RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

Reabilitação oral interdisciplinar no adulto: critérios biológicos, funcionais e restauradores para decisões clínicas de longo prazo

Interdisciplinary Oral Rehabilitation in Adults: Biological, Functional and Restorative Criteria for Long-Term Clinical Decision-Making

Rehabilitación Oral Interdisciplinar en Adultos: Criterios Biológicos, Funcionales y Restaurativos para la Toma de Decisiones Clínicas a Largo Plazo

Paulo Henrique Pergher

Cirurgião-dentista. Odontologia - Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2005. Especialização em Prótese Dentária - Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, 2008. Formação em Ortodontia - Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI), 2013. Formação em Implantodontia em andamento - Instituto Orofacial das Américas, 2026-presente.

Resumo

A reabilitação oral de pacientes adultos raramente se resume à substituição de dentes ausentes ou à correção isolada de uma alteração oclusal. Em casos complexos, posição dentária, tecidos periodontais, espaço protético, estética, função mastigatória, condição sistêmica e expectativas do paciente formam um conjunto de variáveis interdependentes. Este artigo discute a reabilitação oral como processo decisório interdisciplinar, articulando evidências de prótese, ortodontia, periodontia, implantodontia e desfechos relatados pelo paciente. A metodologia consiste em revisão narrativa estruturada de revisões sistemáticas, estudos de síntese e literatura de referência. A análise sustenta que previsibilidade não decorre de uma técnica isolada, mas da capacidade de estabelecer diagnóstico global, definir objetivos restauradores antes da execução, escolher uma sequência terapêutica biologicamente sustentável e incorporar manutenção e experiência do paciente à avaliação de sucesso.
Palavras-chave: reabilitação oral; prótese dentária; ortodontia; planejamento interdisciplinar; periodonto; qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Abstract

Adult oral rehabilitation rarely consists solely of replacing missing teeth or correcting an isolated occlusal problem. In complex cases, tooth position, periodontal tissues, restorative space, esthetics, masticatory function, systemic condition, and patient expectations form an interdependent set of variables. This article discusses oral rehabilitation as an interdisciplinary decision-making process, integrating evidence from prosthodontics, orthodontics, periodontology, implant dentistry, and patient-reported outcomes. The method consists of a structured narrative review of systematic reviews, evidence syntheses, and reference literature. The analysis supports the view that predictability does not arise from a single technique, but from the ability to establish a global diagnosis, define restorative goals before execution, select a biologically sustainable treatment sequence, and incorporate maintenance and patient experience into the assessment of success.
Keywords: oral rehabilitation; prosthodontics; orthodontics; interdisciplinary treatment planning; periodontium; oral health-related quality of life.

Introdução

A expressão reabilitação oral costuma ser utilizada para descrever tratamentos muito diferentes entre si, desde a recomposição de um único elemento até a reconstrução de dentições extensamente comprometidas. Em adultos, especialmente quando há perdas dentárias, migrações, desgaste, alterações periodontais ou tratamentos prévios, o problema clínico não pertence integralmente a uma

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

única especialidade. Kalia e Melsen (2001) já destacavam que a ortodontia do adulto frequentemente constitui apenas uma parte de um plano maior, no qual o objetivo final precisa ser compartilhado por diferentes áreas.

A literatura protética reforça a mesma lógica. Abduo e Lyons (2017) observam que a longevidade de uma restauração fixa depende da harmonia entre prótese e periodonto, envolvendo desenho, dentes pilares, preparo, pônticos, oclusão e material. Isso desloca o raciocínio da pergunta 'qual procedimento realizar?' para uma questão mais ampla: 'qual estado biológico, funcional e restaurador se pretende construir e manter?'. Essa mudança de perspectiva é central para evitar tratamentos tecnicamente corretos, porém mal sequenciados.

A importância dessa abordagem também aparece nos desfechos centrados no paciente. Hultin et al. (2012), em revisão sistemática, encontraram efeito positivo da reabilitação de perdas dentárias sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos estudos de melhor qualidade metodológica. A avaliação de sucesso, portanto, não pode ficar restrita à sobrevida de dentes, restaurações ou implantes; deve incluir função, conforto, percepção do paciente e manutenção ao longo do tempo. O objetivo deste artigo é desenvolver esse raciocínio em sete dimensões clínicas complementares.

2. Metodologia

Foi realizada revisão narrativa estruturada da literatura, com foco em planejamento interdisciplinar de pacientes adultos submetidos a reabilitação oral. Foram priorizadas revisões sistemáticas, meta-análises, artigos de revisão e textos de referência com relevância clínica e metodologia rastreável.

A busca conceitual foi organizada em torno dos termos oral rehabilitation, interdisciplinary dentistry, prosthodontics, adult orthodontics, periodontal-prosthetic interface, implant treatment planning e oral health-related quality of life. O objetivo não foi produzir uma revisão sistemática própria, mas construir uma síntese crítica de evidências provenientes de diferentes áreas.

Para a interface periodontal-protética, utilizou-se principalmente a revisão de Abduo e Lyons (2017). Para a relação ortodontia-periodonto e a abordagem do paciente adulto, foram considerados os trabalhos de Gkantidis, Christou e Topouzelis (2010) e Kalia e Melsen (2001).

A discussão sobre planejamento restaurador associado a implantes foi apoiada por Boyce e Klemons (2015), enquanto resultados funcionais e desfechos relatados pelo paciente foram analisados a partir de Hultin et al. (2012), Yao et al. (2018) e Srinivasan et al. (2023).

Os achados foram organizados em sete eixos: diagnóstico global, sequência interdisciplinar, ortodontia pré-restauradora, interface periodontal, planejamento protético, reabilitação de perdas

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

dentárias e manutenção. O artigo evita transformar achados de populações específicas em regras universais.

Não são apresentadas recomendações clínicas individualizadas. A escolha de tratamentos depende de exame físico, exames de imagem, condição periodontal, relação oclusal, risco de doença, expectativa estética, possibilidade de higiene, fatores sistêmicos e preferência do paciente.

3.1 Diagnóstico global: do dente isolado ao sistema oral

O primeiro requisito de uma reabilitação madura é abandonar a leitura fragmentada do problema. Um espaço edêntulo pode decorrer de perda dentária antiga, mas sua resolução depende do comportamento dos dentes vizinhos, do antagonista, da posição radicular, do volume de tecidos, da dimensão oclusal e da expectativa estética. Cada uma dessas variáveis modifica a indicação e a sequência.

Boyce e Klemons (2015) propõem que o planejamento restaurador associado a implantes seja estruturado a partir de história médica, exame oral e oclusal, imagem e decisão entre soluções fixas ou removíveis. Embora o artigo tenha foco em implantologia restauradora, sua contribuição mais importante é metodológica: decisões técnicas devem ser precedidas por definição do problema e das limitações.

Essa lógica é especialmente relevante quando a dentição apresenta múltiplas intervenções prévias. Restaurações extensas, tratamentos endodônticos, recessões, perdas de suporte ou alterações de posição não podem ser somadas mecanicamente. O prognóstico de cada unidade precisa ser interpretado dentro do plano global.

A definição do objetivo restaurador deve anteceder decisões irreversíveis. Preparos, extrações ou instalação de implantes realizados antes de se estabelecer posição dentária, contorno gengival, dimensão dos espaços e relação oclusal podem reduzir alternativas futuras.

O diagnóstico também precisa separar necessidade biológica de desejo estético. Em alguns casos, a correção visual pode ser alcançada por diferentes caminhos, com custos biológicos distintos. A melhor decisão não é necessariamente a mais rápida, mas a que preserva tecido e mantém opções de manutenção.

Por isso, o caso complexo deve ser lido como sistema. O dente continua sendo unidade anatômica essencial, mas a decisão restauradora pertence ao conjunto formado por tecidos, oclusão, função, estética, tempo e expectativas.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

3.2 Sequenciamento interdisciplinar e reversibilidade

Um plano pode conter procedimentos corretos e ainda assim produzir um resultado inferior quando a sequência é inadequada. Ortodontia, cirurgia periodontal, prótese, implantes e ajustes oclusais alteram condições que interferem entre si; por isso, a ordem dos eventos é parte do tratamento.

Kalia e Melsen (2001) ressaltam a necessidade de objetivo bem definido em pacientes adultos submetidos a abordagem interdisciplinar. Em termos práticos, isso significa saber quais movimentos dentários são necessários para viabilizar a restauração, quais tecidos precisam estabilizar antes de moldagens definitivas e quais etapas podem ser adiadas.

A reversibilidade deve ser considerada como princípio. Procedimentos diagnósticos, enceramentos, mock-ups e provisórios permitem testar dimensões, forma, função e aceitação antes de intervenções permanentes. Essa fase reduz a distância entre planejamento abstrato e comportamento real do sistema oral.

A sequência também precisa respeitar a biologia. Movimentos ortodônticos em tecidos inflamados, restaurações definitivas sobre periodonto instável ou próteses instaladas antes da maturação adequada dos tecidos criam riscos que não são compensados pela precisão técnica do procedimento.

Outro aspecto é a possibilidade de reavaliação. Em tratamentos longos, novas informações surgem. A resposta periodontal, a adesão do paciente, a mudança de posição dentária e o desempenho de provisórios podem justificar ajustes do plano.

Assim, sequenciar não é apenas organizar agenda. É administrar incerteza, preservar alternativas e garantir que cada etapa produza condições melhores para a seguinte.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

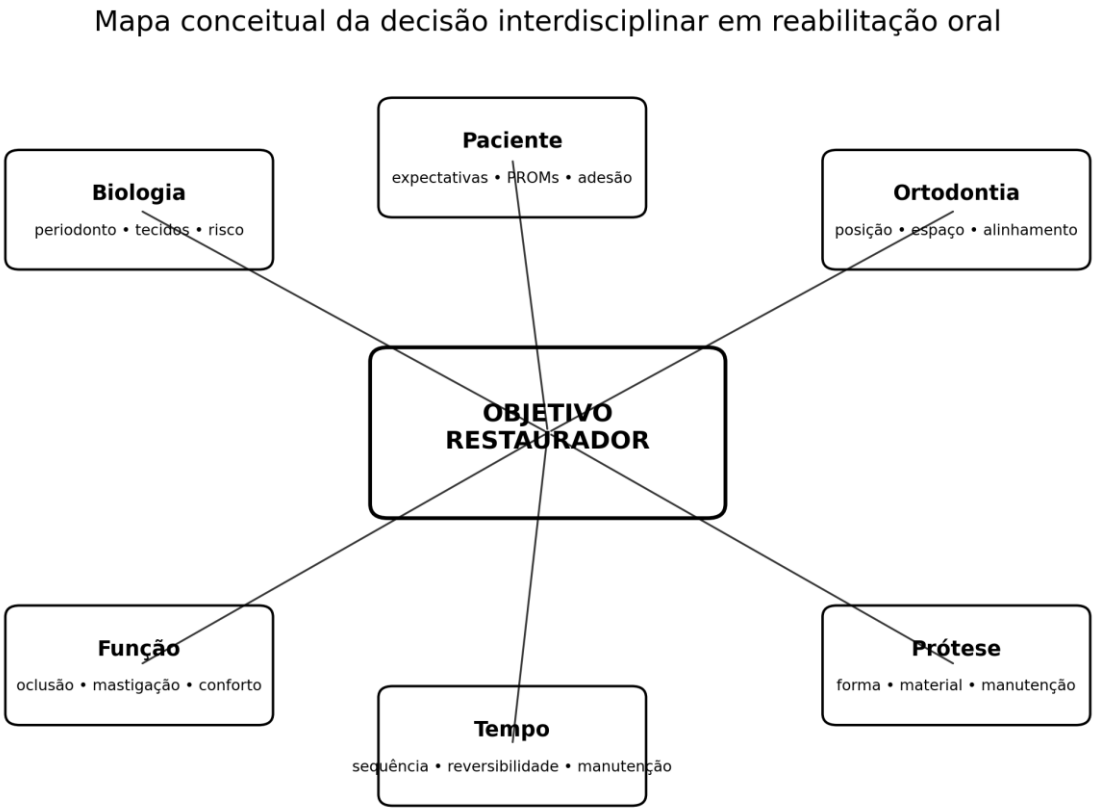


Figura 1. Mapa conceitual da decisão interdisciplinar em reabilitação oral. Elaboração própria a partir dos eixos de planejamento discutidos no artigo.

3.3 Ortodontia pré-restauradora: criar espaço, não apenas alinhar dentes

A ortodontia em adultos com necessidade restauradora frequentemente tem finalidade diferente daquela observada em pacientes jovens sem perdas dentárias. O objetivo pode ser verticalizar dentes inclinados, redistribuir espaço, corrigir migrações, alinhar margens ou criar condições para uma restauração proporcional.

Gkantidis, Christou e Topouzelis (2010), ao revisarem a interface ortodontia-periodontia, destacam que movimentação dentária depende diretamente da condição dos tecidos de suporte. Em pacientes com histórico periodontal, controle de inflamação e manutenção tornam-se pré-requisitos para movimentação segura.

A criação de espaço protético precisa ser planejada em milímetros, mas também em raízes, tecidos e proporção. Um espaço coronário visualmente adequado pode permanecer inadequado se as raízes não estiverem posicionadas para a futura restauração ou para eventual implante.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

A posição do dente também influencia gengiva e estética. O movimento ortodôntico pode alterar relações entre margem gengival, papila e contorno, razão pela qual o objetivo não deve ser simplesmente atingir uma oclusão de classificação ideal.

Nos casos interdisciplinares, a comunicação entre ortodontista e restaurador precisa ocorrer antes e durante o movimento. Fotografias, modelos, enceramento e planejamento digital podem tornar o objetivo mais explícito, mas não substituem a definição clínica compartilhada.

A ortodontia pré-restauradora, portanto, funciona como ferramenta de preparação do campo. Seu sucesso não é medido apenas pelo alinhamento final, mas pela qualidade das condições entregues à etapa restauradora.

3.4 Interface periodontal e arquitetura dos tecidos

Uma restauração biologicamente inadequada pode comprometer tecidos mesmo quando apresenta boa estética inicial. Abduo e Lyons (2017) enfatizam que a harmonia entre prótese fixa e periodonto é decisiva para longevidade de ambos.

Posição da margem, perfil de emergência, contorno proximal e facilidade de higiene interferem no ambiente periodontal. O planejamento deve considerar fenótipo gengival, nível ósseo, papila, linha do sorriso e necessidade de correção de tecido antes do procedimento definitivo.

A presença de inflamação ativa muda prioridades. Em vez de avançar diretamente para restauração, o controle da doença e a reavaliação da resposta tecidual precisam preceder decisões irreversíveis.

A interface periodontal também interfere na estética. Assimetria de margens, exposição radicular ou arquitetura inadequada pode não ser resolvida apenas por aumento do volume restaurador. Em algumas situações, correção ortodôntica ou periodontal preserva uma proporção mais natural.

O contorno protético deve favorecer higiene. Áreas inacessíveis podem transformar uma solução visualmente refinada em fonte crônica de inflamação e manutenção difícil. A estética de longo prazo depende de tecido saudável e acessível.

Dessa forma, o periodonto não é moldura passiva da restauração. Ele integra o resultado funcional e estético e precisa ser planejado com a mesma atenção dada ao material restaurador.

3.5 Prótese como projeto de função, forma e manutenção

A prótese reabilitadora não deve ser entendida como etapa de acabamento. Ela traduz o objetivo funcional e estético em forma, material, contatos, textura e relações oclusais capazes de serem mantidas ao longo do tempo.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

Abduo e Lyons (2017) lembram que desenho protético, qualidade dos pilares, preparo, pônticos, oclusão e material estão interligados. Um material de alta resistência não corrige automaticamente um desenho inadequado ou uma distribuição desfavorável de forças.

A seleção do material depende do espaço disponível, extensão, substrato, antagonista, exigência estética e possibilidade de reparo. A decisão deve considerar o ciclo de vida da restauração e não apenas sua aparência no momento da cimentação.

Provisórios desempenham papel científico no próprio caso: permitem testar forma, fonética, contatos, tolerância do paciente e resposta tecidual. Quando utilizados de modo planejado, funcionam como experimento clínico reversível antes da restauração definitiva.

A manutenção precisa ser prevista no desenho. Acesso para higiene, possibilidade de remover ou reparar componentes e documentação do material utilizado são parte da qualidade do tratamento.

Uma boa prótese, portanto, não é simplesmente aquela que se integra visualmente. É aquela que resolve o problema restaurador com custo biológico aceitável, função estável e manutenção possível.

3.6 Reabilitação de perdas dentárias e resultados centrados no paciente

A reposição de dentes perdidos pode utilizar próteses removíveis, próteses fixas dento suportadas, implantes ou combinações. A literatura não sustenta uma resposta única para todos os pacientes, porque anatomia, custo, preferência e capacidade de manutenção variam.

Hultin et al. (2012) concluíram que a reabilitação da perda dentária produziu efeitos positivos sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos estudos de melhor qualidade. Essa evidência amplia o conceito de benefício: mastigação, segurança social, conforto e percepção de saúde são desfechos relevantes.

Yao et al. (2018), ao examinarem resultados relatados por pacientes edêntulos reabilitados com diferentes modalidades sobre implantes, mostraram que o ponto de vista do paciente deve ser incorporado à comparação entre tratamentos. A escolha não pode ser reduzida à preferência técnica do operador.

Srinivasan et al. (2023) encontraram melhora significativa de função oral em adultos completamente edêntulos após reabilitação com próteses sobre implantes, incluindo medidas de desempenho mastigatório e força de mordida. O dado reforça que a restauração pode alterar função, e não apenas aparência.

Esses resultados devem ser comunicados sem promessas universais. Estudos apresentam heterogeneidade de desenho, população e instrumento de avaliação. O benefício individual depende do ponto de partida e do tipo de limitação existente.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

Resultados centrados no paciente ajudam a equilibrar indicadores clínicos. Uma reconstrução tecnicamente impecável que não melhora conforto, função ou percepção do paciente precisa ser analisada criticamente.

3.7 Manutenção, envelhecimento do tratamento e decisão de longo prazo

Todo tratamento restaurador envelhece. Tecidos mudam, materiais desgastam, dentes se movimentam e condições sistêmicas podem alterar risco. Planejar manutenção significa admitir essa temporalidade desde o início.

A necessidade de controle periodontal, revisões restauradoras e avaliação oclusal depende do perfil de risco. Protocolos fixos podem ser insuficientes para pacientes vulneráveis e excessivos para outros.

O histórico de falhas também é fonte de informação. Fraturas, descolamentos, perda de retenção ou inflamação recorrente não devem ser tratados apenas como eventos a reparar; podem revelar desenho inadequado, sobrecarga, higiene insuficiente ou mudança biológica.

A documentação longitudinal permite comparar. Fotografias, radiografias indicadas, registros de sondagem, modelos e anotações de materiais ajudam a distinguir evolução esperada de deterioração relevante.

A manutenção também é dimensão ética da indicação. Tratamentos cuja conservação depende de cuidados que o paciente não consegue realizar podem exigir alternativa mais simples e sustentável.

Em síntese, a qualidade de uma reabilitação aparece com o tempo. O sucesso inicial importa, mas a verdadeira maturidade clínica é revelada pela capacidade de preservar função, tecidos e opções terapêuticas ao longo dos anos.

Conclusão

A reabilitação oral do adulto é um problema de integração, não de acumulação de procedimentos. Quanto maior a complexidade, menor a utilidade de raciocínios baseados em uma especialidade isolada.O diagnóstico global permite compreender perdas dentárias, migrações, tecidos, oclusão e expectativas como partes de um mesmo sistema clínico. Essa leitura reduz decisões prematuras e amplia a preservação de alternativas.A sequência terapêutica é parte da qualidade do tratamento. Procedimentos reversíveis, provisórios e fases de reavaliação criam oportunidades para validar hipóteses antes de intervenções definitivas.A ortodontia pré-restauradora ganha relevância quando prepara posição e espaço para a reconstrução, em vez de perseguir apenas alinhamento abstrato. O objetivo final deve orientar o movimento.A integração entre periodonto e prótese é condição de

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 04/02/2026 | aceito: 07/02/2026 | publicação: 10/02/2026

longevidade. Margens, contornos e materiais precisam conviver com tecidos saudáveis e com higiene possível.A prótese deve ser tratada como projeto funcional e de manutenção. Aparência, resistência e precisão perdem valor quando o tratamento não pode ser higienizado, reparado ou acompanhado.

Desfechos relatados pelo paciente completam a análise científica. Função, conforto e qualidade de vida não substituem indicadores clínicos, mas impedem que o sucesso seja definido apenas pelo profissional.

Conclui-se que o pensamento reabilitador mais consistente é aquele que preserva tecido, organiza a sequência, testa antes de tornar-se irreversível e admite que toda reconstrução precisará ser mantida. Essa perspectiva é mais exigente do que escolher uma técnica, mas é justamente o que diferencia execução de planejamento clínico.

Referências

ABDUO, Jaafar; LYONS, Karl M. Interdisciplinary interface between fixed prosthodontics and periodontics. Periodontology 2000, v. 74, n. 1, p. 40-62, 2017.

BOYCE, Ricardo A.; KLEMONS, Gary. Treatment planning for restorative implantology. Dental Clinics of North America, v. 59, n. 2, p. 291-304, 2015.

GKANTIDIS, Nikolaos; CHRISTOU, Panagiotis; TOPOUZELIS, Nikolaos. The orthodontic-periodontic interrelationship in integrated treatment challenges: a systematic review. Journal of Oral Rehabilitation, v. 37, n. 5, p. 377-390, 2010.

HULTIN, Margareta et al. Oral rehabilitation of tooth loss: a systematic review of quantitative studies of OHRQoL. Clinical Oral Implants Research, v. 23, Suppl. 6, p. 228-237, 2012.

KALIA, Sonil; MELSEN, Birte. Interdisciplinary approaches to adult orthodontic care. Journal of Orthodontics, v. 28, n. 3, p. 191-196, 2001.

SRINIVASAN, Murali et al. Oral function in completely edentulous patients rehabilitated with implant-supported dental prostheses: a systematic review and meta-analysis. Clinical Oral Implants Research, 2023.

YAO, Coral J.; CAO, Cong; BORNSTEIN, Michael M.; MATTHEOS, Nikos. Patient-reported outcome measures of edentulous patients restored with implant-supported removable and fixed prostheses: a systematic review. Clinical Oral Implants Research, v. 29, Suppl. 16, p. 241-254, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO, 2022.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.