Price J, Ryder S, Siskind D, Solmi M, Kisely S. Prevalence of dental disorders among people with mental illness: An umbrella review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Aug;56(8):949-63. doi:10.1177/00048674211042239. Epub 2021 Aug 30. PMID: 34461748.
6. Gholami N, Hosseini Sabzvari B, Razzaghi A, Salah S. Effect of stress, anxiety and depression on unstimulated salivary flow rate and xerostomia. *J Dent Res Dent Clin*

Dent Prospects. 2017 Fall;11(4):247-52. doi:10.15171/joddd.2017.043. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29354252; PMCID: PMC5768958.

7. Teoh CXW, Thng M, Lau S, Taing MW, Chaw SY, Siskind D, Kisely S. Dry mouth effects from drugs used for depression, anxiety, schizophrenia and bipolar mood disorder in adults: systematic review. *BJPsych Open*. 2023;9(2):e53. doi:10.1192/bjo.2023.15.
8. El-Tawil OS, Shaker OG, Al-Taher AM. Histopathological effects of amitriptyline on the submandibular salivary glands of adult male albino rats. *J Dent Oral Disord Ther*. 2015;3(6):1-6.
9. Kakkar M, Barmak AB, Arany S. Anticholinergic medication and dental caries status in middle-aged xerostomia patients: a retrospective study. *J Dent Sci*. 2022;17(3):1206-1211. doi:10.1016/j.jds.2021.12.014.
10. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saude Publica*. 2013;47 Suppl 3:S78-89.
11. Shigli K, Hebbal M. Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2010 Sep;27(3):167-73. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00323.x. Epub 2009 Jul 2. PMID: 19572920.
12. Macedo A de O, Passos JPP. Reflexos dos transtornos de ansiedade e de depressão na cavidade oral: uma análise dos últimos anos na população brasileira. *REASE*. 2023 Nov 14;9(10):2770-85. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11828>
13. Pegoraro RF, Bastos LSN. Experiências de acolhimento segundo profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Rev Enferm Aten Saúde*. 2017;6(1):3-17.
14. Rana MJA, Rana MA, Bano S, Bangash AY, Islam S, Hamdani S. Marginal integrity of class-I restorations, restored with amalgam and bonded amalgam; a comparative study. *Pak Armed Forces Med J*. 2023;73(1):66-69. doi:10.51253/pafmj.v73i1.5462.
15. Vârlan C, Dimitriu B, Vârlan V, Bodnar D, Suciu I. Current opinions concerning the restoration of endodontically treated teeth: basic principles. *J Med Life*. 2009 Apr-Jun;2(2):165-72. PMID: 20108535; PMCID: PMC3018977.
16. Zarow M, Devoto W, Saracinelli M. Reconstruction of endodontically treated posterior teeth—with or without post? Guidelines for the dental practitioner. *Eur J Esthet Dent*. 2009 Winter;4(4):312-27. PMID: 20111757.

17. Lira JLF, Dutra LL, Costa VCR, et al. Restaurações indiretas em resina composta em cavidades de diferentes profundidades: relato de caso. *Pesq Soc Desenvol.* 2021;10(4):e58810414439.
18. Augustin M, Joke D, Bourleyi S, Shenda L, Fidele N, Van T, Kanda N, Naert I. The effect of partial removable denture use on oral health related quality of life and masticatory function after 5 years use. *Open J Stomatol.* 2016;6(10):201–210. doi:10.4236/ojst.2016.610026.
19. Marinho Júnior JF, Silva Júnior JF, Silva Júnior JF. A influência das próteses removíveis na qualidade de vida de pacientes edêntulos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia.* 2024;73(1):66–69. Disponível em: <https://www.fap.com.br/anais/congresso-multidisciplinar-2024/comunicacao-oral/OD001.pdf>
20. MARTINS, AMC et al. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-Term: A systematic review and meta-Analysis. *Dental Research Journal*, v. 18, n. 1, p. 65, 2021.
21. Giroto A, Conde A, Pigozzi LB, Bellan MC, Paulus M. O uso da prótese parcial removível na reabilitação oral. *RECIMA21.* 2022;3(8):1805. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1805>