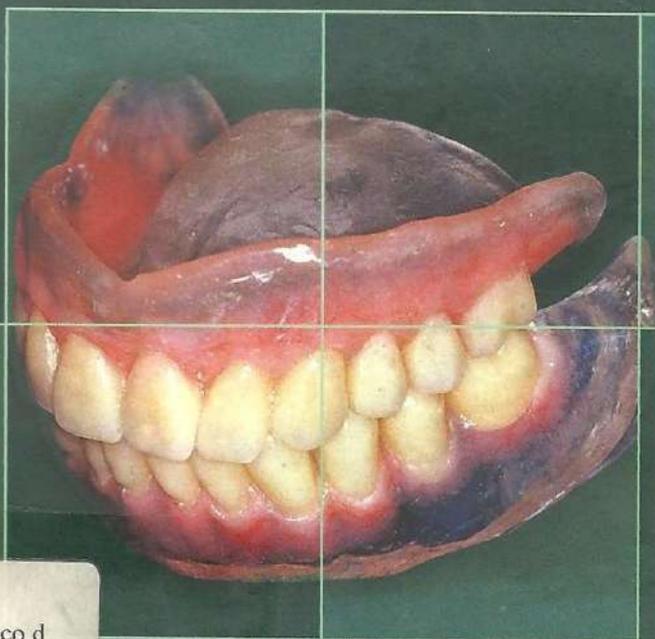


PRÓTESE TOTAL CONTEMPORÂNEA REABILITAÇÃO^{na} BUCAL

Vicente de Paula PRISCO da Cunha
Leonardo MARCHINI



N.Cham. 617.69 C977p

Autor: Cunha, Vicente de Paula Prisco d

Título: Prótese total contemporânea na



13937299

Ac. 98772

BCSO



www.editorasantos.com.br

santos
Livraria Editora

Ac. 98772

Título do Livro: Prótese Total Contemporânea na Reabilitação Bucal
Autores: Vicente de Paula PRISCO da Cunha
Leonardo MARCHINI
Revisão de Texto: Loreta Cesar Russo
Diagramação: Luciano B. Apolinário
Capa: Gilberto R. Salomão

© Livraria Santos Editora Ltda., 2007

Todos os direitos reservados à Livraria Santos Editora Ltda. Nenhuma parte da presente publicação pode ser reproduzida, armazenada ou transmitida, por quaisquer que sejam os meios, mecânico, fotocópia, eletrônico ou outros, sem a prévia permissão do Editor.

ISBN: 978-85-7288-637-6

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº	13937299
	14 07 09



Rua Dona Brígida, 701 – Vila Mariana
04111-081 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 5574-1200 – FAX: (11) 5573-8774
E-mail: editorasantos@editorasantos.com.br

Sumário

Sinopse	xix
Introdução	xxi
Preâmbulo – Considerações sobre Anatomia do Edêntulo e Meios de Retenção das Próteses Totais Mucossuportadas (PTMS)	xxiii
CAPÍTULO I – Exames Prévios	1
Anamnese.....	3
Observações Clínicas	3
Exame Clínico	4
Exames Complementares	5
Observações Clínicas	7
CAPÍTULO II – Moldagem Anatômica	9
Descrição dos Procedimentos.....	11
Moldagem do Rebordo Superior	12
Moldagem do Rebordo Inferior.....	14
Observações Clínicas	14
Obtenção dos Modelos Anatômicos.....	16
CAPÍTULO III – Confecção das Moldeiras Individuais	21
Descrição dos Procedimentos.....	23
Observações Clínicas	25
CAPÍTULO IV – Moldagem Funcional	29
Descrição dos Procedimentos.....	31
Observações Clínicas	32
Obtenção dos Modelos Funcionais	32
CAPÍTULO V – Confecção da Base Definitiva	39
Observações Clínicas	41
Descrição dos Procedimentos.....	41
Observações Clínicas	48
Um Breve Parêntese: Conceitos Básicos de Relações Maxilomandibulares para Confecção de Próteses Totais	51
Movimentos Mandibulares no Plano Vertical ..	51
Movimentos Mandibulares no Plano Horizontal	53
Oclusão Balanceada	54
CAPÍTULO VI – Confecção do Padrão de Cera Superior	57
Descrição dos Procedimentos.....	59
Observações Clínicas	59
CAPÍTULO VII – Posicionamento do Padrão de Cera no Articulador	61
Descrição dos Procedimentos.....	63
Observações Clínicas	63
CAPÍTULO VII – Apêndice: de Padrão de Cera para Plano de Orientação Individualizado	69
Descrição dos Procedimentos.....	69
Observações Clínicas	70
CAPÍTULO VIII – Posicionamento do Padrão de Cera Inferior no Articulador (Registro das Relações Maxilomandibulares)	71
Descrição dos Procedimentos.....	73
Padrão de Cera Inferior.....	73
Individualização do Padrão de Cera Inferior.....	73
Observações Clínicas	73
Obtenção das Curvas Individuais de Compensação.....	74
Observações Clínicas	75
Individualização do Articulador	78
CAPÍTULO IX – Montagem dos Dentes Artificiais	81
Descrição dos Procedimentos.....	83
Escolha do Tipo de Dente a Ser Empregado ..	83
Observações Clínicas.....	83
Montagem dos Dentes.....	84
Observações Clínicas.....	87

CAPÍTULO X – Provas Estéticas e Funcionais

da Montagem dos Dentes em Cera	93
Descrição dos Procedimentos	95
Observações Clínicas	95

CAPÍTULO XI – Processamento Laboratorial:

Inclusão, Polimerização e Acabamento ..	99
Descrição dos Procedimentos	102
Observações Clínicas	104
Descrição dos Procedimentos	104
Observações Clínicas	108

CAPÍTULO XII – Entrega e Ajustes Iniciais .. 109

Observações Clínicas	111
Descrição dos Procedimentos	112
Verificação dos Requisitos Oclusais	112
Observações Clínicas	112
Verificação da Adaptação Periférica	112
Observações Clínicas	113
Verificação dos Aspectos Estéticos e Fonéticos	113
Orientação Quanto aos Cuidados Caseiros	114

CAPÍTULO XIII – Cuidados Posteriores

Descrição dos Procedimentos	121
Controle após uma Semana	121
Controle após três Semanas	123
Observações Clínicas	123
Controles Semestrais	123
Observações Clínicas	123

CAPÍTULO XIV – Escolha dos Dentes

Artificiais	125
Forma dos Dentes	131
Idade	131
Sexo	131
Personalidade	133
Comprimento dos Dentes	133
Escolha da Forma e Perfil do Dente	135
Métodos para a Escolha dos Dentes	
Artificiais	136
Algumas Considerações Individuais para a Confecção de Próteses Totais	138

CAPÍTULO XV – Considerações Adicionais sobre a Montagem de Dentes

Dentes Anteriores	149
Dentes Posteriores	150
Aspecto Oclusal	150
Outros Métodos	151
Fatores que Interferem no Ajuste	151

CAPÍTULO XVI – Estomatite Induzida por

Dentadura	155
------------------------	-----

Definição, Prevalência e Classificação da Estomatite Induzida por Prótese	157
Etologia da Estomatite Induzida por Prótese:	
Novos Conceitos e Estudos sobre Biofilmes Orais e Doenças Polimicrobianas	158
Métodos Moleculares para a Identificação de Microrganismos	160
Tratamento da Estomatite Induzida por Dentadura	161

CAPÍTULO XVII – Reembasamento

Conceito	167
Observações Clínicas	167
Exame Clínico e Diagnóstico	168
Condicionamento de Tecidos	169
Os Vários Tipos de Reembasamento Possíveis	
Atualmente	170
Reembasamento de Longa Duração	170
Observações Clínico-laboratoriais	173
Reembasamento de Curta Duração	174
Considerações Finais	175

CAPÍTULO XVIII – Aspectos Importantes da

Prótese Total para a Terceira Idade	177
Introdução	179
Mudanças que Levam ao Edentulismo	180
Importância Psicológica das Próteses Totais	182
Doenças Sistêmicas e Próteses Totais	184
Influência Clínica dos Efeitos Bucais dos Fármacos	186
Considerações Clínicas sobre Prótese Total na Terceira Idade	188
Diálogo com o Paciente, Familiares e Cuidadores	188
Diálogo com os Médicos e Equipe de Saúde do Paciente	188
Horário de Atendimento, Duração das Consultas, Planejamento de Trabalho e Posição de Trabalho	188
Análise Crítica dos Defeitos das Próteses Atuais	189
Conserto Gradual dos Defeitos Apresentados	189
Buscar Técnicas mais Eficientes	189
Moldagens	190
Prova nos Roletes e Relações Maxilomandibulares	190
Cor dos Dentes Artificiais	190
Montagem dos Dentes	190
Provas na Boca	191
Enceramento, Identificação e Acrilização	191
Remontagem	191
Próteses Substitutas	191
Higienização das Próteses, Arcadas, Língua e	

Tecidos Moles	192
Controles Posteriores e Reembasamentos	192
Considerações Finais	192

CAPÍTULO XIX – Overdentures sobre

Implantes	195
Descrição dos Procedimentos	195
Observações Clínicas	195

CAPÍTULO XX – Articuladores..... 203

Classificação	205
Componentes e Acessórios	207
Vantagens	209
Limitações do Articulador	209
Perspectiva	209

CAPÍTULO XXI – Prótese Total Imediata 211

Definição	213
Possibilidades da Prótese Imediata	213
Reabsorção Óssea e a Prótese Imediata	214
Passos Clínicos	215
Moldagem em Prótese Total Imediata (PTI)	215
Registro das Relações Intermaxilares	215
Procedimentos Cirúrgicos e Pós-operatórios	218
Perspectiva	221

CAPÍTULO XXII – Overdentures sobre

Dentes Naturais	223
Introdução	225
Por que Manter Dentes ou Raízes e não Extraí-los?	225
Manutenção do Osso Alveolar	226
Manutenção da Resposta Sensorial	226
Eficiência Mastigatória	227
Aspecto Psicológico	227
Perfil dos Pacientes	227
Dentes de Suporte	228
Condição Periodontal	228
Estrutura Remanescente	228
Posição e Número na Arcada	229

Processo Alveolar	230
Sistema de Retenção	230
Sistema O' ring	230
Sistema Barra-clipe	231
Sistema Magnético	231
Insucessos em Overdentures	233
Considerações Finais	237

CAPÍTULO XXIII – Próteses Monomaxilares... 239

Descrição dos Procedimentos	241
Moldagens e Modelos	241
Base de Prova	245
Observações Clínicas	245
Planos de Orientação e Montagem em Articulador Semi-ajustável	246
Individualização do Articulador Semi- ajustável	246
Montagem e Prova dos Dentes	250
Procedimentos Laboratoriais	250
Entrega e Cuidados Posteriores	254
Observações clínicas	254

CAPÍTULO XXIV – Disfunção

Temporomandibular em Portadores de Prótese Total Mucossuportada	257
Classificação do Diagnóstico das DTM	259
Desordens da Musculatura Mastigatória	259
Desordens da ATM	260
Diagnóstico da DTM em Portador de PTMS ...	262
Protocolo para a Avaliação do Paciente	262
Exame Clínico	263
Relações Oclusais como um Possível Fator Etiológico Associado	263
Palpação Muscular	264
Palpação da ATM	264
Outros Fatores Etiológicos	264
Planos de Tratamentos para DTM em PT	264
Perda da DVO	266
RC Diferente de MIC e Contatos Prematuros – Interferências	266

CAPÍTULO XXV – Referências..... 267

Preâmbulo – Considerações sobre Anatomia do Edêntulo e meios de Retenção das Próteses Totais Mucossuportadas (PTMS)

Jarbas Francisco Fernandes dos Santos
Cláudia Alessandra Campos Cardoso

A anatomia do paciente edêntulo sofre variações com o passar do tempo, devido ao processo de reabsorção óssea a que está sujeito ao longo da vida. O osso alveolar existe com o intuito de dar suporte ósseo aos dentes; uma vez perdidos estes, ele perde a razão de existir e, como tudo em nosso organismo, o que não é usado ou é pouco usado, entra em processo de atrofia.

Essa reabsorção pode variar de intensidade de acordo com alguns fatores, como a idade do paciente e o grau de adaptação das PTMS. Com referência à idade, o metabolismo de cálcio em nosso organismo sofre variações, e estas se manifestam de forma diferente no homem e na mulher.

Entre o nascimento e os 25 anos de idade, temos um anabolismo, ou seja, no metabolismo do cálcio há sempre aumento deste no organismo, salvo em algumas patologias. Entre os 25 e os 40 anos na mulher, e entre os 25 e os 60 anos no homem, temos um equilíbrio entre o anabolismo e o catabolismo do cálcio em nosso organismo. É comum, e provavelmente você já ouviu de algum parente, principalmente do sexo feminino, a preocupação com a osteoporose quando do início do processo de menopausa, que ocorre na primeira metade da quarta década de vida da mulher.

A partir dessa etapa de vida, aos 40 anos, para as mulheres, e aos 60, para os homens, o catabolismo é maior que o anabolismo, o que provoca aceleração no processo de migração do cálcio, provocando reabsorção óssea alveolar, e isso ocorre também nos outros ossos do organismo, mas aqui cabe salientar a perda da função do osso alveolar com a perda dos dentes, o que ajuda a acelerar todo o processo.

Carlsson² encontrou, em ampla revisão da literatura, que os fatores sistêmicos e o sexo feminino influenciam mais o processo de reabsorção

óssea do que fatores locais. Além disso, verificou que pressão intermitente representa maior reabsorção, enquanto pressão contínua, menor reabsorção; e que a intensidade da reabsorção parece estar mais relacionada ao uso de PTMS do que à atrofia por desuso.

Com a confecção de PTMS bem-adaptadas, parte da função mastigatória é restaurada, e com isso conseguimos minimizar a velocidade do processo de reabsorção óssea alveolar. Porém, o processo não é interrompido, o que gera a necessidade de confecção de novas próteses em intervalos de aproximadamente 5 anos para conseguirmos manter esse processo sob controle.

Aqui vale salientar que por mais bem executada que seja uma prótese, esta não consegue interromper o processo de reabsorção óssea, somente mantê-lo sob controle, minimizando muito o desconforto do paciente. É que a prótese é confeccionada em resina acrílica e toma a forma atual do rebordo residual do paciente no momento de sua moldagem. Com o passar do tempo, vão havendo modificações nesse rebordo, e, num intervalo de aproximadamente 5 anos, essa mesma prótese já não adaptada-se ao rebordo.

Esse fator pode alterar a velocidade da reabsorção óssea alveolar. Quanto mais bem-adaptada, menores são os traumatismos que a PTMS pode provocar sobre a fibromucosa, e maior o conforto e o grau de restauração da função mastigatória. Agora você começa a entender o porquê da importância de boas moldagens de PTMS.

Com uma moldagem bem feita e um modelo bem obtido, quando da prensagem do acrílico para se obter a base da prótese total, conseguiremos que esta fique o mais justaposta possível à fibromucosa do paciente. Mesmo com esses cuidados, algumas vezes o clínico se depara com um

grau maior de reabsorção óssea, o que o leva a indicar alguns procedimentos no intuito de restabelecer essa justaposição, sem contudo perder as relações entre a maxila e a mandíbula. Esse procedimento se denomina “reembasamento”, e será estudado em outro capítulo deste livro.

Aqui é interessante revermos alguns conceitos da Física que podem levar ao sucesso ou ao fracasso na confecção das PTMS.

Quando o cirurgião-dentista intervém em seu paciente, atua tanto no planejamento como na execução de seus trabalhos, o que o obriga a ter em mente esses conceitos.

Você lembra o que é coesão?

“Coesão” é a força de atração entre moléculas de um mesmo corpo. Quando se tem na mão uma prótese total, tem-se um pedaço de acrílico com a forma do rebordo do paciente, que se mantém assim, porque as moléculas de resina acrílica estão interagindo entre si com determinada força, que as mantém unidas. A prótese precisa ser confeccionada em um material que não deforme com facilidade, para que possa cumprir bem suas funções, restabelecendo forma e função mastigatória e reabilitando o paciente.

E agora, se lhe perguntássemos o que é adesão?

“Adesão” é a força de atração entre moléculas de corpos diferentes.

Pense agora no momento de instalação de uma PTMS: você vai levar a prótese à boca de seu paciente e ela vai se aproximar da fibromucosa de seu rebordo alveolar, até que, de tão próximas, uma tende a aderir à outra. Você já lavou um copo algum dia? Lembra-se de quando colocava um dentro do outro e não conseguia separá-los? Isso devido à força de adesão entre os corpos, e esse fenômeno físico é de grande importância no sucesso da confecção das PTMS.

Vamos nos recordar: é preciso boas moldagens, fiéis, para a obtenção de bons modelos, que vão dar origem durante a prensagem a boas bases de próteses, que ficarão o mais justapostas possível à fibromucosa quanto mais fidelidade tiver o processo todo, e, quanto mais perto estiverem os dois corpos, maior a retenção de um com o outro, o que é extremamente desejável para as PTMS.

Voltando à lavagem dos copos, todos já devem ter notado que eles não são lavados a seco,

certo? É necessário água para lavá-los, e a presença desta é que muitas vezes trava um dentro do outro, conforme o exemplo anterior. Agora você já deve estar ligando os fatos: para que as PTMS tenham boa retenção, além de todos os detalhes de sua confecção, é necessário que a interface entre o acrílico e a fibromucosa esteja molhada, papel esse exercido pela saliva.

Agora, será que todos os líquidos são iguais? Basta ter um líquido interposto entre as duas superfícies para a força de adesão aumentar? Todos os líquidos têm capacidade de *molhamento*? O que difere nos líquidos? Sua **tensão superficial**. Tensão superficial é a força de atração entre as moléculas nas superfícies dos líquidos. Vamos trabalhar um pouco esse conceito, pois algumas vezes o julgamos controverso na literatura odontológica.

As forças intermoleculares nos líquidos são responsáveis por fenômenos de capilaridade e de superfície. “Capilaridade” seria conseguir a completa umidificação de uma toalha colocando-se somente uma de suas pontas imersas nesse líquido. Para o fenômeno de superfície, tomaríamos o exemplo da agulha que flutua na superfície da água, muito embora sua densidade seja maior que a desta. Outro exemplo é o fato de insetos conseguirem andar sobre as superfícies de líquidos, o que aparentemente violaria o teorema de Arquimedes (empuxo).

Vamos considerar um líquido em equilíbrio com seu vapor para podermos tecer algumas considerações. Uma molécula no interior do líquido é tracionada radialmente, em média de forma igualitária, em todas as direções, por forças de atração das moléculas vizinhas, de tal forma que essas forças ficam balanceadas. Grosso modo, essa atração é efetiva apenas a certa distância “d”, denominada **alcance molecular**, que tem valor aproximado de 10^{-7} cm.

Partindo do interior do líquido, as moléculas estão sob o “alcance molecular” umas das outras e, à medida que nos aproximamos da superfície, estas se afastam mais umas das outras. Logo acima da superfície há água no estado gasoso (evaporação). Essa condição provoca um desequilíbrio que gera tendência das moléculas da camada superficial (que tem a espessura “d”) a serem puxadas para o interior do líquido. Isso faz com que a superfície tenda a se contrair nessa direção.

Vejamos agora um comparativo dos valores de tensão superficial de alguns líquidos em contato com o ar:

Substância	Temperatura (°C)	Coefficiente (10 ⁻² N/m)
Azeite	20	3,20
Água	60	6,62
Água	20	7,28
Água	Zero	7,56
Mercúrio	20	46,50

Moléculas da camada superficial dos líquidos têm energia potencial maior que as de seu interior, energia esta que resulta da atividade realizada por forças da atração exercidas pelas moléculas do interior do líquido sobre as da superfície.

É bom lembrar que qualquer sistema em equilíbrio está num estado (dentre os possíveis) em que sua energia é mínima e, portanto, um líquido em equilíbrio deve ter a menor área superficial possível, ou seja, forças devem atuar no sentido de reduzir essa área.

Um líquido se comporta como se existissem forças tangentes à superfície (tensão superficial) e o coeficiente "Y" pode ser pensado como a força de tensão superficial por unidade de comprimento.

A tensão superficial é uma força de magnitude menor do que a de coesão nos sólidos, visto que os líquidos tomam a forma dos sólidos em que estão contidos. Mas a capacidade de molhamento acaba por aumentar o contato entre as superfícies, proporcionando um aumento da adesão até determinada espessura do líquido.

Vamos voltar ao exemplo dos copos? Para facilitar a separação, o que fazemos? Colocamos os copos em baixo da torneira e com o aumento da quantidade do líquido interposto, os copos acabam por se separar sem exigir o mesmo esforço anterior.

Partindo desse raciocínio, é necessário que nossos pacientes tenham saliva, mas a quantidade e a qualidade dessa saliva são fatores importantes no sucesso do tratamento como um todo. Existem doenças, como o **diabetes**, que alteram a produção e a qualidade da saliva e que são prevalentes na faixa etária dos pacientes que precisam usar PTMS. Para gravar a importância da tensão superficial e termos uma comparação mais precisa da diferença entre seus tipos, basta lembrar que o mercúrio, utilizado na Odontologia para a obtenção dos amálgamas de prata, quando em contato com uma superfície qualquer não provoca seu molhamento, por ter um coeficiente de tensão superficial muito alto, o que faz com

que as moléculas superficiais tendam a se agrupar com maior efetividade do que na água, que tem coeficiente consideravelmente menor a dada temperatura, conforme mostrado na tabela.

Outro conceito importante e que é preciso ser lembrado, é a ação da pressão atmosférica. A coluna de ar atmosférico exerce sobre todos os corpos uma pressão de 760 mmHg ao nível do mar. Se o ar for retirado (total ou parcialmente) de dentro de uma esfera, previamente recortada em duas hemiesferas com o auxílio de uma bomba de vácuo, o ar externo executará tal pressão sobre a parte externa das hemiesferas, que a separação delas ficará muito difícil. É o fenômeno da ventosa: ao empurrar uma ventosa contra uma superfície lisa, o ar entre ela e a parede é eliminado, e o ar externo "empurra" a ventosa contra a parede, mantendo-a fixa.

Na PTMS, quando a base está bem-adaptada à mucosa, o ar entre elas é expulso da interface prótese-mucosa, e o ar externo pressiona a prótese contra o rebordo, mantendo-a em posição. Para que isso ocorra, no entanto, é necessário que a periferia da prótese tenha um bom vedamento, impedindo a entrada de ar.

A **área chapeável** de um rebordo residual é a que pode e deve ser recoberta pela base da prótese, e quanto maior for essa área, maior será a retenção da prótese. Desse modo fica fácil de entendermos porque a prótese superior normalmente fica mais retida do que a inferior (a área chapeável é maior na maxila, entre outros fatores).

Precisamos agora estudar a área chapeável como sendo o terreno sob o qual construiremos nossas próteses, e dessa forma nos utilizarmos dela da melhor maneira possível, concentrando esforços sobre áreas que os aceitem melhor e evitando fazê-los em outras que poderiam lesar o paciente.

Quem estudou de forma bastante inteligente a área chapeável foi Pendleton, que procurou dividi-la em cinco zonas distintas, dentro dos limites anatômicos de cada caso. Dessa forma, Pendleton criou:

- Zona principal de suporte;
- Zona secundária de suporte;
- Zona do selamento periférico;
- Zona do selamento posterior;
- Zona de alívio.

Classificou como zona principal de suporte, na maxila, toda a crista do rebordo alveolar, de tuberosidade a tuberosidade, respeitando as áre-

as de alívio, ou seja, regiões por onde passam vasos e nervos. Comparou essa zona a um cavaleiro sentado sobre a sela do cavalo, soltando todo seu peso no dorso do animal e, partindo dessa analogia, nomeou essa primeira zona.

Como zona secundária de suporte determinou as vertentes vestibular e palatina do rebordo alveolar, e, ainda utilizando a analogia do cavaleiro, comparou-a às pernas, que encostadas lateralmente dão estabilidade ao cavaleiro para que ele consiga cavalgar. Pendleton, observando vários casos e comparando o comportamento da reabsorção óssea na maxila e mandíbula, observou que ela se dava de forma diferente nos dois arcos.

A reabsorção óssea na maxila ocorre mais às custas da vertente vestibular do rebordo, visto que o palato apresenta um osso de maior qualidade, e esse episódio torna, com o tempo, a maxila cada vez mais estreita, mas mantendo a crista do rebordo. Já na mandíbula, as vertentes vestibular e lingual sofrem o processo de reabsorção de forma muito parecida, o que invariavelmente leva à perda óssea vertical, fazendo com que a zona principal de suporte fique contida na zona secundária de suporte, desaparecendo as nuances entre as duas.

A zona do selamento periférico Pendleton classificou como sendo a região periférica da prótese, onde através de artifícios de moldagem promove-se uma maior compressão, impedindo a entrada de ar entre a base da prótese e a fibromucosa, valorizando a atuação da pressão atmosférica como coadjuvante na retenção das PTMS.

Já a zona do selamento posterior na maxila, corresponde ao limite palato duro/mole onde artifícios de moldagem, como na região de selamento periférico, procuram obter os mesmos resultados; na mandíbula, corresponde ao contorno distal da papila retromolar.

A zona de alívio corresponde a regiões nobres de emergência de vasos e nervos que não devem ser comprimidas, por poder causar isquemia da região e/ou desconforto ao paciente. Ainda considera zonas de alívio regiões de tórus tanto na maxila como na mandíbula.

Loteando dessa forma toda a área basal da maxila e da mandíbula, Pendleton procurou explorar da melhor maneira cada zona, obtendo, assim, resultados mais positivos na confecção de PTMS.

Onde Ler Mais

1. CAMPOS, M.S. et al. Considerações clínicas sobre rebordos residuais em indivíduos edêntulos. *Rev EAP/APCD*, v.2, n.1, p.24-7, 2000.
2. CARLSSON, G.E. Responses of jawbone to pressure. *Gerodontology*, v.21, n.2, p65-70, 2004.
3. SERAIDARIAN, P.I. *Observações histopatológicas dos diferentes graus de inflamação da mucosa oral frente a estímulos provocados por próteses totais mucossuportadas*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, São José dos Campos, 1994.
4. XIE, Q. et al. Oral status and prosthetic factors related residual ridge resorption in elderly subjects. *Acta Odontol Scand*. v.55. n.5, p.306-313, 1997.

Estomatite Induzida por Dentadura

Márcia Sampaio Campos

Diante do aumento do surgimento das infecções oportunistas, dentre elas as candidíases orais, faz-se importante abordar a estomatite induzida por prótese, por ser uma afecção oral bastante comum entre indivíduos portadores de próteses totais. Desse modo, procurou-se trazer ao leitor des- de informações básicas sobre a essa doença, como sua prevalência, etiologia e tratamento, até concei- tos mais recentes acerca dos novos rumos no estu- do dessa doença polimicrobiana.

Definição, Prevalência e Classificação da Estomatite Induzida por Prótese

Estomatite por dentadura é o termo utiliza- do para descrever mudanças patológicas carac- terizadas por uma inflamação eritematosa loca- lizada na mucosa oral (principalmente palato du- ro) recoberta pela PTMS.^{39,50} Acometendo comu- nemente pacientes portadores de PTMS, apresenta prevalência variando entre 11 e 67% e maior in- cidência em pacientes do sexo feminino.^{4,21,38,50} Sua prevalência pode também ser verificada no Quadro XVIII.3 do Cap. XVIII. Em pacientes idosos, a estomatite é extremamente freqüente, o que enfatiza a necessidade da implementação de ri- gorosos métodos de controle e prevenção da

doença.^{8,31} Esse fato é bem relatado no estudo de Budtz-Jorgensen et al.,⁸ cujos autores comprova- ram a eficácia de um programa preventivo de hi- giene oral na redução da colonização da mucosa e da PTMS por cândida, melhorando a condição de saúde oral.

De acordo com a classificação de Newton, essa inflamação oral pode ser apresentada em 3 tipos: Tipo I, caracterizado por uma inflamação localiza- da que atinge discretamente algumas regiões do palato, tendo etiologia associada a infecção, trau- matismo e alguma alteração no mecanismo de defesa do paciente; Tipo II, que apresenta um eri- tema generalizado envolvendo a área recoberta pela prótese; e, finalmente, Tipo III, quando ocorre hiperplasia das papilas na região do palato.^{4,21,50} As duas últimas, devido ao caráter difuso das le- sões, parecem apresentar etiologia multifatorial.⁴ No entanto, recentemente essa classificação foi contestada pelo estudo de Barbeau et al.⁵ cujos autores reavaliaram a ligação entre *C. albicans* e estomatite em usuários de PTMS, verificando que a presença de diferentes espécies de cândi- da é maior em pacientes com estomatite, estan- do mais associada à extensão da inflamação do que aos critérios definidos pela classificação de Newton. Seus dados sugerem que o processo in- flamatório pode favorecer a colonização de cândi- da o que pode trazer novas implicações para o diagnóstico e tratamento dessa afecção oral (Figs. XVI.1 a XVI.3).



Fig. XVI.1



Fig. XVI.2



Fig. XVI.3

Fig. XVI.1 – Estomatite Tipo I (classificação de Newton) evidenciando inflamação localizada que atinge discretamente algumas regiões do palato (fotografia gentilmente cedida pelo Prof. Leonardo Marchini).

Fig. XVI.2 – Estomatite Tipo II (classificação de Newton). Podemos notar um eritema generalizado envolvendo a área recoberta pela prótese (fotografia gentilmente cedidas pelo Prof. Leonardo Marchini).

Fig. XVI.3 – Estomatite Tipo III (classificação de Newton), caracterizada por intensa inflamação e hiperplasia das papilas na região do palato (fotografia gentilmente cedida pelo Prof. Leonardo Marchini).

Etiologia da Estomatite Induzida por Prótese: Novos Conceitos e Estudos sobre Biofilmes Orais e Doenças Polimicrobianas

De acordo com a literatura, tanto fatores locais, como uso contínuo de PTMS, traumatismo, associado à prótese, má higiene desta, deficiências nutricionais e reações alérgicas aos materiais da base da prótese,^{4,21,50} quanto fatores sistêmicos, como diabetes, uso de medicamentos e tabagismo,^{12,18} parecem atuar como coadjuvantes na etiologia da estomatite induzida por prótese, contribuindo para sua prevalência.

Estudos afirmam que a etiologia dessa lesão está relacionada a infecção fúngica – principalmente *C. albicans*.^{11,15} Em um estudo experimental para verificar a participação desse fungo na etiologia da lesão, Renner et al.⁴² encontraram uma concentração cem vezes maior desse organismo em pacientes portadores de estomatite frente a indivíduos saudáveis. McMullan-Vogel et al.³² detectaram que 70% dos pacientes com sinais clínicos de estomatite por dentadura exibiram crescimento fúngico e a *C. albicans* representou a espécie mais comum (75%). Dos isolados de *C. albicans*, 75% eram do serotipo A e 25% do serotipo B, representando um aumento significativo do serotipo B se comparado a um grupo-controle. A notável presença de *C. albicans* no biofilme da es-

tomatite pode estar apoiada na alta capacidade de adesão e na hidrofobia desse fungo aliadas às condições favoráveis apresentadas pela superfície basal das dentaduras, que propiciam também a colonização bacteriana no sítio.³⁸ Estudos que utilizam análise por microscopia de transmissão eletrônica afirmam que as rugosidades e porosidades verificadas na superfície das dentaduras favorecem a formação de uma película de espessura variada, que se apresenta aumentada em indivíduos portadores de estomatite.^{44,48} Além de destacar o papel da rugosidade da prótese na agregação microbiana, Monsenego³³ relata que a formação da película observada naqueles estudos é iniciada pela absorção de proteínas da saliva pela base da dentadura, seguida da adesão microbiana. Segundo o autor, esse processo de absorção pode ser mais importante no estabelecimento da referida película do que as retenções do sítio em questão.

Além dos relatos referentes ao envolvimento de *C. albicans*, dados sugerem que o aparecimento da estomatite pode estar relacionado a uma placa não específica,^{4,21,38} sugerindo uma característica multifatorial e polimicrobiana para essa patologia. Para Abelson,¹ a placa depositada sobre a área basal das PTMS é inquestionavelmente o maior fator etiológico na patogênese da estomatite por dentadura, bem como de hiperplasia inflamatória e candidíase crônica. Essa placa é uma película composta de bactérias, fungos e células epiteliais descamadas, que compõem um complexo biofilme, definido como uma comunidade estruturada de microrganismos circundados por

uma matriz polimérica produzida pelo próprio biofilme, aderente a uma superfície inerte ou viva. Os biofilmes formados sobre a PTMS servem como um reservatório protetor para os microrganismos orais.^{10,13,22,30} A dinâmica de formação de um biofilme passa pela adesão reversível da célula ao substrato, seguida de adesão irreversível e formação da matriz de polissacarídeos, onde os microrganismos formam microcolônias, que sob fluxo, levam maior agregação das células e a maturação do biofilme.²³ Desse ponto em diante, pode ocorrer diferenciação das células, que voltam a ser planctônicas, expressando fímbrias, tornado-se móveis e sendo dispersas.²⁶ Essa dispersão deve controlar o número de microrganismos dentro do biofilme, para que não haja ausência de nutrientes, visando à manutenção da estrutura dessa comunidade. Nesse sentido, são ainda descritos como mecanismos de controle o suicídio celular também chamado “morte celular programada” (apoptose), na qual as bactérias podem inclusive liberar toxinas.³⁷ Provavelmente, a conformação do biofilme confere vantagens a seus habitantes uma vez que as células permanecem imersas em uma matriz exopolimérica, ficando protegidas da predação, com alto intercâmbio de nutrientes (sintrofia) e de material genético. Essa dinâmica deve ser responsável pela riqueza de características dos microrganismos do biofilme frente a suas formas planctônicas (natantes ou livres).

Recentemente, tem sido relatado um mecanismo bacteriano denominado *quorum sensing* (população dependente da expressão de genes), no qual moléculas sinalizam e regulam genes, de modo que novas características, como fímbrias, toxinas ou enzimas, sejam expressas,^{13,37} fazendo com que o tratamento de doenças relacionadas a biofilmes seja bastante complexo. Esse fenômeno ainda não foi verificado em biofilmes de *Candida* sp. ou biofilmes mistos (fungos e bactérias), porém, há suspeitas de que essa sinalização intercelular deva ser bastante complexa e crucial no desenvolvimento, diversidade e distribuição dos microrganismos desses biofilmes.¹³

Nesse contexto, verifica-se que, dentro dos consórcios microbianos (biofilmes), os microrganismos parecem comportar-se de modo diferente, havendo genes que não são expressos em suas formas planctônicas. Isso é verificado, por exemplo, através dos relatos de que as espécies de *C. albicans*, quando pertencentes a um biofilme, apresentam-se mais resistentes aos antifúngicos do que quando isolados.^{10,13,22,26,30,37} Esse

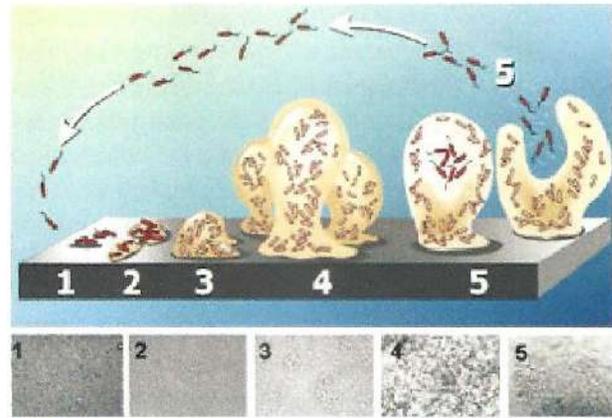


Fig. XVI.4

Dinâmica de formação de um biofilme (retirado de Johnston,²³).

mecanismo de resistência parece estar ligado a uma série de alterações mutacionais ou epigenéticas dos fungos, as quais, levam a insensibilidade ao fluconazol²⁴ ou ainda à grande interação existente entre células procarióticas e eucarióticas dentro de biofilmes mistos, compostos por *Candida* sp. e por espécies bacterianas.^{13,22,26,30,37} Já para Kumamoto,³⁰ a alta resistência a antifúngicos apresentada por espécies de *C. albicans* é devida a um estado fisiológico especial (alterações epigenéticas, p. ex.) adotado pelos organismos associados à essa estrutura e por ela protegidos. Em adição a essas teorias, estudos relacionados à suscetibilidade a drogas revelam que células fúngicas podem modular a ação de agentes antibacterianos e que as bactérias podem afetar a atividade de agentes antifúngicos nesses biofilmes.^{13,22} Jenkinson e Douglas,²² observando biofilmes compostos por *C. albicans* e estreptococos orais (*Streptococcus gordonii* e *Streptococcus salivarius*) em próteses, verificou que tanto o fungo quanto as bactérias citadas podem aumentar a resistência a esses medicamentos.

Não raro, os biofilmes mostram-se de composição mista (bactérias e fungos), apresentando combinação de gêneros, espécies, linhagens e até sublinhagens, coabitando no hospedeiro. Desse modo, uma vez que bactérias e fungos vivem lado a lado como comensais na microflora natural de indivíduos sadios, não é surpresa que ambos, sendo patógenos oportunistas, sejam isolados em sítios infectados quando de doenças polimicrobianas.⁴³ Nos últimos anos, o estudo das doenças polimicrobianas tem ganhado força devido à importância crescente desse tipo de infecção, que consiste em manifestações cli-

nicas e patológicas induzidas pela presença de múltiplos microrganismos, geralmente de difícil tratamento e estabelecimento etiológico. Nelas encontramos 5 mecanismos de patogênese, representados por: a) predisposição do hospedeiro (mediada por mudanças físicas, fisiológicas e metabólicas); b) mudanças na mucosa provocadas por um organismo que favoreça a colonização de outros; c) produção de citocinas, que aumentam com a severidade da lesão, reativam infecções latentes e favorecem a colonização de outros microrganismos; d) microrganismos agindo sinergicamente e promovendo atividades diferentes daquelas produzidas individualmente; e) alterações no sistema imunológico que podem promover a colonização de microrganismos.⁶

Embora seja relatado que na estomatite induzida por prótese o número de colônias de *C. albicans* aumentam com a severidade da inflamação^{7,29,46} e esse fungo seja vastamente apontado como o principal agente etiológico da estomatite,^{11,15} há indícios de uma possível e importante participação bacteriana na iniciação e manutenção do biofilme dessa inflamação, uma vez que estudos indicam ser ele composto principalmente por bactérias.^{7,19,20,27,29,44,45,48} Budtz-Jorgensen et al.⁷ sugerem que o biofilme da estomatite possa ser iniciado e mantido pela ação dos fungos presentes aliado à irritação causada pelas toxinas produzidas pelo rico biofilme da região, não excluindo, ainda, a possibilidade de grande envolvimento das bactérias presentes como patógenos importantes. Kulak et al.,²⁹ defenderam em 1997, esses dados afirmando que a combinação entre *C. albicans* e outros microrganismos presentes nesse biofilme pode ser a responsável pela estomatite por prótese. Já em 1973, Van Reenen⁴⁷ enfocava a extensa participação de componentes bacterianos nessa afecção oral, relatando sucesso com a utilização de antibióticos em seu tratamento. Mais tarde, estudos baseados em métodos microbiológicos tradicionais, imunológicos, bioquímicos e em microscopia eletrônica defendem esses achados verificando a existência de pequeno número de espécies de cândida frente à grande maioria de espécies bacterianas (entre 11 e 30 espécies diferentes), tais como estreptococos, estafilococos, actinomicetos, lactobacilos e cocos, Gram-negativos,^{7,19,27,29,33,44-46,48} nos biofilmes de pacientes portadores de PTMS com e sem estomatite. Nesses estudos, ambos os biofilmes apresentaram composição bacteriana semelhante, diferindo apenas no crescente número de *C. albicans* apresentado pelos pacientes por-

tadores de estomatite frente aos pacientes sadios. Estudos utilizando microscópio eletrônico para verificar a ultra-estrutura e a composição do biofilme depositado sobre PTMS evidenciaram a presença predominante de espécies de bactérias frente à presença de fungos (representados principalmente pela *C. albicans*), porém nenhuma diferença entre a composição dos biofilmes de pacientes sadios e dos pacientes com estomatite. Além disso, os mesmos estudos relatam que a *C. albicans* desenvolve-se apenas em áreas com total ausência ou presença de poucas bactérias, e que, quando rodeada por estas, apresenta sinais citológicos de degeneração, evidenciando uma competição pelo nicho ecológico.^{19,44,48} Recentemente, Campos⁹ identificou por meio de técnicas moleculares independentes de cultivo, 3 espécies de cândida frente a 78 espécies de bactérias em indivíduos portadores de próteses totais com e sem estomatite, evidenciando a grande diversidade bacteriana existente nesse nicho da cavidade oral.

Métodos Moleculares para Identificação de Microrganismos

Uma vez que a etiologia da estomatite parece assumir um caráter multifatorial ligado ao biofilme polimicrobiano, pode-se prever que seu estudo seja complexo, principalmente pela existência de muitos microrganismos, habitantes da cavidade oral, de difícil ou impossível cultivo pelos métodos microbiológicos tradicionais, pela dificuldade em se estabelecerem meios de cultura e condições adequadas para o cultivo, e também devido às limitadas diferenças fenotípicas entre os microrganismos passíveis de verificação ao microscópio.^{25,26,28,35,49} Nesse contexto, de acordo com Amann et al.,³ a freqüente discrepância entre a contagem direta em microscópio e o número de bactérias cultiváveis já indicava que se conhecia apenas a menor parte da diversidade de microrganismos existentes. Desse modo, estima-se que apenas cerca de 20% destes tenham sido descobertos até o momento, e que os métodos de cultura são inadequados para seu estudo completo.⁴⁹ Esse fato tornou-se um desafio que encontrou amparo na análise filogenética baseada na seqüência do gene do RNA ribossomal, quando, empregando-se métodos independentes de cultivo, têm-se confirmado as especulações a res-

peito da existência da grande diversidade de microrganismos não cultiváveis.^{3,25,26,28,35,41,49}

Frente à crescente necessidade de se conhecerem melhor os constituintes de uma comunidade microbiológica, Relman e Falkow⁴⁰ demonstraram que a combinação da reação em cadeia de polimerização de DNA ou PCR (polymerase chain reaction) com o seqüenciamento seguido de filogenia molecular baseada no gene do RNA ribossomal 16S, permitiu um novo enfoque para a identificação de patógenos que não podem ser cultivados pelos métodos tradicionais. Desse modo, a extensa composição dessas comunidades (biofilmes) poderia ser melhor elucidada, novos agentes potencialmente patogênicos poderiam ser descobertos e, eventualmente, doenças até então idiopáticas poderiam ter seus agentes etiológicos conhecidos. Os genes codificadores da subunidade menor do RNA ribossomal apresentam regiões com seqüências altamente conservadas, ao mesmo tempo que abrigam áreas bastante variáveis de organismo para organismo, o que os torna moléculas-chave nos estudos envolvem a identificação e o seqüenciamento de bactérias e fungos.¹⁴ Sua utilização levou à maior descoberta recente sobre a diversidade ancestral da vida, quando Carl Woese⁵¹ utilizou essas seqüências para demonstrar a distinção entre *Bacteria*, *Archaea* e *Eukaria*. Para o estudo de populações bacterianas, têm-se empregado comumente a amplificação dos genes do rRNA 16S,^{25,26,28,35,41} enquanto que nos estudos envolvendo fungos, especialmente *Candida sp.*, busca-se a amplificação dos genes, rRNA 28S, do rRNA 18S, bem como do rRNA 5,8S.¹⁷

Relman⁴¹ mostrou que a distribuição e diversidade de microrganismos no mundo é bem maior do que se podia prever anteriormente aos métodos moleculares de identificação, baseados na seqüência de ácidos nucléicos. Sendo assim, essa metodologia não só pode demonstrar a participação de agentes microbianos em doenças até então consideradas não-infecciosas, como também permitir um novo enunciado para a relação causal entre microrganismos e doenças (postulados de Koch). Kolenbrander,²⁶ também relata que essa nova tecnologia para a investigação da população bacteriana oferece a possibilidade de estudo do arranjo espacial dos participantes dos biofilmes orais, bem como de seu desenvolvimento e interação.

A Odontologia também tem-se utilizado dessas técnicas para o estudo da extensa e ainda pouco conhecida diversidade microbiana exis-

tente na cavidade oral. Um exemplo é o estudo de Kroes et al.,²⁸ de 1999, no qual, aplicando os métodos moleculares independentes de cultivo a um raspado de placa subgengival, puderam identificar microrganismos não caracterizados previamente em um nicho microbiológico exaustivamente estudado: o sulco gengival. Paster et al.,³⁵ em 2001, confirmaram e expandiram esses achados, identificando centenas de microrganismos em raspados de placa subgengival de diferentes patologias, o que os possibilitou estimar o número total provável de habitantes desse nicho natural (cerca de 500 espécies distintas), ampliando consideravelmente o número de microrganismos descritos como presentes na cavidade oral. Utilizando essa mesma metodologia, Kazor et al.²⁵ determinaram a diversidade bacteriana no dorso da língua dos pacientes e compararam as bactérias predominantes (incluindo espécies não-cultiváveis) em pacientes com e sem halitose, identificando 29 filotipos nunca antes encontrados em outros sítios orais. Em 2004, Campos⁹ estudou a diversidade microbiana (bactérias e fungos) de pacientes portadores de próteses totais com e sem estomatite induzida por dentadura, e identificou mais de 100 espécies bacterianas e 7 espécies de cândida nos sítios descritos. Algumas espécies encontradas nesse estudo mostraram-se presentes em ambos os biofilmes analisados (pacientes com e sem estomatite), porém outras foram exclusivamente identificadas nos pacientes com estomatite ou só nos pacientes saudáveis, sugerindo certa especificidade ao biofilme dessa inflamação.

Tratamento da Estomatite Induzida por Dentadura

Embora apresente-se quase assintomática, a estomatite induzida por prótese deve receber atenção e tratamento especiais, uma vez que pode evoluir para quadros como hiperplasias (somente removidas cirurgicamente), glosites, queilite angular e extensa colonização de *Candida sp.*, que, combinada com o tabaco, representa um importante agente etiológico de leucoplasias com malignidade potencial.^{21,22,46,50} Seu tratamento deve, portanto, incluir higiene meticulosa (para a desorganização mecânica do biofilme formado), remoção noturna da PTMS e correção de falhas ou a troca da prótese, uma vez

que esses procedimentos dificultam sua colonização pelos microrganismos e diminuem o tempo de agressão destes junto à mucosa.^{4,8,21,31,36,50} A implantação de uma educação de higiene oral é coadjuvante no tratamento, e visa também à manutenção da saúde geral do indivíduo, importante quando se trata de pacientes geriátricos, grande parte deles portadores de próteses totais.^{8,31} A utilização de antifúngicos também é indicada na terapia dessa afecção oral,^{15,16} sendo que a anfotericina B e a nistatina parecem exercer maior efeito comparadas ao miconazol,² porém a utilização desses medicamentos deve ser realizada com cautela e mediante evidência da presença de espécies fúngicas por meio de exames comprobatórios.^{4,7,21,50} É também indicada a

associação de antifúngicos a condicionadores teciduais, que tornam a adaptação das próteses e a transmissão de esforços aos rebordos mais aceitáveis.¹¹ Porém, o uso de condicionadores de tecidos deve ser monitorado, pois acredita-se que a película formada sobre os materiais pode potencializar a colonização de *C. albicans*.^{34,50} De modo geral, é importante ressaltar que, no tratamento da estomatite induzida por prótese e de infecções relacionadas à formação de biofilmes, a palavra de ordem é a desorganização e a remoção destes. Mais estudos devem ser realizados a fim de esclarecer as complexas interações existentes entre os habitantes desses consórcios (biofilmes) e auxiliar na busca de tratamentos específicos e mais eficazes (Figs. XVI.5 a XVI.7).

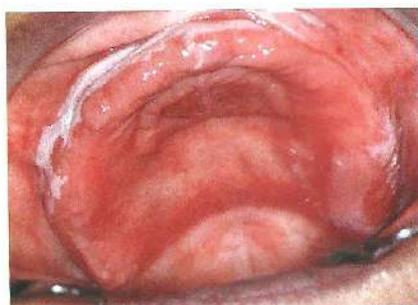


Fig. XVI.5



Fig. XVI.6

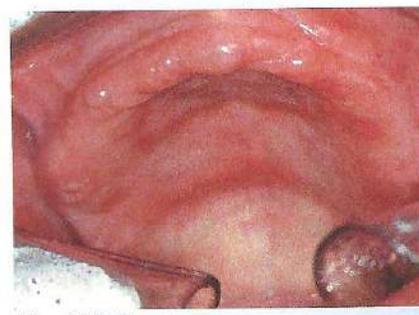


Fig. XVI.7

Fig. XVI.5 a XVI.7 – Utilização de condicionadores teciduais no tratamento da estomatite induzida por prótese:

Fig. XVI.5 – Caso inicial.

Fig. XVI.6 – Prótese reembasada com condicionador de tecidos.

Fig. XVI.7 – Caso final, após 3 semanas, pronto para iniciar a confecção de novas próteses.

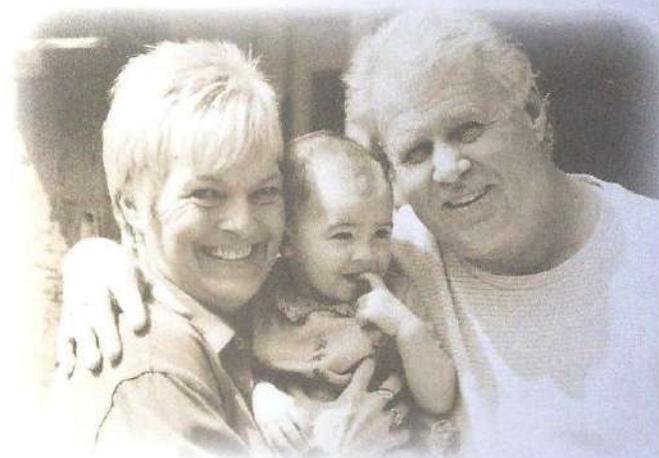


Onde Ler Mais

- ABELSON, D.C. Denture plaque and denture cleansers. *J. Prosthet. Dent.*, v.45, n.4, p.376-379, 1981.
- ABU-ELTEEN, K.H. *Candida albicans* strain differentiation in complete denture wearers. *New Microbiol.*, v.23, n.3, p.329-337, 2000.
- AMANN, R.I.; LUDWIG, W.; SCHLEIFER, K.H. Phylogenetic identification and in situ detection of individual microbial cells without cultivation. *Microbiol. Rev.*, v.59, n.1, p.143-169, 1995.
- ARENDORF, T.M.; WALKER, D.M. Denture stomatitis: a review. *J. Oral Rehabil.*, v.14, n.3, p.217-227, 1987.
- BARBEAU, J.; SEGUIN, J.; GOULET, J.P.; de KONINCK, L.; AVON, S.L.; ROMPRE, P.; DESLAURIERS, N. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture-related stomatitis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v.95, n.1, p.51-59, 2003.
- BROGDEN, K.A. Polymicrobial diseases of animals and humans. In BROGDEN, K.A.; GUTHMILLER, J.M. *Polymicrobial Diseases*. Washington: ASM, 2002. p.3-20.
- BUDTZ-JORGENSEN, E.; THEILADE, E.; THEILADE, J. Quantitative relationship between yeast and bacteria in denture-induced stomatitis. *Scand. J. Dent. Res.*, v.91, n.2, p.134-142, 1983.
- BUDTZ-JORGENSEN, E.; MOJON, P.; RENTSCH, A.; DESLAURIERS, N. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.28, n.2, p.141-149, 2000.
- CAMPOS, M.S. Avaliação molecular dos microrganismos presentes no biofilme de pacientes com estomatite por dentadura. (Tese Mestrado).

Capítulo XVIII

Aspectos Importantes na Prótese Total para a Terceira Idade



Aspectos Importantes na Prótese Total para a Terceira Idade

Fernando Luiz Brunetti Montenegro
Leonardo Marchini
Ruy Fonseca Brunetti

"Ter dentes, a despeito da saúde, significa resgatar o passaporte para a cidadania"

Ruy Fonseca Brunetti

Introdução

Graças a políticas de melhor saneamento básico, vacinação, antibióticos (ainda mais com os genéricos), com medidas preventivas de saúde geral divulgadas para a população, e com a maior cobertura da saúde pública, tem-se observado um aumento significativo da expectativa de vida das pessoas, quer em países desenvolvidos quer em desenvolvimento.

Na Odontologia, por conta do sucesso das medidas preventivas estabelecidas nos países escandinavos em meados do século XX e depois difundidas por todo o mundo, inclusive com a constatação do importantíssimo papel do flúor somado às técnicas de escovação, fio dental e ao controle dietético, que ajudam a dominar as doenças bucais de maior incidência – a cárie e as gengivites e periodontites –, fazendo com que as pessoas cheguem a idades mais avançadas com saúde geral melhor e maior número de elementos dentários presentes, neste início de século, podemos considerar convictamente que: vive-se mais, com melhor saúde geral e bucal do que nos últimos 500 anos e, com certeza, mesmo no Brasil que conhecemos, chega-se à terceira idade com mais dentes remanescentes, fugindo-se, assim, do edentulismo e suas conseqüências psicológicas, nutricionais, sociais, empregatícias, mastigatórias e semiológicas (quando próteses mal adaptadas permanecem por muitos anos) e até da diminuição da expectativa de vida dos idosos e de sua **qualidade de vida**.

É evidente que todas essas boas missivas não são aplicáveis a todas as cidades, bairros e zonas rurais brasileiras, já que, opondo-se às condições precárias de vida no agreste nordestino, vale do Jequitinhonha e nos bairros periféricos das grandes metrópoles, temos Veranópolis e Feliz (RS) e muito bairros e cidades de excelente infra-estrutura de saúde no Brasil, um país que, por suas dimensões continentais, têm essas diferenças sociais, tentando ser constantemente mitigadas por nossas autoridades quando estas se mostram imbuídas de real preocupação com as desigualdades. Mas, mesmo assim, não parece ser irreal ponderar que as pessoas vivem mais anos (de 51,4 anos em 1960 para 71,3 em 2000), com mais dentes e saúde bucal melhor (redução de cárie de 48% em escolares de São Paulo em 20 anos e, nos EUA, de 7,4 dentes naturais mantidos aos 65 anos (1960), para aproximadamente 20 em 2000).

Convém salientar que ter 20 dentes remanescentes (em média) para os idosos é garantia de melhor saúde geral e maior sobrevida, como observável nos fundamentais estudos de Shimazaki e cols.²⁷ no Japão e de Sheiham e cols.²⁸ na Inglaterra, que envolveram entrevistas, exames clínicos, análise de amostras sanguíneas e de qualidade nutricional de um número significativo de idosos, inserindo a Odontologia no contexto da Gerontologia de forma inquestionável.

Por tudo aqui exposto, vê-se que ter dentes, em boa quantidade e que propiciem uma mastigação eficiente, garante maior sobrevivência, com menor morbidade e é exatamente aqui que

entra a importância de termos boas próteses totais, agindo, especialmente na terceira idade,⁸ para que auxiliem na reintegração social (o chamado resgate da cidadania), necessária a uma velhice saudável, dando uma abrangência social muito maior à Odontologia (e a seus inúmeros clínicos gerais), integrando-a com a Medicina e outros membros da equipe interdisciplinar dos idosos hospitalizados ou internados e mudando o estereótipo elitista que a sociedade faz da Odontologia. Esta mostra às autoridades a necessidade de incluir nossa profissão no contexto do Programa de Saúde da Família e nas Secretarias de Saúde estaduais e municipais, criando um campo de trabalho promissor para milhares de colegas desesperançosos dos rumos atuais da Odontologia brasileira.

É com essas idéias em mente, especialmente quando vemos a alegria de um idoso em voltar a mastigar adequadamente (e do bem que ele nem mensura para sua saúde geral) e de outros poderem conseguir um emprego (necessário na realidade de nossos idosos frente a um desemprego crescente dos mais jovens por conta da globalização e reengenharia de nossas empresas) em uma sociedade tão competitiva e implacável, que o convite para escrever este capítulo muito nos dignifica, pois advém de profissionais abnegados, que há mais de 20 anos labutam incansavelmente na recuperação estética e funcional de nossos concidadãos brasileiros.

Mudanças que Levam ao Edentulismo

É muito comum na clínica geriátrica encontramos pacientes que usam suas próteses totais (PT, daqui por diante) por muitos anos, sem terem jamais retornado ao consultório dentário para controles. Como um desdobramento dessa atitude desinformada, acabam por, inicialmente, deixar de usar a prótese inferior, especialmente porque, segundo Montenegro,¹⁹ é a arcada que sofre maior reabsorção óssea com o passar dos anos.

Mesmo antes de abandonar a PT inferior, por força dessa desadaptação da base, os contatos oclusais haviam sido alterados e, com as sobrecargas ocorridas, tanto lesões em tecido mole como movimentos de báscula na mastigação causaram fraturas de bordos ou mesmo de toda a prótese. Normalmente, julgando-se um técnico, o paciente, conserta suas próteses (ou as deixa quebradas), sem que as causas de tais fatos te-

tenham sido investigadas por um profissional habilitado a fazê-lo – o cirurgião-dentista (CD).

Como o conserto foi inadequado – ou não foi realizado –, a perda de equilíbrio e confiança mastigatória faz-se presente e culmina com o abandono da PT inferior. As conseqüências mais evidentes: perda da dimensão vertical de oclusão (DVO), sulcamento da face, possíveis problemas na articulação temporomandibular (ATM), perda severa da eficiência mastigatória (que obrigará o paciente a mudar a consistência dos alimentos e seu valor protéico) e embotamento social, um ponto muito importante para o indivíduo, pois, preferindo ficar em casa ao se expor ao convívio social, torna-se uma presa fácil para os processos depressivos, que podem ser multifatoriais, mas, com certeza, não ter dentes ou estes estarem em más condições estéticas e funcionais, é mais um dos gatilhos para essas patologias, de grande incidência entre os idosos.

Para muitos autores, em particular para Brunetti e Montenegro,³ esse embotamento social é o início de um processo que irá leva-los antecipadamente à morte. Explicando melhor: no pensamento mecanicista que – infelizmente – ainda rege nossa profissão, uma vez feitas as PT, nossa missão está terminada. Não há uma preocupação em acompanhar o caso (até para ver como o trabalho tem funcionado – como curiosidade profissional e correção de falhas ocorridas), falar da necessidade imperiosa de reembasamentos parciais e totais. Quando o paciente telefona, os incômodos citados são respondidos com “o Sr. tem que se adaptar”, “é assim mesmo”, reforçando a crença popular de que “a prótese deve formar um calo”, mesmo que o CD não tenha dito com essas mesmas palavras. Nosso crescimento como classe perante a comunidade deve ter esse grau de especificidade técnica, e não só o de comprar equipamentos *up-to-date*, que nos obrigarão a aumentar os preços e elitizar ainda mais a clientela, já muito escassa atualmente.

Entregar instruções impressas (e com letras grandes, face à deficiência visual dos idosos) ao instalar os trabalhos, para que o paciente tenha como reler essas importantes falas do CD no ato de entrega das próteses, é um ato que dignifica nossa atividade profissional e serve como um guia constante aos pacientes de terceira idade.

A figura clínica desse “calo” é geralmente uma lesão de mucosa, que além de muito dolorida inicialmente (e até cancerizável se unida a fatores desencadeadores) e obriga o paciente a mudar sua dieta, com o passar do tempo o levará a deixar de usar a PT inferior.



Fig. XVIII.1

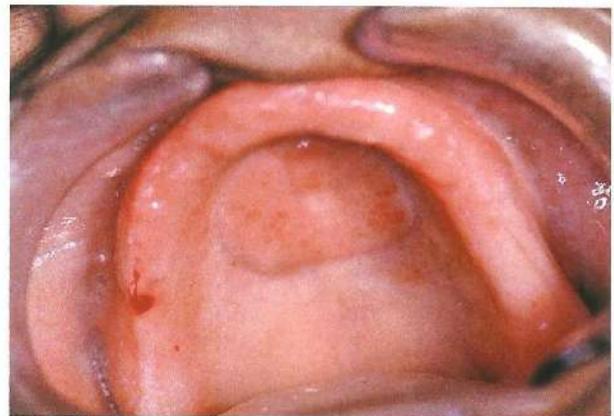


Fig. XVIII.2

Figs. XVIII.1 e XVIII.2 – Dois exemplos de câmaras a vácuo em próteses totais de idosos. A figura XVIII.1 mostra um caso mais evoluído clinicamente e para o qual se indicou biópsia, havendo a caracterização de lesão pré-cancerosa. Um benefício adicional de retenção (em um rebordo tão favorável para suporte) nunca pode suplementar a saúde geral e até a vida dos pacientes. A figura XVIII.2, felizmente, mostra caso mais simples, que pode ser revertido pelo clínico geral, com preenchimento seqüencial dessa câmara até seu desaparecimento completo.

Como o paciente não procurou mais o CD, o processo ocorre sem que nada saibamos, e a reabsorção óssea vai crescendo dia-a-dia, até que não seja mais possível realizar novas PT, pois não restou área basal de suporte.

Poder-se-ia partir para uma prótese implantossuportada, mas como pensar nessa hipótese com a achatada classe dos aposentados brasileiros (74,7% recebe de 1 a 3 salários mínimos por mês)? Falar de implantes para a classe média-alta e alta ou milionária do Brasil é viável, mas em que porcentagem estão no total da população? Pensando nesse enorme contingente de pessoas é que devemos manter sempre acesa a chama das próteses totais convencionais bem realizadas, que é a tônica deste excelente livro, pois nossa possibilidade de atendimento social será muito maior do que nas reabilitações implantossuportadas.

E porque a morte antecipada? É um grande erro pensarmos que muitos pacientes vivem sem próteses e estão muito "bem" na terceira idade. Além da comprovação científica feita por Shimazaki e cols.²⁷ e Sheiham e cols.²⁶, os quais comprovaram que os idosos com dentes em bom estado de conservação vivem mais e em melhores condições de saúde geral, é muito importante ter dentes por questões nutricionais, em particular o preparo do bolo alimentar para o início do processo digestivo. Muitos idosos têm problemas de trânsito estomacal (já esperado na terceira ida-

de), aumentados pela ingestão de fármacos diversos (com seus efeitos colaterais também na boca), mas também complicados por um bolo alimentar que não foi corretamente umectado, fraccionado e macerado, e que chega a um local já comprometido fisicamente por úlceras e sangramentos. Por força do incomodo que sofrerá, acaba por preferir alimentos mais macios, geralmente com muitos carboidratos, mas de valor alimentar crítico. Não ingerindo produtos saudáveis e consistentes, emagrece e, se ainda usava aquela PT desajustada, acaba por abandoná-la, fechando o círculo vicioso, que obriga a mais remédios para curar a condição anêmica, havendo também vários efeitos colaterais no corpo e na cavidade bucal. Mais doenças = mais remédios = piora na saúde geral e, com o passar do tempo, somado a condição psicológica e social depauperada = morte previsível.

Podem parecer pensamentos funestos, mas veja o envolvimento das próteses totais (ou de sua ausência) no conjunto do processo. Nosso papel nesse contexto é dotar os pacientes de uma condição mastigatória adequada, para uma melhor qualidade de vida, especialmente na terceira idade, quando qualquer fator pode romper o delicado convívio que mantém com todo seu organismo, pois sua reserva funcional para suplantar problemas de saúde é bem menor agora que em outras faixas etárias.



Fig. XVIII.3



Fig. XVIII.4

Figs. XVIII.3 e XVIII.4 – *Aproveitando os reais benefícios da prótese total bem confeccionada na terceira idade. Essa senhora de 69 anos apresenta-se desmotivada socialmente face ao rosto sulcado e “murcho”, causado pela ausência de próteses (Fig. XVIII.3).*

Fig. XVIII.4 – *Após a motivação sobre o trabalho, vê-se o quão feliz está, tendo voltado imediatamente ao convívio com seus vizinhos e até passando a freqüentar bailes, face ao rejuvenecimento conseguido.*

Importância Psicológica das Próteses Totais

Para Montenegro e cols.,¹⁸ realizar próteses totais sempre foi um ato acima da própria técnica de confecção, pois para nós, dentados, fica difícil mensurar o benefício global que ter dentes e poder voltar a mastigar bons alimentos tem para os que se encontram naquela situação. Por isso, as próteses totais têm um poder muito maior de interação com as pessoas, o qual só podemos perceber após termos atendido muitos e muitos pacientes nessa condição de depauperação.

Dois autores, Ourique e Montenegro,²² relatam um caso clínico de uma senhora de 67 anos, recém-reabilitada com próteses totais confeccionadas dentro de todos os princípios técnicos conhecidos, ajustadas em inúmeros controles posteriores, mas às quais a paciente não se adaptava de forma satisfatória. Em uma das sessões de controle, percebeu-se que seu filho não lhe falava há algum tempo (informação dada à secretária) e isto a deprimia muito, já que ele havia casado pouco tempo atrás, após ter vivido muitos anos com ela. Fizemos contato com seu filho, que, confirmando seu distanciamento, mostrou-se interessado em colaborar conosco, ainda que duvidando do caminho que estávamos trilhando. Sem que outros ajustes fossem feitos, uma melhora clínica crescente foi ocorrendo, até que se obteve a integração completa ao trabalho (pou-

co intervimos proteticamente nessa fase). A paciente estava cada dia mais sorridente e as próteses já não a incomodavam mais assim permanecendo nos controles realizados anualmente até hoje (2004).

Imagine agora alguém que, depois de ter sido abruptamente aposentado, não realiza qualquer tarefa regular durante o dia e não tem mais colegas de trabalho para conversar, clientes para visitar, chefes a quem prestar contas e vai a nosso consultório realizar um par de novas próteses totais. Seu visual geralmente é de uma pessoa “cansada da vida” e de senso de cooperação mínimo. É nesse paciente que vamos intervir? Como esperar que possa – nesse estado de espírito – colaborar em um tipo de prótese cuja participação/interação do paciente está acima de qualquer outra coisa, já que não existem suportes reais, como os dados pelos elementos dentários ou implantes?^{7,18} E o que dizer daquela pessoa que, por não ter dentes (ou estes não estarem em bom estado), não consegue a posição de emprego que precisa para dar alimentação à sua família, por força de aposentadoria escorchadora? Receber PT pode ser um verdadeiro passaporte para sua cidadania, já que, trabalhando, alimentará sua família e será restaurada sua posição dentro do tecido social em que vive.

E aquela Sra. idosa que olha no espelho e vê seu rosto sulcado (também por perda de DVO) e pensa que poderia remogar um pouco para ir ao “baile da saudade”, onde teria bons momentos de diversão: será que a Odontologia não pode-

Quadro XVIII.1 – Comparação entre saúde física e bucal de usuários de PT e outros participantes (média de idade: 76 anos).*

	Usuário de Próteses Total: 106 pessoas		Outros participantes Total: 144 pessoas	
	Sim – número (%)	Não – número (%)	Sim – número (%)	Não – número (%)
Saúde Física				
Perda de habilidade física	68 (64)	38 (35)	81 (56)	63 (43)
Perda de habilidade sensorial	11 (10)	95 (89)	14 (9)	130 (90)
Doenças presentes	32 (30)	74 (69)	35 (24)	109 (75)
Medicações ingeridas	90 (84)	16 (15)	115 (79)	29 (20)
Saúde Bucal				
Boca seca (xerostomia)	25 (23)	81 (76)	17 (11)	127 (88)
Língua dolorida	4 (3)	102 (96)	4 (2)	140 (97)
Úlceras doloridas	22 (20)	84 (79)	8 (5)	136 (94)
Dor ao comer	74 (69)	32 (30)	67 (46)	77 (53)
Problemas de fala	15 (14)	91 (85)	11 (7)	133 (92)
Próteses desadaptadas/ Dentes com mobilidade	48 (45)	58 (54)	13 (9)	131 (90)

*Conforme McNaugher, G.A.; Benington, I.C.; Freeman R.¹⁶

ria ajudá-la a enfrentar melhor esses anos “dourados”?²⁵

Também a morte do cônjuge – um companheiro de 40-50 anos ou mais – segundo Turvey e cols.³² – deprime sempre o que permanece, e nesse momento o papel da família é fundamental, pois muitos dos amigos também já se foram. Será que nos preocupamos com isso em nosso consultório ou em nossa própria família? Não seria o que permitira a espantosa melhora daquela Sra. de 67 anos do primeiro caso: um suporte efetivo à parte psicológica do paciente, como Seger²⁴ já salientava com seu pioneiro livro de Psicologia aplicada à Odontologia?

Próteses totais bem-adaptadas têm o poder de resgatar a auto-estima dos pacientes e isso pode ajudar-nos muito no trabalho clínico. Wolf³³ já afirmava que ela é geralmente diminuída quando da aposentadoria, na busca de empregos, ao olhar no espelho de forma muito crítica; em caso de luto; ao olhar-se e não ver os dentes; ao deixar de comer o que gosta porque não pode mais mastigar bem; ao ir a uma loja ou banco e pedir um simples financiamento ou empréstimo e tomar ciência de que tem de dar muito mais garantias do que uma pessoa de meia-idade;²¹ ao ter trabalhado uma vida toda e ver que o que ganha estando aposentado mal garante suas contas es-

enciais; ao ver que lutou por seus filhos a vida toda e, agora que precisa deles, eles estão batalhando pela vida com vigor e muitos não podem dar um suporte financeiro nesse momento, por também estarem desempregados ou ganhando pouco nesse momento da economia brasileira.

Como se vê, muito mais do que “só” ser um bom dentista, para a terceira idade, nossa face-ta de psicólogo e de ouvinte precisa estar sempre ativa, pois o ser humano deve ser a razão de nosso atendimento, e não só a eficiência técnica esperada.

Galtiesi⁹ propõe sermos dentistas com uma visão antropológica da profissão; buscarmos o homem atrás daquela cavidade bucal e não apenas tratar de um conjunto de tecidos moles e duros. Encontrar o dono daquela boca – o que muitas vezes leva a encontrar-nos – é um modo bem mais eficiente de fazermos nossas próteses totais ser mais bem-aceitas pelos pacientes.

Tudo isso demanda tempo para atender um idoso – muito além da clínica propriamente dita – pois assim estaremos indo ao encontro do ser humano e de uma satisfação pessoal e profissional inigualáveis. Esses momentos de troca de experiências são, segundo Brunetti e Montenegro,³ os mais relevantes em qualquer tratamento odontogeriatrico, daí a dificuldade de podermos

atendê-los nos preceitos de eficiência dos convênios odontológicos, pois com os idosos produtividade não é tudo, mas as tabelas jamais contemplam bons momentos de diálogo, imprescindíveis nesses atendimentos e também nos de muitos pacientes de meia-idade.

A comunicação entre o paciente idoso e o profissional é o requisito, então, mais importante no tratamento odontogeriatrico consciente, e, muito mais que especialistas na área, o que se precisa é de um profissional voltado às pessoas, já que os procedimentos clínicos são praticamente os mesmos da Odontologia para outras idades.¹¹

É evidente que casos psicologicamente mais complexos devem ser acompanhados por um profissional competente e específico, e atualmente se comenta sobre a eficiência da psicoterapia breve para auxiliar nosso trabalho, conforme informa Levy.¹³ Também alterações psicológicas graves prevêm dificuldades sérias no processo de adaptação às PT, daí o encaminhamento a um psiquiatra, psicólogo ou terapeuta previamente ao tratamento fazer-se mister (Quadro XVIII.2).

Doenças Sistêmicas e Próteses Totais

Como cerca de 10% dos idosos têm diabetes e este causa – quando não compensada adequadamente – aumento no volume hídrico dos tecidos moles que dão suporte às PT, sugere-se um exame de glicemia atual do paciente, antes dos procedimentos clínicos. Reforçar e incenti-

var a importância de controle do nível de glicose pelo paciente ajuda nosso trabalho e na adaptação às novas PT. Não esquecer também que com uma eficiência mastigatória menor, ele pode ingerir alimentos inadequados ao seu controle glicêmico, daí prejudicando o desempenho de nossas próteses, além dos riscos implicados em sua saúde geral. Manter contato com o médico do paciente é imprescindível. Moldar o paciente com as alterações teciduais da fase descompensada pode produzir uma prótese mal-adaptada quando ele estiver estável no controle do diabetes. Pacientes permanentemente instáveis devem ser vistos com reservas para a confecção de novas próteses, devendo ser usados reembasadores macios até que se possa partir para a confecção de um prótese definitiva. Uma maior propensão a candidíase e xerostomia induzida por fármacos pode estar presente, devendo ser levadas em consideração pelos profissionais envolvidos.³

Pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) deverão ter uma nova fase de adaptação às suas PT, pela paralisia da musculatura na hemiface atingida, obrigando-nos a novo ensino de como mastigar com essas próteses. Também essa paralisia pode atingir as glândulas salivares, diminuindo o fluxo salivar e comprometendo a retenção das PT. Medidas paliativas devem ser tomadas (inclusive com o uso de substitutivos artificiais de saliva), pois o quadro pode ser revertido com o passar dos meses. Nas próteses inferiores, a língua com movimentação alterada pode comprometer – inicialmente – sua colocação, indicando o uso daquelas só para a alimentação. O des-

Quadro XVIII.2 – Comparação entre as condições psicológica e social de usuários de PT e outros participantes (média de idade: 76 anos).

	Usuário de Próteses Total: 106 pessoas		Outros participantes Total: 144 pessoas	
	Sim – número (%)	Não – número (%)	Sim – número (%)	Não – número (%)
Condição Psicológica				
Sente-se deprimido	63 (59)	43 (40)	57 (39)	87 (60)
Sente-se ansioso	43 (40)	63 (59)	24 (16)	120 (83)
Capacidade funcional comprometida	47 (44)	59 (55)	41 (28)	103 (71)
Maior esforço para realizar tarefas rotineiras	49 (46)	57 (53)	44 (30)	100 (69)
Condição Bucal				
Poucos contatos sociais	12 (11)	94 (88)	44 (30)	100 (69)
Aparência	11 (10)	95 (89)	44 (30)	100 (69)

controle muscular pode gerar contatos oclusais inadequados e formar lesões na fibromucosa, as quais devem ser prontamente tratadas. Também novas instruções sobre higiene bucal e das próteses devem ser fornecidas aos familiares e cuidadores, inclusive com a apresentação de dispositivos de limpeza com empunhadura maior, assim que o paciente mostrar o interesse de fazer a higienização por si mesmo.

Problemas cardíacos diversos podem interferir se tivermos de regularizar tecidos moles e duros antes de realizar novas próteses. Ter acompanhamento médico próximo e usar anestésicos sem vasoconstritor e em pouca quantidade, são medidas salutares. Ponderar os riscos de endocardite bacteriana para a realização de tais procedimentos junto com o cardiologista é muito importante; não esquecer que a pressão arterial oscilante pode ter ligação com descontrole do diabetes e esta com problemas periodontais (se ainda existirem dentes remanescentes) ou com inflamações ou infecções dos tecidos de suporte (ou mesmo raízes residuais problemáticas) nas áreas edêntulas ou de mucosa oral interna. Muito mais do que somente uma carta do cardiologista solicitando o uso de anestésicos sem vasoconstritor, um planejamento conjunto dos atos clínicos a serem realizados deve ser a rotina no atendimento dos pacientes idosos cardiopatas.

Pacientes que passaram por terapias para câncer geralmente apresentam xerostomia em nível maior ou menor, além de problemas de falta de altura ou retenção do rebordo se a região envolvida era circunvizinha às estruturas de suporte das PT ou selas de prótese parcial removível (PPR, daqui por diante). Uma maior tendência a candidíase e mucosite pode ocorrer, e deve-se estar em íntimo contato com a equipe médica que atendeu o paciente, especialmente com o CD responsável por medicina bucal, que lhe informará o protocolo de cuidados que o paciente deve seguir. O ajuste oclusal deve ser o mais adequado possível, para não criar lesões na fibromucosa, que podem ser de difícil cicatrização posterior; o mesmo raciocínio se aplica à extensão das bordas das próteses. Muito importante é realizar próteses com as melhores condições estéticas e funcionais, para dar ao paciente que sofreu radio e quimioterapia um complemento positivo à sua situação psicológica, sempre muito fragilizada nessas doenças, a fim de que ele possa rapidamente se reintegrar ao convívio social. O uso de saliva artificial e pós-adesivos serão complementos de grande valia depois que ele ti-

ver seu peso corpóreo estabilizado. Na fase intermediária (trans e pós-terapias), o reembasamento das próteses antigas com produtos resilientes proporciona conforto clínico para a ingestão de alimentos com bons nutrientes, vitais para sua integral recuperação física. Maiores detalhes dos protocolos clínicos para esses pacientes podem ser analisados no capítulo VIII do livro-texto de Brunetti e Montenegro, sobre Odontogeriatrics, publicado em 2002 (p. 115-130).³

A correlação entre osteoporose e as arcadas dentárias não foi completamente elucidada, mas devem ser reforçados os controles junto aos médicos do paciente, para manter essa hipótese afastada. Deve-se evitar que restos de alimentos permaneçam sob as bases, bem como contatos prematuros sejam equalizados, além de as próteses estarem bem-adaptadas, para diminuir a possibilidade de reabsorção óssea dos rebordos por motivos estritamente odontológicos, o que poderia somar-se ou potencializar aos motivos sistêmicos advindos da osteoporose, que é mais freqüente nas mulheres, especialmente após a menopausa, quando a paciente não obtém uma estabilidade hormonal adequada. No caso das pacientes dentadas, parcialmente dentadas ou edêntulas, que possuem boa quantidade de osso cortical, um grau bem elevado do controle de placa bacteriana deve ser conseguido, sem contar, como já citado anteriormente, um bom ajuste oclusal, remoção de focos infecciosos presentes e selas bem conformadas por toda a área basal de suporte.

A doença de Alzheimer e o mal de Parkinson apresentam diversos graus de envolvimento, mas podem causar um descontrole motor com evidentes implicações em manter as próteses estáveis na cavidade bucal, o que gera problemas oclusais e lesões na fibromucosa. Também envolvem a capacidade cognitiva para usar as próteses (Alzheimer), e a manual, para sua limpeza e dos rebordos (Parkinson). O treinamento do pessoal auxiliar e da família se faz fundamental. Ajustes pequenos e constantes podem ser realizados, sendo o papel de observação do profissional o mais importante, indicando quais procedimentos clínicos realizar, para que os pacientes possam acostumar-se com eles gradualmente. Deve-se preferir fazer consertos seqüenciais nas próteses antigas até que estas cheguem próximo ao que desejamos com as novas. Só aí podemos efetuar uma troca mais confiante do sucesso a ser conseguido, afirmam Holm-Perdersen; Loe¹¹ e Ettlinger.⁸

Diversos estágios clínicos de neuroses, psicose e demências podem contra-indicar a confecção e o uso de novas PT em idosos. Optar por fazer acertos nas atuais pode ser uma medida clínica aconselhável para diversas situações de instabilidade mental permanente, evitando o descarte quase imediato das novas pelos pacientes nessas condições clínicas. Casos mais avançados podem obrigar-nos à remoção das próteses, mas os nutricionistas de suporte devem fazer-se presentes, com dietas que compensem os alimentos que deixarão de ser ingeridos nessa fase.

A artrite *per se* não contra-indica PT nos idosos, mas seus medicamentos constantes podem diminuir o fluxo salivar e facilitar lesões sob as bases. Um diálogo constante com médicos é necessário, pois ela pode comprometer a limpeza das próteses e rebordos, devendo o pessoal auxiliar e familiar ser treinado para como obter um bom controle de placa bacteriana. A osteoartrose da ATM, apesar de pouco freqüente, pode ocorrer na terceira idade, dificultando a abertura da boca. Optar pelo acerto das próteses antigas ou a moldagem usando a própria prótese atual pode ser uma opção viável. Existem diversos dispositivos para auxiliar na limpeza das próteses e dos rebordos que podem ser bem-entendidos ao ler-se o capítulo XVIII do livro de Brunetti e Montenegro³ (p. 333-360), tanto para os pacientes como para seus cuidadores.

Influência Clínica dos Efeitos Bucais dos Fármacos

Quando o paciente é mais jovem, normalmente não faz uso de ou ingere poucos fármacos, que sempre possuem efeitos colaterais por todo o organismo; mas o mais crítico é que a maioria deles, para os idosos, causam problemas na cavidade bucal.²⁰

Os autores acima estudaram cerca de 440 substâncias farmacológicas de uso comum na terceira idade e delas puderam observar os seguintes efeitos colaterais com implicações na cavidade bucal: cicatrização retardada; xerostomia; estomatites, ulcerações e aftas; zumbido na região auricular; alterações de paladar e olfato; alteração na garganta, incômodo na deglutição e aumento do reflexo faríngeo; candidíase, líquen plano e outras lesões nos tecidos moles; alteração do volume da língua e queimação sublingual; e, por fim, movimentos involuntários da face e da musculatura peribucal.

Devido à sua importância clínica, cada um desses efeitos será abordado detalhadamente a seguir:

Cicatrização retardada: presente em 57,04% dos fármacos, pode comprometer o preparo da boca para a PT, relativamente a remoção de elementos dentários, hiperplasias, aprofundamento e regularização de rebordos, correção cirúrgica de câmaras de vácuo e outros procedimentos que necessitam de intervenções cirúrgicas. Considera-se que nos pacientes tratados de câncer as regiões operadas podem não se cicatrizar, dando margem à indução da osteorradionecrose, de conseqüências devastadoras no paciente idoso. Sobre as porcentagens citadas daqui por diante, convém esclarecer que um mesmo fármaco pode ter mais de um efeito na cavidade bucal, por isso esse dado é um valor relativo.

Xerostomia: talvez o problema bucal mais significativo para a confecção e o uso das PT, já que sem a película de saliva (ou estando esta muito diminuída) é extremamente difícil manter a prótese em posição. Cerca de 43,4% dos medicamentos estudados podem causar alterações no fluxo salivar. Além da perda de retenção, há maior chance de lesões nos tecidos moles, mesmo com próteses bem-adaptadas. Nas PT que possuem quebras de bordas, perda de polimento, desajustes de bases e contatos prematuros, essas lesões são ainda mais freqüentes e podem propiciar o aparecimento de estomatites induzidas, por próteses, de grande incidência entre idosos (pela maior proliferação bacteriana, já que a ação antibacteriana da saliva diminui muito ou desaparece, aumentando as populações bacterianas próprias da boca as quais podem ser inaladas pelo pulmão ou ser vistas em cortes de vasos sangüíneos do coração, com conseqüências imprevisíveis na morbidade do idoso), como se vê no quadro XVIII.3. O uso de substitutos salivares artificiais, ainda conforme esses autores, deve ser a última opção (por seu custo e pouco tempo de eficiência clínica), devendo-se dar prioridade, no diálogo com os médicos, à troca de medicamentos, buscando aqueles que levem a níveis menores de xerostomia, embora também ressequem lábios, nariz e garganta, dificultando a formatação e umectação do bolo alimentar e gerando, como já citado, problemas estomacais no paciente de terceira idade.

Estomatites, ulcerações e aftas: 87 substâncias farmacológicas (19,77%) podem levar à formação dessas lesões, que, somadas a xerostomia, estados anêmicos e deficiências nutricionais,

Quadro XVIII.3 – Prevalência de estomatites induzidas por prótese entre idosos.*

Trabalho	País	Número de pacientes examinados	Envolvidos (%)
Swallow; Adams, 1967	Inglaterra	171	40
Maarkén; Hedegard	Suécia	168	54
Budtz-Jorgensen, 1972	Dinamarca	303	67
Mäkilä, 1974	Finlândia	106	63
Budtz-Jorgensen, 1975	Dinamarca	463	65
Axéll, 1976	Suécia	2277	36
Mikkonen e cols., 1984	Finlândia	3875	50
Pindborg e cols., 1985	Dinamarca	478	42
Vigild, 1987	Dinamarca	413	35
Cumming e cols., 1990	Brasil	65	48

*Budtz-Jorgensen, E.,⁴ Holm-Pedersen & Loe.¹¹

podem tornar muito difícil a adaptação imediata a novas próteses, daí passarmos pelos reembasamentos e consertos antes de confeccionar novos trabalhos. Durante o prazo gasto para estes acertos, deve-se buscar junto com os médicos um meio de melhorar a resposta orgânica e mudar os fármacos indutores desses problemas clínicos.

Zumbido na região auricular: Pode ocorrer com 14,32% das medicações e é um ponto que pode confundir o clínico geral, pois também problemas de ATM podem induzir essa sintomatologia, obrigando a inclusão da análise dos fármacos ingeridos no diagnóstico diferencial e alertando o médico que o prescreveu.

Alterações de paladar e olfato: levam o paciente a colocar mais condimentos – especialmente o sal (pensando na hipertensão, em problemas renais, de fígado e de formação de trombos), sendo causadas não só pela xerostomia, como por 13,41% dos fármacos estudados. Um bom trabalho com resina acrílica – menor volume – também auxilia em uma melhor adaptação do paciente aos trabalhos a serem realizados. Um estudo das drogas ingeridas pode ser de grande valia clínica e para a qualidade de vida dos pacientes. O uso diário dos limpadores de língua pode ser bastante válido, pois um menor fluxo salivar equivale a maior acúmulo de restos alimentares nas entrada das papilas gustativas, limpeza que, inclusive, pode ajudar no controle de diabetes, pois, tendo papilas mais liberadas, pode-se sentir melhor o doce dos alimentos, usando menos açúcar na alimentação e evitando problemas de insulinemia.

Alteração na garganta, incômodo na deglutição e aumento do reflexo faríngeo: estão implicados na menor umectação do bolo alimentar pela saliva, bem como por drogas que causam diretamente esses efeitos colaterais (12,5%). Se não tratados, acabam por levar à mudança da dieta do paciente, com evidentes implicações sistêmicas. O aumento (em área) da possibilidade do reflexo faríngeo pode dificultar bastante nossas atividades de moldagem, sendo muitas vezes, confundido com um paciente que restringe nossa atividade profissional por supostos problemas psicológicos. O diálogo com os médicos envolvidos pode ajudar a encontrar soluções para esses problemas ou, ao menos, atenuar suas implicações clínicas.

Candidíase, líquen plano e outras lesões nos tecidos moles: normalmente oriundas de queda de resistência, proliferação bacteriana e xerostomia, sendo que cerca de 9,32% das drogas normalmente ingeridas podem induzir suas ocorrências, daí a importância dos conhecimentos semiológicos diferenciais dos profissionais. Também participam no círculo vicioso de uma mudança alimentar, menor poder nutricional da nova dieta e conseqüente queda da resistência orgânica do indivíduo. A mucosite geralmente acompanha procedimentos de oncologia, devendo-se verificar junto à equipe médica qual o protocolo indicado naquela ocasião e se ele está sendo seguido pelo paciente atualmente. Até o desaparecimento das lesões e problemas, não devemos intervir com procedimentos clínicos, salvo consertos em áreas que estejam irritando os tecidos moles.

Alteração do volume da língua e queimação sublingual: com o passar dos anos, há um aumento do volume da língua, que se torna significativo na terceira idade, e ainda 9,09% das drogas (40 substâncias) podem induzi-lo, bem como a queimação sublingual, muitas vezes creditada à sobreextensão das bordas, excesso de monômero residual ou mesmo envolvimento psicológico do paciente. Uma análise dos fármacos ingeridos pode ser de grande aplicação clínica, já que o volume excessivo da língua pode dificultar moldagens e mesmo a adaptação às PT inferiores.

Movimentos involuntários da face e da musculatura peribucal: Muitas vezes classificados como "tiques nervosos", de cunho psiquiátrico, cerca de 27 drogas (6,14%) podem causá-los e, nos casos mais acentuados, prejudicar nosso trabalho clínico e a estabilidade das próteses em função. Muito mais que só encararmos como uma característica da pessoa, devemos procurar buscar nos fármacos ingeridos as possíveis causas das características apresentadas.

Obs.: para o conhecimento das substâncias que podem causar tais efeitos colaterais, sugerimos a leitura do capítulo 9 (p. 131-150) e do anexo C (p. 443-464) do livro de Odontogeriatrics de Brunetti e Montenegro.³

Considerações Clínicas sobre Prótese Total na Terceira Idade

Diálogo com o Paciente, Familiares e Cuidadores

O entrosamento com todos os envolvidos no tratamento do idoso é fundamental para o sucesso do caso, como já dito anteriormente. Deixe-os falar e anote tudo que for comentado, pois dados valiosos serão obtidos, especialmente com relação às crenças odontológicas do paciente, dos familiares, suas condições gerais de saúde, nomes e telefones dos médicos e da equipe multidisciplinar e fármacos ingeridos (além dos constantes na ficha de identificação), numa conversa descontraída, mas com objetivos profissionais claros. O mesmo vale para pacientes em atendimento domiciliar ou em casa de repouso e hospitais.¹¹

Diálogo com os Médicos e a Equipe de Saúde do Paciente

Como tudo mostrado até aqui, é um ponto nevrálgico do atendimento consciente na terceira idade, especialmente para um conhecimento maior do paciente e um diálogo franco sobre fármacos e seus efeitos colaterais na cavidade bucal – normalmente desconsiderados pelos médicos e outros profissionais de saúde no ato de prescrição de medicamentos. É o início de uma parceria com benefícios para todos: médicos, paciente e cirurgiões-dentistas.

Horário de Atendimento, Duração das Consultas, Planejamento de Trabalho e Posição de Trabalho

As doenças cardíacas são as líderes mundiais em óbitos recomendando-se seu atendimento pela manhã, o que coaduna com a maior disposição física dos idosos. As consultas devem ser, idealmente, por volta de 30 a 40 minutos, com a liberdade de o paciente ir à toailete se ultrapassar este tempo. Não se devem invadir os horários de refeição dos diabéticos, pelo perigo de induzi-los a hipoglicemia. Para lograr tais objetivos, um planejamento prévio do trabalho a ser realizado deve ser feito, visando agilizar o atendimento clínico e não cansar os pacientes, já normalmente "impacientes" nessa faixa etária, cumprindo-se a meta de 30 a 40 minutos de trabalho. A posição ergonômica de trabalho, que é a ideal para nós, não é satisfatória para os idosos, e, associada aos diversos fármacos ingeridos, pode causar hipotensão postural, que se caracteriza por um mal estar súbito ao voltarmos o encosto da cadeira para a posição vertical (essa sensação também está associada à labirintite).

Igualmente, sabe-se que procedimentos clínicos como moldagens com alginatos e materiais de grande fluidez, verificação dos planos de orientação do rolete superior (em relação ao solo) e obtenção de registros maxilo mandibulares adequados, verificação de assimetrias faciais, paralelismo de linhas medianas etc. necessitam do espaldar das cadeiras entre 45 e 60° de inclinação, independentemente da idade do paciente. Esse desconforto para a coluna do CD pode ser compensado se não marcarmos a consulta de dois idosos em seguida, havendo um tempo para sua recuperação física.²

Análise Crítica dos Defeitos das Próteses Atuais

Bordas quebradas ou irregulares, sub ou sobreestendidas, dentes desgastados, câmara de vácuo, curva de Spee invertida, trincas e consertos, grau de adaptação ao rebordo, dentes que travam movimentos da mandíbula, relacionamento com arco antagonista, perda de eficiência mastigatória, polimento inadequado, estética alterada, problemas articulares, diminuição na DVO etc., são alguns dos pontos que devem ser anotados e discutidos com o paciente antes de iniciarmos nossas atividades.

Como muitos dos atendimentos dos idosos pode ser realizado com eles estando numa cama em sua casa ou casas de repouso, muitas vezes teremos de lançar mão de opções conservadoras de tratamentos, as quais envolvem o conserto parcial ou total e seqüencial (ver próximo tópico) dos defeitos supracitados, porque também o paciente não pode ficar sem sua prótese, por questões funcionais, estéticas e psicológicas.

Nessas condições, o uso de reembasadores macios ajuda a condicionar os tecidos moles irritados por esses defeitos, enquanto com a resina autopolimerizável buscamos consertar os bordos, fraturas e outros defeitos menores da prótese atual.

Obtendo a melhora dos tecidos afetados, podemos lançar mão de reembasadores duros, que têm maior durabilidade na boca, menor retenção de restos alimentares (pelo melhor polimento obtido) e, por conseqüência, levam a menor possibilidade de mau hálito e de irritação dos tecidos moles. Produtos como os da Tokoyama (Japão – J. Morita do Brasil – SP) e os da Bosworth (EUA – Dental News – PR) são excelentes para esse fim.

Uma nova prótese assim corrigida pode servir, muitas vezes, como moldeira para obtermos moldes do rebordo do paciente, os quais nos permitirão construir próteses novas e bem toleradas pelos pacientes nessas condições.

Conserto Gradual dos Defeitos Apresentados

Diversos autores especialistas em Odontogeriatrica^{3,4,6} alertam para agirmos com cautela nas PT para idosos. Quanto mais idade têm, mais se apegam à prótese atual, e por isso as mudanças

para o padrão necessário devem ser lentamente assimiladas pelo paciente. Isso acontece mesmo com as doenças neurodegenerativas, cujos pacientes “sentem a ausência” da prótese, relatando um incomodo aumentado e que muitas vezes não consegue ser percebido pelo pessoal de apoio nas casas de repouso ou pelos cuidadores como tendo sido causado pela prótese removida da boca.

A recomendação destes autores é ir incrementando semanal ou quinzenalmente as áreas envolvidas, até que, no caso das bordas ou dimensão vertical, p. ex. se obtenha a altura e a extensão desejadas. Assim, o paciente vai se acomodando gradualmente às mudanças, o que tornará nosso trabalho de construção e adaptação às novas próteses mais fácil.

Quanto mais precisos forem esses ajustes, poderemos também usar a prótese antiga como base de trabalho, vazando o gesso diretamente sobre a resina (com o isolamento das retenções e dos dentes artificiais) – ver Fig. XVIII.10 – e assim poupando (cl clinicamente) ainda mais nosso paciente. Esse ajuste gradual dos defeitos também ajuda no conhecimento e posterior domínio psicológico do paciente, para que possamos cumprir suas aspirações (possíveis tecnicamente) e dirimir dúvidas com relação ao tratamento.

Nesses consertos, são usados reembasadores macios ou duros, à base de polivinilsiloxano ou metilmetacrilato, de acordo com a análise do profissional (alguns citados ao final do item anterior). Os condicionadores de tecido poderão ser usados nos casos em que se procura corrigir irregularidades e irritações teciduais previamente à construção de novas próteses, mas esses produtos facilitam, por sua porosidade, o acúmulo de placa bacteriana, por isso os cuidados de higiene oral devem ser reforçados e o uso daqueles reduzido ao mínimo possível, para se conseguirem os objetivos clínicos esperados.⁷

Buscar Técnicas mais Eficientes

Faz-se necessário buscar técnicas mais eficientes para a confecção de PT como as atualmente mostradas nos cursos gratuitos de “Passaporte para a Cidadania”, normalmente realizados em distritais e regionais da APCD, sob a tutela técnica do Grupo de Reciclagem em Prótese Dentária. Tais cursos procuram mostrar uma confecção mais

rápida de PT, junto a técnicos de laboratório motivados e a vontade social de servir e reintegrar seu semelhante à sociedade.

Por mais que se pense que "tudo está parado" em PT (e este livro é o exemplo vivo disso – veja o que mudou da primeira para a segunda edição), há freqüentes cursos, que sempre em algo novo podem ajudar para conseguir atender o paciente idoso mais rapidamente, no consultório ou em atendimento domiciliar, sem perda da precisão necessária que esse tipo de prótese exige. Além disso, a PT ainda tem muito mercado num país com 65% de edêntulos totais e 70% dos idosos recebendo de 1 a 3 salários mínimos por mês...

Moldagens

Como explicado no item "Influência Clínica dos Efeitos Bucais dos Fármacos", próteses antigas devidamente consertadas podem suplantam a fase de moldagem anatômica, poupando clinicamente o paciente idoso. Faz-se a moldeira individual e parte-se para a moldagem funcional (lembre-se da posição do espaldar da cadeira odontológica). Face à xerostomia, geralmente presente,¹⁵ as pastas zincoeugenólicas devem ser substituídas por elastômeros, mas de fluidez média ou regular, para não haver escorrimto excessivo do material, o que incomoda o paciente.

Movimentos funcionais devem ser realizados, como demonstrado antes neste livro, e, se o paciente não puder realizá-los adequadamente, o profissional deve intervir, especialmente se aquele sofreu um AVC ou tem doenças neurodegenerativas que impeçam sua colaboração.

Técnicas de moldagem em boca fechada, como relatadas por Turano; Turano³¹ e Wostman; Schulz,³⁴ podem ser utilizadas, sempre ponderando-se sobre o tipo de material em função de sua fluidez. Em pacientes acamados, optar por consertar a prótese antiga ou usá-la como molde ou moldeira (pois será usado menos material de moldagem) pode ser um caminho mais adequado.

Prova nos Roletes e Relações Maxilomandibulares

Buscando-se um menor tempo clínico, pode-se procurar montar os roletes (com a ajuda de um paquímetro) com espessura semelhante à encontrada na prótese antiga consertada, que acabará

criando uma curva pósterio-anterior (Spee) para início das provas com o paciente (apenas um acréscimo de 1 a 1,5 mm em altura é feito, a fim de poder auxiliar os ajustes na boca).

Seguindo de forma habitual, conferem-se altura, curvatura e os contornos da boca, com destaque para o realce da bossa canina e do fundo de saco na região anterior das PT superiores, para se conseguir o enchimento parcial de sulcos faciais, o que vai ajudar, junto com a DVO adequada, a gerar uma sensação de mais juventude no paciente.

Após marcar as 3 linhas básicas para a escolha dos dentes artificiais nos roletes, analise se as dimensões conseguidas são compatíveis com os dentes que o paciente deseja ou se coadunam com fotos antigas dadas como mostra do que desejaria em suas próteses; os casos divergentes devem ser prontamente esclarecidos. O uso de arco facial permite uma correta posição para a montagem em articulador e deve ser mantido, para que o trabalho laboratorial seja bem-sucedido.

Cor dos Dentes Artificiais

Geralmente, com o passar dos anos, os dentes naturais escurecem e, na terceira idade, isso fica bem patente,³ mas o paciente idoso sempre deseja, com as novas próteses, resgatar a brancura dos dentes que tinha na juventude, e isso pode não coadunar com sua cor de pele atual. Um diálogo franco com ele e seus familiares, somado às fotos antigas, pode resolver impasses desse tipo na prática clínica.

No mercado brasileiro, atualmente, existem diversos dentes artificiais, sejam nacionais ou importados, com suas escalas de cor próprias, que ajudam a suplantam os problemas que surgirem na prática diária, e você e seu protético devem estar sempre se atualizando nesses aspectos (alguns são citados no Cap. XVI deste livro).

Montagem dos Dentes

Tecnicamente, seguem-se os passos citados no capítulo sobre montagem dos dentes, mas deve-se dar preferência a dentes com cúspides mais baixas (e sulcos menos pronunciados), já que certo aplainamento na face oclusal ocorre com o tempo, também porque mudam os contornos da cavidade glenóide e do côndilo com o passar dos anos.¹⁰ Se ainda foram preservados

dentes no arco antagônico, devem-se seguir as características de mesa oclusal deles, individualizando os dentes pré-fabricados segundo a particularidade de nosso caso. A função em grupo, com contatos bilaterais simultâneos, deve ser o critério de relacionamento oclusal ideal para os dentes artificiais, proporcionando a importante estabilidade oclusal das próteses, o que permitirá seu equilíbrio em função e seu uso constante com conforto e confiança ao mastigar, antevendo-se uma melhor saúde geral, já que o paciente poderá ingerir bons nutrientes.

Provas na Boca

Seguem-se os padrões mostrados neste livro, acrescentando-se apenas que a participação dos acompanhantes e familiares é de vital importância, pois poderão influir negativamente (se não tiverem participado antes) depois de a prótese estar acrilizada e o idoso pode não concordar com o retorno à fases anteriores do trabalho, já que tem “urgência” de ter suas novas próteses.

Cor, forma, disposição e busca pelas características devem ser analisadas neste momento clínico. Procurar levar as próteses à prova já com as bordas na espessura e extensão que terão após o enceramento pré-inclusão, faz que o ato clínico tenha maior semelhança com as próteses acrilizadas, tornando mais eficientes as próximas sessões clínicas (o que é conseguido aplicando-se a técnica de confecção de roletes mostrada neste livro).

Enceramento, Identificação e Acrilização

Procure não gerar volume ou extensão excessivos no enceramento, para facilitar o ato de entrega das próteses, especialmente se for feito em atendimento domiciliar ou hospitalar/institucional, cujas condições ideais para grandes desgastes e um bom polimento posterior não são as ideais. Por isso, usar as próteses antigas acertadas sequencialmente como um espelho de nossa prótese definitiva, nesse passo, é fundamental.

Para pacientes que mantêm convívio com muitos idosos (casas de repouso, p. ex.), identificar as próprias próteses com suas iniciais, pode tornar bem mais facilitado o trabalho dos cuidadores e da enfermagem nas toaletes comunitárias do local. Quando se antevê o asilo de um pa-

ciente hoje morando em sua própria casa, essa medida é essencial, mas pode também ser realizada depois de a prótese estar acrilizada com pigmentos aplicados em depressões feitas nas próteses e depois cobertas por resina transparente, sendo essa região bem polida. Geralmente se colocam as letras na palato ou na borda lingual das PT inferiores.

Seguindo idéia muito bem explorada neste livro e também por Souza,²⁹ nos casos de PT duplas, acrilizá-las em oclusão, com o uso de mufla HH, pode ser uma boa medida, pois isso evitaria as constantes alterações oclusais pós-prensagem e acrilização que se observam em PT, sendo de grande aplicação clínica (diminuindo o tempo de ajustes clínicos em Odontogeriatrics). Imagine como conseguir um bom ajuste oclusal em paciente internado, que teve AVC e não consegue movimentar-se e orientar corretamente nosso trabalho; por isso todos os recursos que podem nos dar maior confiabilidade laboratorial devem ser empregados.

Remontagem

Como exposto no item anterior, a mufla HH pode nos ajudar muito a minimizar o tempo clínico de entrega da prótese. Mas se, mesmo assim um bom ajuste oclusal estiver difícil de conseguir, segundo Zwetchkembbaum; Shay³⁵ e Budtz-Jorgensen,⁴ deve-se partir para a remontagem do caso, para que, no laboratório, possamos conseguir um correto balanceio oclusal em todas as movimentações mandibulares, requisito fundamental para que o sistema estomatognático do paciente se integre às novas próteses.

Próteses Substitutas

Para pacientes com problemas de memória, psiquiátricos e de habilidade manual para a limpeza (ou de cuidadores e enfermagem que têm grande rotatividade), muitos autores recomendam a confecção de um par extra de próteses, a fim de que, em caso de queda, quebra ou perda (aí a identificação seria importante), possamos prontamente restabelecer a condição mastigatória dos pacientes, já que o prazo (e o incômodo funcional e nutricional) para iniciarmos novas próteses poderia tornar-se crítico do ponto de vista da saúde sistêmica do paciente. A duplicação é feita da maneira tradicional encontrada

nos livros-texto de Prótese Total. Sempre é bom lembrar que a técnica de duplicação das bases proposta neste livro torna bastante fácil poderemos realizar os dois pares de próteses simultaneamente. Os familiares e cuidadores devem ser instruídos a manter as próteses substitutas sempre guardadas em recipiente com água (verificado semanalmente), para que a resina acrílica não sofra alterações dimensionais.

Como nós, leitores deste livro, dificilmente usamos PT, não conseguiremos jamais mensurar o grau de perdas (psicológica, estética, do trabalho, nutricional, de saúde sistêmica, só para citar algumas) que um paciente sofre quando fica sem sua prótese; por isso, procure levar a opção de próteses substitutas como um padrão de trabalho, quanto mais comprometido mentalmente o paciente idoso estiver.

Higienização de Próteses, Arcadas, Língua e Tecidos Moles

Os autores deste livro dominam como poucos os critérios de higienização das PT, mesmo em idosos, e por isso valeria a pena ler neste momento o capítulo específico deste livro e Marchini e cols.¹⁴ Apenas queremos acrescentar o reforço de ensino dos familiares, cuidadores e da enfermagem (de todos os turnos de trabalho) sobre a importância da limpeza dos rebordos para a diminuição da reabsorção óssea sob as bases de PT e selas de prótese parcial removível, conforme salientou Montenegro,¹⁹ com escova macia, pasta e colutório com clorexidina, e sugador (pacientes internados) ou gaze com clorexidina (em UTI e hospitais).

A higiene constante da língua com algum dos diversos tipos de limpadores existentes no comércio brasileiro,³ é uma medida válida para primeiramente limpar as papilas gustativas recobertas por restos celulares e alimentares, que impedem uma percepção gustativa adequada (e que obrigaria os pacientes a uma maior quantidade de sal, condimentos e açúcar com conseqüências para o controle da hipertensão problemas gástricos e diabetes) e também impede que as colonizações bacterianas características da boca, em volume anormal, que formam a saburra da língua, adentrem no trato digestivo e daí na corrente sangüínea, podendo chegar ao coração, gerando complicações orgânicas indesejadas, espe-

cialmente no paciente idoso debilitado. Lembrar que nessa faixa etária o fluxo salivar geralmente é menor, o que pode gerar halitose e um maior número de cálculos nas próteses.

Segundo Barnes e Walls,¹ instruções escritas e personalizadas, com letras grandes, abordando tudo o que foi dito no ato de entrega, é uma medida muito válida para pacientes idosos e seus acompanhantes e cuidadores, que nem sempre podem estar presentes nessa sessão. Seu telefone nas instruções é fundamental, para dirimir qualquer dúvida surgida com o passar dos dias.

Deve-se alertar para o perigo do uso de substâncias limpadoras capazes de alterar o polimento dado às próteses, pois, ao tornarem-nas mais porosas, geram maior depósito de bactérias, fontes dos problemas gengivais que conhecemos em profundidade e que são bem críticos em pacientes idosos, por seu menor fluxo salivar, causado pelos inúmeros fármacos que ingere para sua saúde geral.

Controles Posteriores e Reembasamentos

Estabelecer um programa geral de controles periódicos, que abarque todas as possibilidades clínicas, especialmente lidando com a heterogeneidade dos idosos,¹⁷ é uma medida praticamente impossível (sugerimos a leitura do capítulo XVIII do livro de Brunetti e Montenegro sobre Odontogeriatría).³ Qualquer projeto de controles periódicos deve ser instituído à base de caso a caso, em que a checagem de tecidos moles, adaptação, oclusão e a higiene da cavidade oral devem ser parte integrante das atividades clínicas. Se reabsorção óssea ocorrer, mesmo que tomemos todos os cuidados até aqui propostos, reembasamentos parciais ou totais poderão ser necessários. Usamos inicialmente os reembasadores macios (ou duros) que aplicamos nos consertos graduais das próteses anteriormente propostos (item Influência Clínica dos Efeitos Buciais dos Fármacos). A posterior acrilização desses consertos vai depender do senso clínico do profissional para cada paciente.

Considerações Finais

Por tudo que tentamos mostrar nessa rápida análise das PT na terceira idade, pode-se ver que

muitos aspectos devem ser levados em consideração ao atendermos os pacientes dessa faixa etária.

Também cremos que a leitura dos cuidados que devemos ter para com os idosos se aplica ou relembra critérios que devíamos ter para as primeiras faixas etárias, quando – infelizmente – necessitam receber PT.

Mas muito mais que apenas passos técnicos otimizados, deve-se ter em mente o ser humano, muitas vezes bastante fragilizado e carente e que deve ser o foco de todas as atenções que posamos dar em nossos consultórios, bem como as de nosso pessoal auxiliar, inclusive o técnico em prótese dentária.

É para a pessoa que devemos envidar todos os nossos esforços, em prol de recuperar sua saúde geral plena o mais rápido possível e de propiciar sua reintegração social completa.

Queremos terminar este breve capítulo com um pensamento do Dr. Ruy Fonseca Brunetti:

Em busca do amanhã, vivendo o presente, respeitando o passado.

Onde Ler Mais

- BARNES, I.E.; WALLS, A. *Gerodontology*. London: Wright, 1994. 212p.
- BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E. Interações entre a Medicina e a Odontologia – parte 1. *Atual Geriat* v.3, n.19, p.27-32, Nov. 1998.
- BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002, 481p.
- BUDTZ-JORGENSEN, E. *Prosthodontics for the elderly*. Chicago: Quintessence, 1999, 266p.
- CHRISTENSEN, G.J. O futuro da prótese na prática clínica. *J Amer Dental Assoc (Brasil)* v.3, n.4, p.189-90, Jul/Ago 2000.
- DRUMMOND, J.R. et al. *Dental care of the elderly*. London: Mosby-Wolfe, 1995. 224p.
- EDUARDO, J.V.P.; MACHADO, M.S.S. Aumento da durabilidade dos condicionadores de tecido. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent*, v.54, n.4, p.289-93, Jul/Ago 2000.
- ETTINGER, R. Considerações geriátricas em Prótese Dentária. In: OWALL, B.; KAYSER, C.; CARLSSON, G.E. *Prótese Dentária: princípios e condutas estratégicas*. Trad.: Fernando Luiz Brunetti Montenegro. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.81-95.
- GALTIESI, C.L.A. Antroposofia na clínica dentária. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent*. v.36, n.533, p.18, Set. 2001.
- HEARTWELL Jr., C.M.; RAHN, A.O. *Syllabus em prótese total*. 4.ed. São Paulo: Ed. Santos (Revisão: Fernando Luiz Brunetti Montenegro), 1990. 523p.
- HOLM-PEDERSEN, P.; LOE, H. *Textbook of geriatric dentistry*. 2.ed.: Copenhagen. Munksgaard, 1996. 584 p.
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções preliminares 1980-2020*, Mar. 1995.
- LEVY, A. *Psicoterapia breve na geriatria*. deialevy@sti.com.br. Acesso em: 15/10/1998.
- MARCHINI, L. et al. Próteses totais: orientações e cuidados posteriores. *Rev EAP/APCD*, v.1, n.2, p.14-18, Jan/Jun. 2000.
- MARCHINI, L. et al. Prótese dentária na terceira idade. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* v.55, n.2, p.83-87, Mar/Abr. 2001.
- McNAUGHER, G.A.; BENINGTON, I.C.; FREEMAN, R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. *Gerodentol*, v.18, n.1, p.51-7, Jul. 2001.
- MONTENEGRO, F.L.B.; BRUNETTI, R.F. Prótese dentária na terceira idade. *Anais do I Encontro de Geriatria da APCD*. São Paulo: Casa do Novo Autor, 1999. p.70-77
- MONTENEGRO, F.L.B.; BRUNETTI, R.F. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriatrico. *Atual Geriatria*, v.3, n.17, p.6-10, Jun.1998.
- MONTENEGRO, F.L.B. Revisão de técnicas para mensuração da reabsorção óssea. São Paulo, 1989. Dissertação Mestrado. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 52p.
- MONTENEGRO, F.L.B.; PEREIRA, C.M.M.S. Efeitos bucais dos fármacos em Odontogeriatría. *20º Congr Paul Odontol*. 29.01.2002.
- NUNES, E. Avalista para idosos incita Procon. São Paulo, v.81, n.26451, p.C-5, 03.09.2001.
- OURIQUE, S.A.M.; MONTENEGRO, F.L.B. Considerações sobre interferências subjetivas em Odontologia Geriátrica. *Rev Paul Odontol*, v.20, n.4, p.41-44, Set/Out. 1998.
- QUELUZ, D.P.; DOMETTI, S.S. Expectativa do paciente em relação à prótese total. *PCL*, v.2, n.9, p.57-63, Set/Out. 2000.
- SEGER, L. *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Ed. Santos, 1992, p.141-149.
- SGARIONI, M. Para uma mente saudável. *Rev Folha*, v.7, n.369, p.54-5, 30.05.1999.
- SHEIHAM, A. et al. The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people. *J Dent Res*, v.80, n.2, p.408-13, 2001.
- SHIMAZAKI, Y. et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res*, v.80, n.1, p.340-5, 2001.
- SOUZA, C.P.; TAMAKI, R. Implicações do uso de prótese total na geriatria. *ROBRAC*, v.6, n.19, p.29-31, 1996.