

LEVANTAMENTO DE DADOS DOS PACIENTES E CONDIÇÕES DAS PRÓTESES TOTAIS BIMAXILAR CONFECIONADAS PELO SUS NO MUNICÍPIO DE PINHALZINHO SC

DATA SURVEY OF PATIENTS AND CONDITIONS OF DENTURES BIMAXILLARY FABRICATED BY SUS IN THE MUNICIPALITY PINHALZINHO SC

JOÃO RODOLFO GOMES JAKYMIU^{1*}, GIOVANI DE OLIVEIRA CORRÊA²

1. Mestre em Prótese Dentária pela Faculdade Ingá-PR, Discente do Doutorado UFSC; 2. Docente do curso de Odontologia da UEL e do mestrado em Prótese Dentária Faculdade Ingá-PR

* Avenida Belém, 2399, apto 204, Pioneiro, Pinhalzinho, Santa Catarina, Brasil. CEP: 898700-000. joajokymiu.ufsc@gmail.com

Recebido em 25/03/2015. Aceito para publicação em 06/05/2015

RESUMO

Objetivos: Levantar dados, analisar o perfil dos pacientes que rejeitaram as próteses, servir de orientação para melhoria da qualidade técnica das próteses, guiar as rotinas e critérios de encaminhamento dos pacientes com necessidade de Prótese Total Convencional na atenção básica de Pinhalzinho em Santa Catarina. **Materiais e métodos:** A população consistiu de 261 pacientes que instalaram a próteses totais a partir de janeiro 2010 pelo Centro de Especialidade Odontológico de Pinhalzinho SC. Os dados foram coletados por meio de 2 (dois) questionário, um realizado pelos Agente Comunitário de Saúde e outro pelo Cirurgião Dentista. Os questionários tinham a intenção de avaliar a percepção do paciente sobre: próteses novas, e antigas, avaliação do serviço prestado pela atenção básica, e especializada, higiene bucal, condição sistêmica do paciente. O exame clínico foi realizado pelo CD para avaliar quantidade de rebordo, profundidade do palato, resiliência da mucosa, extensão das próteses. Os ACS avaliaram principalmente a situação socioeconômica dos pacientes e dados pessoais. Os dados gerados foram expostos na forma de porcentagem e os resultados foram confrontados para rastrear possíveis motivos das desistências das próteses. **Resultado:** Em relação à desistência do tratamento, 15,6% dos pacientes desistiram de utilizar pelo menos uma das próteses confeccionadas pelo CEO, sendo a inferior responsável por 17 (85%) dos 20 casos de rejeição. Na arcada inferior foi predominante a presença: de rebordo reabsorvido (56,15%), próteses com pouca extensão (81,25%) e queixa de instabilidade. Nos pacientes que rejeitaram a prótese total superior houve predominância do palato raso. **Conclusão:** A preservação realizada no município está sendo bem-sucedida, inclusive entre os pacientes classificados como desistentes. Há carência de educação permanente em PT aos profissionais da área da saúde, para melhorar o desempenho da equipe. A reabilitação protética com próteses totais superiores está sendo resolutivo, já nas inferiores o processo de encaminhamento e confecção devem ser revistas, assim como, dos pacientes especiais, dos que realizam sua PT pela primeira vez. Os médicos e dentistas devem da atenção básica devem realizar anamneses mais detalhadas desses pacientes, para diagnóstico precoce de fatores de risco que podem desencadear uma doença crônica. Seguindo os dados da pesquisa é possível criar rotinas que visem minimizar ao máximo a desadaptação das PTC em Pinhalzinho SC.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia saúde da família, Sistema Único de Saúde, saúde do idoso, dentaduras, saúde pública.

ABSTRACT

Objectives: To obtain data, analyze the profile of patients who rejected the prostheses, provide guidance to improve the technical quality of prostheses, guide the routines and patient referral criteria requiring prosthesis Conventional Total in primary care Pinhalzinho - Santa Catarina - Brazil. **Methods:** The sample consisted of 261 patients who have installed the dentures from January 2010 the Dental Specialty Center Pinhalzinho SC. Data were collected through two (2) questionnaire, an accomplished by Community Health Agents and the other by the Dental Surgeon. The questionnaires were intended to assess the patient's perception about: new prostheses, and old, evaluation of the primary health care service, and specialized oral hygiene, systemic condition of the patient. The dental surgeon performed a clinical examination to assess amount of lip, palate depth, mucosal resilience, extension of the prosthesis. The Agent community health evaluated mainly the socioeconomic status of patients and personal data. The data generated were exposed as a percentage and the results were compared to track possible reasons for dropping out of the prostheses. **Results:** With regard to the withdrawal of treatment, 15.6% of the patients dropped out of the prosthesis produced using the CEO and is responsible for the lower 17 (85%) of 20 cases of rejection. In the lower arch was predominant presence: of resorbed ridge (56.15%), with little extension prosthesis (81.25%) and complaints of instability. In patients who rejected the dentures hear predominance of shallow palate. **Conclusion:** Follow up is being conducted in the city successful, even among patients classified as dropouts. There is a lack of permanent education in total prosthesis to health professionals, to improve team performance. The prosthetic rehabilitation with maxillary dentures being resolute, since the lower the referral process and preparation should be reviewed as well as the special patients, of holding their total prosthesis for the first time. Doctors and dentists are primary care should carry out a more detailed history of these patients for early diagnosis of risk factors that can trigger chronic diseases. Following the survey data you can create routines that aim to minimize the most of the maladjustment of conventional dentures in Pinhalzinho SC.

KEYWORDS: Family health strategy, health system, health of the elderly, dentures, public health.

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde é a “porta” de entrada do sistema de saúde e deve ter como características: a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso à população²⁷. As equipes da Estratégia Saúde da Família atuam mais próximas da realidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades¹.

No Brasil, existe alto índice de edêntulos na população de 65 a 74 anos. Dos brasileiros que compõem esta categoria, 74% não possuem nenhum dente no arco superior, enquanto que no arco inferior a prevalência é de 57%. Este dado foi constatado no presente estudo de Rezende *et al.* (2011)², segundo o qual 69% da amostra tinham 60 anos ou mais de idade. Tal prevalência ressalta a importância da capacitação da equipe na atenção ao paciente idoso. A compreensão de sua situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica é importante para a formulação de um diagnóstico mais preciso e de um plano de tratamento adequado à sua realidade².

O grau de edentulismo parece ser influenciado diretamente pelo aspectos geográficos. No Brasil, dentro da faixa etária de 65 a 74 anos, as regiões que possuem as porcentagens maiores de necessidade de prótese total superior e inferior são as regiões Norte (20,7 e 26,8%) e Nordeste (21,2 e 26,7%), quando comparadas à região Sul (7,9 e 14,4%). Isso não significa que no Sul as pessoas envelhecem com maior número de dentes na boca, mas que possivelmente tem maior acesso ao tratamento. O indicativo disso é que a região Sul apresenta o maior percentual de uso de próteses totais entre adultos e idosos³.

A incorporação de melhores práticas de cuidado à saúde bucal do idoso passa pelo modo de produzir saúde por meio da ação dos serviços ofertados a população e, portanto, pela gestão do sistema local de saúde, em articulação com os níveis regional, estadual e nacional, todos os subsistemas integrantes da trama que configura o Sistema Único de Saúde Brasileiro⁴.

O município de Pinhalzinho localiza-se no oeste do estado de Santa Catarina e que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do ano de 2013, possui uma população estimada de 17.868 habitantes. O município possui 7 (sete) equipes de Saúde da Família, sendo que dessas 5 (cinco) possui equipe de saúde bucal, que faz o controle e a preservação dos pacientes que confeccionaram prótese pelo CEO do município.

Com os recursos financeiros, para confecção de próteses dentárias, repassados pelo Ministério da Saúde, em junho de 2009 o programa “Sorrir não tem idade” foi implantado em Pinhalzinho SC.

Desde sua fundação o projeto inicial do “Sorrir Não Tem Idade” faz a reabilitação protética e faz a preserva-

ção dos pacientes do município de Pinhalzinho.

Visto que a melhoria do serviço prestado é importante, é prudente que uma avaliação mais profunda de falhas nas diversas etapas que envolvem desde o encaminhamento até os retornos de manutenção das próteses seja revista. Após constantes monitoramentos das ações adotadas foi constatado pelos cirurgiões dentistas da atenção básica e do CEO, que muitos pacientes confeccionam PTC pelo Sistema Único de Saúde e não fazem o uso regular do aparelho protético.

Frente aos presentes resultados, esta pesquisa tem como objetivo realizar um levantamento das características e o perfil bem detalhado dos pacientes que confeccionaram as próteses totais pela atenção especializada do município de Pinhalzinho SC.

Esse trabalho teve a intenção de avaliar, levantar dados, analisar o perfil dos pacientes que rejeitaram as próteses, servir de orientação para melhoria da qualidade técnica das próteses, guiar as rotinas e critérios de encaminhamento dos pacientes com necessidade de PTC na atenção básica de Pinhalzinho SC.

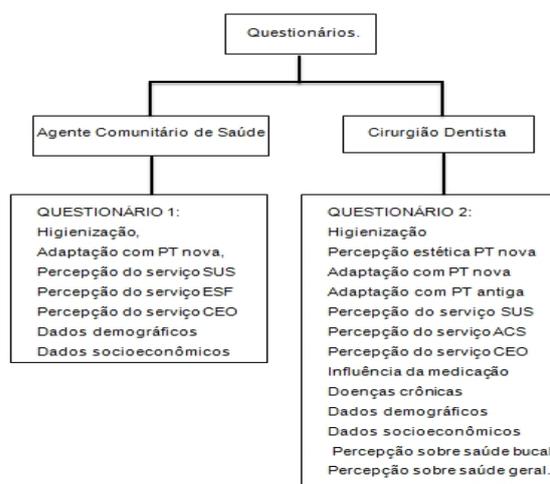
2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Uningá sob o parecer n° 998.928.

Tabela 1. Critérios de inclusão de participantes do estudo de Pinhalzinho SC no ano de 2015.

Inclusão
Municípios de Pinhalzinho
Prótese Total Bimaxilar
Confeccionado pelo SUS de Pinhalzinho SC.
Nascido do período de janeiro 1924 até janeiro de 1974
Confeccionado a partir de janeiro de 2010

Os questionários foram realizados em dois momentos:



Os indivíduos que participaram desta pesquisa foram esclarecidos a respeito dos objetivos do mesmo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Momento 1:

O questionário I foi aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas periódicas. Antes da aplicação do questionário foi realizada uma calibração com os Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família, tal capacitação foi ministrada por um cirurgião dentista.

Logo após entrevista foi disponibilizado horário ao paciente, para que o mesmo receba atendimento clínico com cirurgião dentista e responda ao questionário mais detalhado do CD.

Momento 2:

Paciente veio ao atendimento programado com o cirurgião dentista na unidade básica de saúde (UBS) na Policlínica Central Arthur Bartolomeu Fiorini. Onde foi aplicado o questionário II e um breve exame clínico para avaliar o rebordo ósseo remanescente. O questionário do CD foi realizado por 1 (um) dentista.

O paciente que não adaptou com a prótese e teve interesse de fazer novas foi direcionado para seu ESF para realizar novo encaminhamento para confecção. Os pacientes não encontrados pelos ACS foram contatados em um segundo momento por telefone para participarem da pesquisa.

A variável de interesse “aceitação do tratamento” foi classificada em: 1) aceitação total, nos casos de pacientes que receberam próteses superiores e inferiores e que no momento da pesquisa utilizavam ambas as próteses; 2) desistência parcial, nos casos de pacientes que receberam próteses superiores e inferiores e que no momento da pesquisa utilizavam apenas uma das próteses; 3) desistência total ao usos das próteses, nos casos de pacientes que não utilizavam as 2 (duas) próteses confeccionadas pelo CEO.

Assim os resultados obtidos com esse questionário visam avaliar a prevalência de aceitação do tratamento reabilitador protético oferecido à população de Pinhalzinho SC por um CEO, além de analisar o perfil demográfico e socioeconômico desta população e inicialmente servirão de base para futuramente se criar protocolos de encaminhamentos e atendimento na atenção básica e especializada do município.

Protocolo de Avaliação Clínica

Ao final da aplicação do questionário o paciente foi submetido a uma avaliação clínica que seguiu o seguinte protocolo de avaliação:

Materiais utilizados (Figura 1):

- 1) Condensadores de endodontia.
- 2) Cursores.

3) Régua milimetrada de endodontia.

4) Porta grampo.

5) Espelho clínico.

IPIS (Máscara, luva, touca, jaleco, óculos de proteção).

Todos os materiais foram devidamente esterilizados e a desinfecção das superfícies foram realizadas entre cada paciente.



Figura 1. Materiais utilizados para exame clínico.

Para realizar as medições foi padronizado, sempre quando possível, tanto na arcada superior como inferior, aferir e avaliar sempre o rebordo tendo como referência a linha média do paciente.

3.11) Com o auxílio de uma porta grampo foi realizada a medição da espessura de osso, a milimetragem foi conferida com auxílio de uma régua milimetrada, posteriormente com um condensador de endodontia calibrado com um cursor foi medido a altura do rebordo (vide Figura 2).



Figura 2. Medições realizadas para obter a forma do rebordo.

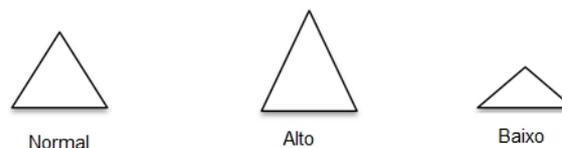


Figura 3. Altura do rebordo.

As duas medidas foram confrontadas (Figura 3), caso:

- 1) A altura for igual a base (espessura) o rebordo era considerado normal.
- 2) A altura for maior que a base (espessura) o rebordo era considerado alto.

3) A altura for menor que a base (espessura) o rebordo era considerado baixo

3.12) A forma do rebordo foi definida pela avaliação visual, tátil e tendo como referência a avaliação 3.11. Foi classificado em alto, normal, reabsorvido, lâmina de faca e estrangulado.

3.13) A resistência da fibromucosa foi definida pela avaliação visual e tátil (Figura 3).

3.14) A profundidade do palato. Com o auxílio de um porta-grampo foi medido o fundo de sulco e a parte mais profunda do palato.

1) Profundo: palato mais fundo que o fundo de sulco

2) Normal: profundidade igual.

3) Raso: fundo de sulco mais profundo que o palato;

3.15) O formato dos maxilares foi definida pela avaliação visual e tátil (vide Figura 4). Foi classificado em oval, triangular e quadrangular.

3.16) No final foi avaliada a extensão e espessura das bordas das próteses em boca, foi classificado como boa extensão ou pouca extensão.



Figura 4. Avaliação clínica da resistência da fibromucosa.

Os pacientes que confeccionam próteses pelo município integram o programa do município denominado “Projeto Sorrir não tem idade”, esses são controlados através de uma lista e no primeiro ano, através de busca ativa, recebem horário para preservação, recebendo atendimento clínico na ESF.

É importante levantar que todas as próteses foram confeccionadas no mesmo serviço clínico, seguindo-se condutas de tratamento clínico e laboratorial padronizados, poderia se inferir que a qualidade das próteses confeccionadas não diferiu significativamente entre os pacientes e, portanto, esse fator não tenha uma maior influência na aceitação da prótese e sua utilização ou não. Entretanto, é importante esclarecer que essas variáveis não foram avaliadas no presente estudo.

Tratamento estatístico

Os dados do questionário foram submetidos à avaliação descritiva, com levantamento das suas respectivas porcentagens.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Costa *et al.* (2013)⁵ avaliou quatro Centros de Especialidades, nessa pesquisa predominaram usuários do sexo feminino (n = 111; 74,5%), com idade média de 59 anos (36-89) e renda familiar média de 540 reais. Grande parte dos indivíduos já tinha experiência com uso de próteses, sendo 86,6% (n = 129) com prótese superior a 20 anos (0-30 anos) e 51,7% (n = 77) com prótese inferior a 10,75 anos (0-20 anos). Resultado semelhante ao levantamento realizado em um CEO de Pinhalzinho SC, aonde 70,6% são do sexo feminino, 56,83 % tem idade superior a 60 anos, 83,3% tem renda de 1 ou 2 salários mínimos e a maioria já tinha experiência com prótese antes.

Nas PT superiores antigas avaliadas em Pinhalzinho SC, 9,66% tinha queixa que incomodava sempre ou às vezes, 27% achavam feia, 35,15% usava por mais de 25 anos. Já nas PT inferiores antigas 33,64% tinha queixa que incomodava sempre ou às vezes, 24 % achavam feia, 26,5% usava por mais de 25 anos. Isso denota que o motivo da troca das próteses é resultante pelo acúmulo de todas essas características das próteses muito antigas, aliada a facilidade do encaminhamento para confecção de novas pelo município. É importante reforçar que o uso de próteses muito antigas pode gerar uma série de lesões bucais que podem progredir para lesões pré-cancerígena ou até mesmo cancerígenas. Além de trazer problemas digestivos sérios que podem acarretar em agravamento a doenças sistêmicas do paciente.

A base da prótese inferior deve ser estendida o máximo possível, desde que não interfira com a saúde ou função dos tecidos. A área total de suporte da mandíbula é significativamente menor que a da maxila, dessa forma, o arco inferior tem menor capacidade de resistir contra forças oclusais. Além do mais, com o processo de reabsorção do tecido ósseo, a mandíbula torna-se menor no sentido vertical e mais estreita no sentido horizontal, diminuindo o suporte para a prótese⁶. No estudo atual realizado em Pinhalzinho foi observado em exame clínico que na arcada superior teve-se a prevalência de rebordo alto, já na arcada inferior em 56,15% prevaleceu rebordo reabsorvido. Esse dado já denota uma dificuldade maior na estabilidade e retenção da prótese inferior.

Rezende *et al.* (2011)² alerta que existe outro possível fator associado à não adaptação dos pacientes às próteses confeccionadas pelo CEO de Maringá PR, relacionado aos aspectos técnicos. O protocolo de atendimento adotado pelo referido centro não contempla a moldagem funcional, procedimento que tem o objetivo de copiar com maior precisão a anatomia da área de suporte da prótese².

Pelos resultados alcançados, é necessário reavaliar a técnica de moldagem funcional principalmente da arcada inferior do CEO do município Pinhalzinho SC, é importante salientar que existe outra vertente de pensamento e

estudos que depõe a favor da técnica simplificada, como no estudo realizado no Japão por Kawaia *et al.* (2005)⁷, pacientes que receberam próteses totais confeccionadas por meio de técnicas que empregaram e não empregaram a moldagem funcional, revelou não haver diferença estatisticamente significativa na qualidade das próteses confeccionadas.

A instabilidade das próteses totais convencionais, especialmente a prótese inferior, é um problema que muitos dentistas encontram. Diversos autores têm sugerido que os contornos das superfícies vestibular e lingual podem afetar essa estabilidade, sugerindo que a correta forma da superfície polida da prótese possibilita que a ação da musculatura orofacial melhore a retenção da mesma. Quando os dentes maxilares e mandibulares entram em contato, uma força de desalojamento pode superar a retenção e estabilidade da prótese, resultando em desconforto e trauma para o paciente⁶. Na avaliação em Pinhalzinho SC, 51 (46%) pacientes que usam a PT inferior queixa-se que a mesma desloca quando come, isso demonstra que quase metade dos pacientes convivem com próteses inferiores instáveis.

Os dados do estudo de Costa *et al.* (2013)⁵, foram obtidos por questionário e exame clínico da PTC quanto a sua retenção, estabilidade, estética e fixação. Das 233 PTC avaliadas; 52,7% das superiores e 9,5% das inferiores foram tecnicamente satisfatórias. Contudo, 69,1% (n = 103) dos entrevistados relataram satisfação com suas próteses. Assim é comum a não adaptação e a insatisfação com próteses novas e tecnicamente aceitáveis. Assim, a investigação normativa (qualidade técnica) e perceptiva (satisfação) das próteses são elementos indicativos da eficácia dos serviços de saúde e pode contribuir para monitorar a qualidade desses serviços, permitindo⁸.

Os dados anteriores são comprovados na pesquisa de Pinhalzinho SC, onde 104 (81,25%) próteses inferiores foram avaliadas clinicamente com pouca extensão, no entanto, um número considerável de paciente, 111 (86,71%) utilizam a prótese inferior regularmente.

Segundo Assunção *et al.* (2008)⁶ é importante certificar que a prótese inferior se estenda na região posterior até o nível da papila retromolar. Já na porção lingual posterior ela atinge a região da linha oblíqua interna (forma lateral da garganta). A extensão da base da prótese até essa região possibilita melhor retenção⁸.

Diante de tamanha limitação anatômica e de técnica da reabilitação da arcada inferior encontrada nos pacientes avaliados em Pinhalzinho SC, é importante reforçar que a moldagem funcional é um passo que não deve ser negligenciado, nesse caso, ignorando a moldagem funcional pode-se aumentar de forma considerável a desadaptação dos pacientes com próteses inferiores.

Breda *et al.* (2006)⁹ alerta que principalmente em prótese total mandibular, onde se tem mais rebordo re-

absorvido que na maxila, o uso da técnica da zona neutra tem demonstrado bastante eficiência clínica. Esta técnica permite distribuir os dentes artificiais, de forma adequada biomecanicamente em relação ao rebordo alveolar e a musculatura para protética, proporcionando assim, melhores resultados estéticos, fonéticos e maior facilidade de adaptação. Como esta técnica proporciona maior conforto ao paciente, o grau de satisfação em relação ao tratamento é maior⁹.

Essa é uma filosofia que deve ser mais explorada na confecção de prótese dentária convencional no CEO do município de Pinhalzinho SC, principalmente na arcada inferior, e em pacientes com rebordos desfavoráveis ou com pouca quantidade de “osso”.

Andrade *et al.* (2006)¹⁰ aponta a preferência dos pacientes portadores de PTs por alimentos picados revela uma adequação dos participantes para facilitar a mastigação desses alimentos, uma vez que a perda dentária torna os movimentos mais restritos e o desempenho mastigatório mais lento, sugerindo-se a ingestão de líquido por indivíduos edêntulos para facilitar a mastigação e deglutição. A questão protética deve ser considerada, pois, embora os usuários de próteses totais apresentem apenas 35% da capacidade mastigatória, próteses mal adaptadas, sem retenção ou estabilidade reduziram ainda mais o desempenho e a eficiência mastigatória¹⁰.

O estudo avaliou que 15 % dos pacientes portadores de PTs de Pinhalzinho SC, tem preferência em ingerir alimentos mais pastosos, as queixas principais são que não consegue comer alimentos duros, que tem que sempre picar bem os alimentos e que machuca quando come alimentos mais duros. Matiello *et al.* (2005)¹¹ ressalta que é no consumo alimentos duros que está o maior problema do usuário de próteses totais.

A perda dentária total tem forte impacto na vida das pessoas e implica consequências negativas, como: vergonha, dificuldade em se alimentar e prejuízo ao relacionamento social¹². Comparado com a PT superior a PT inferior encontrou muito mais problemas com estabilidade e retenção da prótese. Foi avaliado que na PT inferior, 13 (11,8%) retirava para comer, 51 (46%) desloca quando come, 53 (56,8%) relata que adaptação não foi fácil, 12(10,8%) diz que a PT inferior machuca sempre e 36 (32,45%) machuca as vezes.

A educação permanente deve ser realizada com mais regularidade, capacitações sobre próteses é de extrema importância para os profissionais para aprimoramento e melhor integração entre os profissionais que executam a reabilitação protética.

Habilidades técnicas: O dentista e seu protético deverão conhecer profundamente as fases de construção de uma prótese e estarem habilitados para tal. Psicologia do paciente que seja receptivo ou que, pelo menos, possamos transformá-lo em um¹³.

Em Pinhalzinho SC dos 128 pacientes avaliados que

confeccionaram PT inferior, 7 não usava antes prótese na arcada inferior, desses, 57,1% (4) não usaram posteriormente as próteses novas. Esse é um indicativo que os pacientes que nunca fizeram PT inferior antes, aparentemente são menos receptivo a reabilitação protética. Os encaminhamentos de pacientes com esse perfil devem ser realizados com cautela pela atenção básica.

Kimoto (2007)¹⁴ afirma que a dor engloba a maioria das queixas dos pacientes para usuários de próteses totais. Além disso, os pontos doloridos permanecer como um dos problemas com que se confrontam usuários de próteses totais. Estes dois problemas podem, conseqüentemente, levar o paciente a reduzir em última análise, ou parar de usar suas próteses completamente¹⁶. Ao contrário do encontrado em Pinhalzinho onde foi averiguado que nas duas PTs as queixa mais recorrentes foram de que a prótese desloca quando come, essa era a queixa de 51 (46%) das próteses inferiores avaliadas.

Barbosa *et al.* (2006)¹⁵ lembra que o paciente necessita ser orientado quanto à remoção das próteses durante o sono, já que o uso contínuo nesse período está associado com a presença e a prevalência de estomatite protética. Além disso, em caso de injúrias teciduais, o paciente deve procurar o profissional para que os ajustes necessários possam ser realizados¹⁵.

No questionário realizado com os pacientes que utilizam próteses confeccionadas pelo SUS no município de Pinhalzinho SC, 84 (71,7%) dos 117 que utilizavam a prótese superior não retirava a mesma para dormir, nas inferiores temos um resultado semelhante, onde 79(71,17%) dos 111. O hábito de não retirar a próteses para dormir aliado precária condição de higiene bucal está associado ao aparecimento de lesões como a estomatite protética em próteses com tempo de uso inferior a 5 anos.

Segundo Zarb *et al.* (2004)¹⁶ é importante que o paciente higienize não só as próteses totais, mas a mucosa de recobrimento e a superfície dorsal da língua. Para isso, é importante utilizar escova dental macia e pastas dentais de baixa abrasividade, já que os abrasivos podem acarretar ranhuras e perda do brilho da prótese, favorecendo o acúmulo de placa e dificultando a higienização. O procedimento de limpeza da língua e da mucosa além de remover a placa, favorecerá a circulação sanguínea desses tecidos¹⁶.

Os pacientes do projeto “*sorrir não tem idade*”, de Pinhalzinho, SC, devem ser orientado quanto a importância da higiene da mucosa, uso de raspador de língua, a imersão das próteses em hipoclorito e o uso de sabão neutro ao invés de pasta de dente na higiene das próteses. Isso pode e deve ser realizado durante as palestras e consultas de confecção e de proervação.

Os indivíduos portadores de prótese, da pesquisa de Moimaz *et al.* (2004)¹⁷ receberam orientações de limpeza: a escovação da prótese após cada refeição. Indi-

cou-se sabão neutro, diminuindo a ação dos abrasivos existentes nos dentífrícios. Para os tecidos de sustentação orientou-se massagem dos mesmos com gaze úmida: no palato, língua, rebordos alveolar residual e mucosa jugal. Percebeu-se um grande aumento no índice considerado com excelente, de 48,88% encontrado na primeira avaliação, obteve-se na segunda um aumento para 81,39%. Isso prova que houve eficácia tanto nas orientações, como na recepção das mesmas. Assim há que se considerar que os idosos estão realmente necessitando de atenção e informação em saúde bucal, e se bem motivados respondem aos estímulos efetuados¹⁷.

Segundo Assunção (2004)⁸ de modo geral, nos pacientes senis e com saúde debilitada, o grau de êxito, especialmente com próteses que serão usadas pela primeira vez é problemático, pois, ao paciente, a prótese parece ser um desagradável corpo estranho que o organismo procurará expulsar. Assim, será necessário um esforço de adaptação do paciente⁸. Isso é comprovado nos resultados da pesquisa sobre PTs do município de Pinhalzinho SC, onde dos 9 pacientes que não utilizava a PT inferior, 4 (44,4%) nunca tinham utilizado PT inferior anteriormente.

O paciente satisfeito com suas próteses não procura tratamento com frequência e na maioria das vezes já utiliza prótese há muitos anos, e retorna para o tratamento pela necessidade da substituição da prótese já existente. Para este tipo de paciente, o CD deve discutir com o paciente as vantagens e desvantagens das opções de tratamentos. Deve partilhar potencial existente para falhas e complicações no transcorrer do tratamento¹⁸.

Após a confecção das PTs pelo SUS de Pinhalzinho SC, 58 (45,3%) pacientes de 128, não acham que é necessário voltar ao dentista após a confecção das próteses, a maioria pela justificativa que se a prótese não incomoda não é necessário vir ao dentista. Isso revela que os portadores de prótese de Pinhalzinho, não estão cientes que a reabilitação com prótese é um tratamento e necessita de acompanhamento constante.

Sant’Anna *et al.* (1992)¹⁹ comentaram que, inicialmente, o paciente deveria retornar ao consultório de 6 em 6 meses para uma avaliação do estado da prótese e da cavidade bucal, e os demais retornos poderiam ser anuais. Com o controle regular, o cirurgião-dentista atenderia as necessidades específicas de cada paciente e, se necessário, promoveria modificações no método de higienização, enfatizando os benefícios da correta higienização das próteses.

Essas recomendações são seguidas no município de Pinhalzinho SC, aonde a proervação é realizada desde a instituição do projeto “*Sorrir não tem idade*” em 2009. Por isso constatamos que a maioria dos pacientes da pesquisa voltaram pelo menos 1 (uma) vez na atenção básica para consulta de proervação. O acompanhamento em Pinhalzinho SC é observado inclusive entre os paci-

entes que tiveram desistência total ou parcial das próteses totais convencionais, 80% retornaram pelo menos 1 (uma) vez após a instalação próteses para ajustes no CEO e 75% voltaram pelo menos 1 (uma) vez na atenção básica nas consultas de retornos.

Ao contrário do resultado levantado pela pesquisa do CEO de Maringá PR de Rezende (2011)² onde foi o baixo índice de pacientes que retornaram ao CEO para a proervação do trabalho realizado (26%). Tal fato pode justificar o alto índice de desistência parcial e total ao tratamento reabilitador com próteses. Durante a instalação das próteses totais, diversos problemas podem surgir, como falta de retenção, dor, problemas oclusais e náusea².

Assim os resultados da pesquisa realizada em Pinhalzinho SC devem ser realizados com cautela por outros municípios, pois cada localidade possui suas peculiaridades e limitações. A proervação no município mostra ser uma das principais medidas para manter o paciente o mais adaptado possível com as próteses durante a vida útil do aparelho protético.

Ainda, o tratamento reabilitador com próteses totais será concluído somente após a realização dos controles posteriores. Esse período pós-instalação é considerado crucial, pois, na maioria das vezes, a percepção do paciente quanto ao sucesso de suas próteses ocorre durante essa fase de adaptação¹⁵. O aspecto mais importante das consultas de retorno é a atitude do paciente em relação às necessidades de tais consultas¹⁸. Em outro estudo realizado na Finlândia, em idosos portadores de prótese total, foi mostrado que essa população tende a estar mais satisfeita com as respectivas próteses, mesmo quando mal adaptadas².

No município de Pinhalzinho os selecionados para confecção de prótese ficam cientes desde o início, na palestra realizada pela CD especialista em prótese dentária, da importância da proervação após a instalação das próteses. Nessa atual pesquisa realizada em Pinhalzinho SC aponta que 61,1% dos pacientes voltaram pelo menos 1 vez na proervação, em pesquisa no mesmo município conduzida por Zanoto (2013)²⁰ que avaliou através de ficha controle os pacientes que concluíram a confecção de PPR ou PT do ESF III, nos dois anos anteriores a 2013, concluiu que 73,33% retornam pelo menos uma vez para proervação. Analisando os dois dados nota-se que os pacientes que usam PT bimaxilar tendem a retornar menos as consultas de proervação, esses dados devem ser analisados com cautela, pois a avaliação atual engloba todos os ESFs de Pinhalzinho, enquanto a avaliação de Zanoto se restringe ao ESF III²⁰.

Machado *et al.* (2013)²¹ concluiu que os CEOs foram efetivos na reabilitação com PTC superior, já que as dificuldades encontradas integram limitações próprias a tal reabilitação. Por outro lado, o custo benefício da reabilitação inferior deve ser reavaliado¹⁸. Chegamos a mesma

conclusão no município de Pinhalzinho SC, avaliando o questionário dos 20 pacientes que rejeitaram as próteses, chegamos a conclusão que na arcada inferior, existe uma relação entre rebordo reabsorvido e desadaptação, pois 12 (70,58%) dos 17 pacientes que não usam PT inferior tem essa relação e a pouca extensão da PT inferior foi identificado em 13 (92,65%) dos 14 casos que deram para ser avaliado.

4. CONCLUSÃO

A reabilitação protética no município está cumprindo sua função social, levando a reabilitação aos pacientes mais carentes. No entanto, visto que as PTC devem ser trocadas em média a cada 5 (cinco) anos é prudente e indicado que a reabilitação com próteses totais sejam ampliado no município.

Sucesso:

A reabilitação protética com PT superiores está sendo resolutivo no município

A maioria dos pacientes estão retornando nas consultas de proervação.

Falhas:

Há carência de educação permanente em PT para os profissionais da área da saúde do município.

As orientações de higiene bucal pelos dentistas devem ser aprimoradas.

Existe a falta de protocolo e critério de encaminhamento da atenção básica para especializada.

Supostamente na técnica de confecção de próteses no município a moldagem funcional na confecção das PTC, não é realizada.

Os pacientes portadores de PTs estão com carência de orientações de como evitar e prevenir a hipertensão.

O perfil psicológico dos pacientes que desistiram de usar as PTs podem ser melhor avaliado em pesquisa futuras, de preferência com o auxílio e avaliação de profissionais psicólogos e/ou psiquiatras.

Melhorias:

Palestras na área de próteses para os profissionais da saúde devem ser realizados no município, para assim melhorar o desempenho da equipe.

Deve-se reforçar a importância da higiene: das próteses com sabão neutro ou pasta com pouco abrasivo, das mucosas, do uso do raspador de língua, da imersão em hipoclorito das PTC e sobre a remoção diária das próteses.

Os critérios dos encaminhamentos devem ser revistos pela atenção básica: na confecção da PT inferiores, dos pacientes especiais e dos que realizam sua PT pela primeira vez.

As orientações mais detalhadas, com mais consultas e diálogo entre CD e paciente deve tornar rotina, principalmente na atenção básica.

Os dentistas da ESF devem enviar um “feedback” dos pacientes que fazem a proervação ao dentista do CEO.

No CEO a moldagem da arcada inferior deve contemplar a moldagem funcional aliado em alguns casos com a técnica da zona neutra. Os materiais utilizados devem seguir a orientações de manipulação e armazenamento da “bula”, para seu melhor desempenho.

Os médicos e dentistas da atenção básica devem realizar uma anamnese mais detalhada desses pacientes, para diagnóstico precoce de fatores de risco que podem gerar algumas doenças crônicas, como por exemplo, a pressão alta, reduzindo a quantidade de medicamento dispensado por paciente no município.

Seguindo os dados da pesquisa é possível criar rotinas que visem minimizar a desadaptação das PTC em Pinhalzinho SC, e seguindo o exemplo dessa pesquisa, é conclusivo que é possível adotar ações do uso racional do recurso público em todas as áreas da saúde do município.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, DF, Série C Projetos, Programas e Relatórios. 2002; 24p.
- [2] Rezende RI, *et al.* Prótese dentária na saúde pública: resultado de um centro de especialidade odontológica no município de Maringá – PR. Rev Odont UNESP, Araraquara. 2011; 40(1):12-17.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.
- [4] Mello ALSF, Moysés SJ. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2010; 20(3):785-809. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a06.pdf>> Acesso em 23.04.2014.
- [5] Costa APS, *et al.* Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. Cienc e Saude Coletiva. 2013; 18(2):453-60.
- [6] Assunção WG, *et al.* Influência das Estruturas Anatômicas Oro-faciais nas Próteses Totais. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2008; 8(2):251-57.
- [7] Kawaia Y, *et al.* Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? J Dent. 2005; 33:659-68.
- [8] Assunção WG, *et al.* Anatomia para protética: importância. Revista Odontológica de Araçatuba. 2004; 25(1):57-64.
- [9] Breda RA, *et al.* Prótese total pela técnica da zona neutra. RGO. Porto Alegre. 2006; 54(3):274-79
- [10] Andrade BMS, Seixas ZA. Condição mastigatória de usuários de próteses totais. Journal of Dentistry, Recife. 2006; 1(2):48-51.
- [11] Matiello MN. *et al.* Análise comparativa das habilidades mastigatórias de pacientes dentados e desdentados reabilitados com prótese total. Salusvita Bauru. 2005; 24(3):359-75.
- [12] Franciozi MA, Virmond MCL, Franolin S. Influência do tipo de prótese total dupla na função mastigatória. Salusvita. Bauru. 2013; 32(1):37-45.
- [13] Filho HG. O exame clínico em prótese total. Rev Odontol de Araçatuba. 2004; 25(2):62-71.
- [14] Kimoto S, *et al.* Clinical effects of acrylic resilient denture liners applied to mandibular complete dentures on the alveolar ridge. J Compilation. 2007.
- [15] Barbosa DB, *et al.* Instalação de prótese total: uma revisão. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(1):53-60.
- [16] Zarb GA, Bolender CL. Prosthodontic treatment for edentulous patients. Complete dentures and implant supported prostheses. 20th ed. St. Louis: Mosby; 2004.
- [17] Moimaz SAS, *et al.* Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. Cienc Odontol Bras. 2004; 7(3):72-8.
- [18] Telles DM. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos. 2009; 492 p.
- [19] Sant’anna AT, *et al.* Higienização de prótese total pelo método mecânico. Odonto. 1992; 9(2):280-5.
- [20] Zanoto G. O sucesso do “projeto sorrir não tem idade”, pelo ESF III, no município de Pinhalzinho SC. 2013. 55 f. Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da FAECO/CEUS, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.
- [21] Machado FCA, *et al.* Dificuldades diárias associadas às próteses totais. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(10):3091-100.

