

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

HENRIQUE MARTINS

REVISÃO SOBRE OS CUIDADOS COM PRÓTESES DENTAIS REMOVÍVEIS E
SEUS USUÁRIOS: ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Porto Alegre
2020

HENRIQUE MARTINS

REVISÃO SOBRE OS CUIDADOS COM PRÓTESES DENTAIS REMOVÍVEIS E
SEUS USUÁRIOS: ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Machado Mengatto

Porto Alegre
2020

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitoria: Carlos André Bulhões

Vice-Reitoria: Patrícia Pranke

Faculdade de Odontologia

Direção: Suzana Maria Werner Samuel

Vice-direção: Deise Ponzoni

Comissão de graduação do curso de Odontologia

Coordenação: Clarissa Cavalcanti Faturi Parolo

Coordenação substituta: Sabrina Carvalho Gomes

CIP - Catalogação na Publicação

Martins, Henrique
REVISÃO SOBRE OS CUIDADOS COM PRÓTESES DENTAIS
REMOVÍVEIS E SEUS USUÁRIOS: ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE
ORIENTAÇÃO / Henrique Martins. -- 2020.
81 f.
Orientadora: Cristiane Machado Mengatto.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2020.

1. Perda de dente. 2. Prótese parcial removível. 3.
Prótese total. I. Machado Mengatto, Cristiane, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Faculdade de Odontologia

Rua Ramiro Barcelos, 2492 – Campus Saúde

Bairro Santana, Porto Alegre – RS

CEP 90035-003

Telefone: (51) 3308-5010

E-mail: comgrad-odo@ufrgs.br

HENRIQUE MARTINS

REVISÃO SOBRE OS CUIDADOS COM PRÓTESES DENTAIS REMOVÍVEIS E
SEUS USUÁRIOS: ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Machado Mengatto

Porto Alegre, 16 de novembro de 2020.

Profa. Dra. Cristiane Machado Mengatto
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Myriam Pereira Kapczinski
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Sara Fraga
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de ciclos que se iniciam e se encerram de maneira constante. Esses ciclos podem ser marcantes ou passar despercebidos durante o nosso percurso ao longo da vida. Alguns, são inesperados, outros evitados ao máximo e outros são extremamente desejados.

A apresentação deste trabalho marca um desejado início e o fim de um caminho percorrido por longos anos nos quais houve crescimento, aprendizado, amor e felicidade. Esses sentimentos não poderiam ser sentidos se não existissem pessoas queridas que me acompanharam durante essa trajetória, e a elas, todas elas, eu agradeço.

Agradeço especialmente aos meus pais, se não fosse por eles, eu não estaria neste caminho. Agradeço ao meu pai e à minha mãe, por me apoiarem em todas as minhas decisões, por acreditarem em mim e por terem orgulho de quem sou e de quem me tornei. Agradeço, por serem meu apoio e minha fortaleza em todos estes anos, por me darem a melhor e mais confortável vida que estava ao nosso alcance, e por abdicarem de muitas coisas para que eu pudesse ser o que estou prestes a me tornar. Sem vocês eu seria alguém, mas seria muito pouco e incompleto.

Agradeço às minhas irmãs, que foram um ponto de apoio em muitos momentos e que eu tenho a sorte de as ter ao meu lado. Com vocês, eu tenho a segurança de saber que nunca estarei sozinho.

Agradeço a todos os meus amigos que estiveram ao meu lado durante minha trajetória; agradeço àqueles que se foram e àqueles que permaneceram trilhando este caminho comigo. Manifesto meu carinho mais especial àqueles que estiveram do meu lado nos momentos mais difíceis, e nos quais eu sei que posso contar e confiar a qualquer momento.

Agradeço à Karen, minha irmã de profissão que eu tive a sorte de ter ao meu lado todos os dias durante a faculdade. Com você, eu tive segurança, apoio, conforto, companhia, cumplicidade e a certeza de uma amizade verdadeira que eu levarei para o resto da minha vida. Obrigado por estar comigo até mesmo nos meus piores dias e momentos e por me fazer sorrir até mesmo das minhas tragédias. Agradeço também à Thamires e à Gabriele por estarem ao meu lado durante esta trajetória pela Odontologia e por fazerem este caminho menos pesado, mais alegre e mais compartilhado.

Agradeço à Andressa, por ser uma pessoa especial na minha vida, por estar do meu lado nos dias difíceis e nos dias alegres, agradeço pelas viagens, pelos conselhos, pelas risadas e pela amizade que com certeza carregarei com muito carinho sempre. Com você, eu tenho a segurança de uma companhia e amizade verdadeira.

Agradeço aos meus amigos de vida, Beatriz, Christopher e Samer, que permaneceram ao meu lado durante as dificuldades, que são minhas companhias para todos os momentos e a quem eu tenho um carinho muito especial e me sinto sortudo por os ter ao meu lado. Obrigado por todos os momentos e histórias malucas que vivenciamos em conjunto até aqui.

Agradeço à Heloísa, minha colega de profissão e do LAEPP, que me auxiliou na escrita deste material.

Agradeço à minha orientadora Cristiane, por ser mais que uma professora para mim. A ti, eu agradeço por ter me escolhido e me acolhido na faculdade, por ter compartilhado teu conhecimento, por ter me feito crescer profissionalmente e pessoalmente através dos teus conselhos e exigências. Agradeço por ser mais que orientadora, mas também amiga, agradeço pelos congressos, pelas viagens e oportunidades que me destes, as quais farão toda a diferença no meu caminho como cirurgião-dentista.

Por fim agradeço a Deus, à vida e às oportunidades que me foram dadas até aqui. Agradeço por ter tido a maturidade e a responsabilidade de aproveitar ao máximo meu caminho até aqui e do qual, hoje, eu sou muito orgulhoso.

Aos meus pais. Sem vocês, nada disso seria possível.

RESUMO

A perda dentária é uma realidade encontrada com grande frequência na população brasileira, fazendo com que a necessidade de tratamento protético-reabilitador também seja alta, em especial entre os indivíduos acima de 60 anos. Essas perdas, somadas à grande demanda por reabilitação protética e ao uso de próteses dentais, resultam em uma população com necessidades e características específicas que requer uma atenção diferenciada na prática da clínica odontológica, os usuários de próteses dentais.

Os objetivos deste trabalho foram realizar uma revisão de literatura e desenvolver um manual sobre os cuidados com as próteses dentais removíveis e seus usuários, voltado a alunos e profissionais de Odontologia sobre os principais aspectos que circundam a realidade dos usuários de próteses dentais, que necessitam de um olhar, manejo e cuidado diferenciados.

Para tal, foi feita uma busca nas plataformas de pesquisa científica Pubmed, Scielo e Portal Capes com as palavras-chave: arcada edêntula; arcada parcialmente edêntula; boca edêntula; candidíase bucal; ciências da nutrição; envelhecimento; epidemiologia; estomatite; estomatite sob prótese; higiene; higiene bucal; idoso; inflamação; laboratórios; mucosa bucal; papiloma; perda de dente; prótese dentária; prótese parcial removível; prótese total; qualidade de vida; queilite; sistema único de saúde; terapêutica; úlcera; úlceras orais; uso excessivo de medicamentos prescritos; candidiasis, oral; cheilitis; denture, complete; dental, prosthesis; hygiene; hyperplasia; inflammation; mouth, edentulous; mouth mucosa; oral hygiene; oral ulcer; papilloma; quality of life; queilite; removable partial denture; stomatitis; stomatitis, denture; therapeutics; tooth loss; ulcer. Os artigos selecionados foram lidos e seus pontos abordados e resumidos no presente trabalho. A partir da revisão de literatura, foi elaborada um manual que teve por objetivo orientar de forma didática sobre os principais aspectos que circundam a realidade dos usuários de próteses removíveis. Esse manual será divulgado em plataforma digital através de formato e-book e teve como temáticas abordadas: as perdas dentárias na população brasileira, os aspectos odontológicos e nutricionais e de qualidade de vida dos usuários de próteses, os tipos de próteses dentais removíveis, as principais lesões bucais encontradas em usuários de próteses e a higienização da cavidade oral, das próteses e os cuidados básicos para manutenção e preservação dos dispositivos protéticos. Além disso, também foi

realizada uma busca por cartilhas e manuais semelhantes publicados na literatura sobre usuários de próteses dentais e seus cuidados. Na busca por materiais semelhantes na plataforma Google, encontraram-se 767 arquivos. Aqueles que demonstraram maior relevância e pertinência ao tema proposto, delimitaram-se a assuntos de protocolos técnicos de confecção e planejamento de próteses dentais, biossegurança de materiais, cuidados em saúde oral, lesões bucais relacionadas ao uso de próteses e métodos de higienização da cavidade oral e/ou das próteses. Todos os arquivos encontrados disponibilizaram os assuntos de maneira fragmentada e a maioria ofereceu informações rápidas e concisas, com pouco embasamento teórico. A busca realizada na plataforma Amazon resultou em arquivos que se delimitaram a fundamentos de confecção de próteses dentais, a manuais de laboratório protéticos, manuais de confecção de próteses dentais, biossegurança em Odontologia, e manuais de fases clínicas e de procedimentos odontológicos. Apenas um manual apresentou-se parcialmente semelhante a uma das temáticas propostas pela presente revisão, o qual abordou as questões de práticas de higiene e cuidados de próteses dentais fixas e removíveis.

Na revisão realizada, verificou-se que grande parcela dos usuários de próteses dentais utiliza próteses mal adaptadas, inadequadas quanto à sua função e estética e com má higienização, o que pode resultar em diversos problemas como alterações da saúde da mucosa oral, desenvolvimento de patologias, perda da performance mastigatória, adoção de uma dieta pobre em nutrientes, diminuição da estética, dificuldades de convívio social e perda de autoestima. Assim, é necessário que o cirurgião-dentista conheça a realidade dos usuários de próteses e tenha um olhar atento às questões e cuidados mais importantes que envolvem essa população para que haja a abordagem e a intervenção necessárias no processo de prevenção, tratamento e reabilitação em indivíduos que necessitam ou utilizam próteses dentais removíveis.

Palavras-chave: Perda de dente. Prótese parcial removível. Prótese total.

ABSTRACT

Tooth loss is a reality of the Brazilian population, making the need for prosthetic-rehabilitation treatment high, especially among individuals over 60 years old. These losses, added to the need for prosthetic rehabilitation, as well as the use of dental prostheses, result in a population with specific needs and characteristics, which requires different care and management in the practice of dental healthcare.

In this perspective, the present study aimed to execute a narrative review and to develop a manual about the care with removable dental prosthesis and its users, focused on the reality of the removable dental prosthesis users that have a need for a differentiated care. This manual has as a target public the dentistry professionals and students.

Therefore, a search was executed on the scientific research platforms Pubmed, Scielo and Portal Capes with the keywords: arcada edêntula; arcada parcialmente edêntula; boca edêntula; candidíase bucal; ciências da nutrição; envelhecimento; epidemiologia; estomatite; estomatite sob prótese; higiene; higiene bucal; idoso; inflamação; laboratórios; mucosa bucal; papiloma; perda de dente; prótese dentária; prótese parcial removível; prótese total; qualidade de vida; queilite; sistema único de saúde; terapêutica; úlcera; úlceras orais; uso excessivo de medicamentos prescritos; candidiasis, oral; cheilitis; denture, complete; dental, prosthesis; hygiene; hyperplasia; inflammation; mouth, edentulous; mouth mucosa; oral hygiene; oral ulcer; papilloma; quality of life; queilite; removable partial denture; stomatitis; stomatitis, denture; therapeutics; tooth loss; ulcer. The selected articles were read, and their points summarized in the present work. Based on the studies carried out, a manual was executed with the objective of teaching students and dental professionals, in a didactic way, the main aspects surrounding the reality of the edentulous population and users of removable prostheses. This manual will be published on a digital platform as an e-book format, in which its themes are about: tooth loss in the Brazilian population; the nutritional, the dental aspects and the quality of life of removable dental prosthesis users; the types of removable oral prosthesis; the main oral lesions found in dental prosthesis users and the hygiene of the oral cavity, prostheses and basic care for maintenance and preservation of prosthetic devices. In addition, a search for similar manuals published in the literature about dental prosthesis users and their care was executed. In the search for similar materials on Google platform, 767 files were found,

in which those that demonstrated greater relevance to the proposed theme were limited to subjects of technical protocols for making and planning dental prosthesis, biosecurity of materials, care in oral health, oral lesions related to the use of prosthesis and methods of cleaning the oral cavity and/or prosthesis. All the files found presented the subjects in a fragmented way and most of them offer quick information, with lack of theoretical basis. The search executed on the Amazon platform resulted in files that were limited to fundamentals of making dental prosthesis, biosafety in Dentistry and manuals about clinical and dental procedures. Only one manual was partially similar to part of the themes proposed in this review, addressing the issues of hygiene practices and care of fixed and removable dental prosthesis.

A large portion of this population uses poorly adapted prosthesis, inadequate in function, aesthetics and with poor hygiene, which can result in several problems such as changes in the health of the oral mucosa, pathologies development, loss of masticatory performance, adoption of a diet poor in nutrients, decreased aesthetics, difficulties in social interaction and loss of self-esteem. Thus, it is necessary for the dental surgeon to know the reality of prosthesis users. Besides, the dentistry professional must have a watchful eye on the most important issues and care involving this population for having the necessary intervention in the prevention, treatment and rehabilitation process in individuals who need or use removable dental prostheses.

Keywords: Complete denture. Removable partial denture. Tooth loss.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
3. METODOLOGIA.....	18
3.1 REVISÃO NARRATIVA.....	18
3.2. BUSCA DE MANUAIS SIMILARES EXISTENTES NO MERCADO	19
3.3. ELABORAÇÃO DO MANUAL	19
4. RESULTADOS	20
4.1. REVISÃO NARRATIVA	20
4.1.1 PERDAS DENTÁRIAS E O USO DE PRÓTESES DENTAIS	21
4.1.2 TIPOS DE PRÓTESES REMOVÍVEIS	26
4.1.2.1 Próteses totais.....	27
4.1.2.2 Próteses parciais removíveis	28
4.1.3 IMPACTO DO USO DE PRÓTESES DENTAIS NA QUALIDADE DE VIDA	29
4.1.4 CONDIÇÕES ORAIS E SISTÊMICAS RELACIONADAS AO USO DE PRÓTESES DENTAIS.....	30
4.1.4.1 Mastigação e nutrição	31
4.1.4.2 Fluxo salivar reduzido.....	34
4.1.4.3 Lesões orais	36
4.1.4.4 Estomatite protética (candidíase atrófica crônica).....	37
4.1.4.5 Queilite angular	40
4.1.4.6 Hiperplasia inflamatória.....	41
4.1.4.7 Hiperplasia papilar inflamatória (papilomatose por prótese)	42
4.1.4.8 Úlceras traumáticas	43
4.1.5 AVALIAÇÃO PROTÉTICA E DA MUCOSA ORAL	44

4.1.6 HIGIENE ORAL E DAS PRÓTESES DENTAIS	47
4.1.6.1 Diferenças entre agentes químicos desinfetantes de próteses removíveis	48
4.1.6.2 Higienização da cavidade oral e das próteses dentais removíveis..	52
4.2 LEVANTAMENTO DA EXISTÊNCIA DE MANUAIS SEMELHANTES	60
4.3 ELABORAÇÃO DO MANUAL.....	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Esquema de cruzamento de palavras-chave utilizado para realizar a busca nas plataformas Google e Amazon.	19
Tabela 2 – Necessidade de uso de prótese dental, por região e tipo de prótese para a faixa etária de 65 a 74 anos.	23
Tabela 3 – Uso de prótese dental superior, segundo a região e o tipo de prótese para a faixa etária de 65 a 74 anos.	24
Tabela 4 – Uso de prótese dental inferior, segundo região e o tipo de prótese para a faixa etária de 65 a 74 anos.	24
Tabela 5 – Classificação do diagnóstico clínico da estomatite protética através da classificação modificada de Newton.	38
Tabela 6 – Relação dos resultados encontrados de acordo com as palavras-chave utilizadas nas buscas do Google, no período de 01/01/2010 a 20/10/2020.	62
Tabela 7 – Relação dos resultados encontrados de acordo com as palavras-chave utilizadas nas buscas da plataforma Amazon.	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Lábio ressecado em paciente com redução de fluxo salivar.	36
Figura 2 (a, b e c) – Próteses inadequadas, com má adaptação e presença de biofilme, o que predispõem ao desenvolvimento de lesões orais.	37
Figura 3 (a e b) - Visualização clínica de estomatite protética em grau I, com petéquias localizadas na figura 3a, e em grau II na figura 3b, segundo a classificação de Newton.....	39
Figura 4 (a e b) – Placas esbranquiçadas presentes no canto do lábio, sinal característico de queilite angular.....	41
Figura 5 – Presença de hiperplasia inflamatória em vestíbulo alveolar da arcada superior.....	42
Figura 6 – Úlcera traumática presente em rebordo alveolar superior.....	44
Figura 7 - Capa do Manual sobre os cuidados com próteses dentais removíveis e seus usuários.....	65

1. INTRODUÇÃO

Enquanto os países desenvolvidos apresentam um declínio de perdas dentárias nos últimos anos, a população dos países latino-americanos, incluindo a brasileira, registra crescente prevalência de perdas dentárias^{1,2,3,4}. Essas perdas são, principalmente, reflexo do acúmulo, ao longo da vida, de abordagens odontológicas para as doenças orais mais prevalentes, como a cárie dentária e a doença periodontal, para as quais o tratamento geralmente envolve a remoção de tecidos dentais saudáveis ou do próprio elemento dental⁴. Em muitos países latino-americanos, a maioria dos tratamentos escolhidos para essas doenças orais e a dor de origem dental ainda é a extração dentária⁴.

A perda de dentes é mais prevalente na população idosa, apesar de não ser um processo exclusivo desta faixa etária. Segundo o levantamento nacional de saúde bucal (SB Brasil 2010), a média observada do índice CPOD (cariados, perdidos e obturados por dente) para indivíduos do grupo etário de 35 a 44 anos é de 16,75 dentes, com predomínio do componente “perdido”, que compõe 44,7% deste índice⁵. Já para a faixa etária de 65 a 74 anos, o índice CPOD é maior, de 27,53 dentes, e com maior valor do componente “perdido”, que compõe 91,9% deste índice⁵. A possível relação entre o edentulismo e as comorbidades sistêmicas, tais como desnutrição, obesidade, diabetes, doença cardiovascular, artrite reumatoide, comprometimento cognitivo (Alzheimer, demência), doenças pulmonares (incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica), câncer e até mortalidade, tem sido relatada desde 2009⁶. As perdas dentárias e a saúde oral comprometida dos idosos têm impactos negativos na qualidade de vida, com implicações sociais e psicológicas^{7,8,9}.

A qualidade de vida dos idosos é dependente de muitos fatores incluindo a nutrição e a apreciação de alimentos, os quais necessitam da boa saúde oral e da mastigação adequada^{9,10}. No entanto, o edentulismo parcial ou total compromete a eficiência mastigatória, trazendo mudanças nos hábitos de alimentação para se adaptar e conviver com a situação, tais como o cozimento excessivo de alimentos, a restrição e a escolha de alimentos que não suprem os nutrientes necessários para uma dieta saudável¹¹. Idosos edêntulos possuem preferência por alimentos macios, devido à facilidade de mastigação, o que torna comum uma dieta com mais carboidratos e menos nutrientes¹². O consumo de frutas, vegetais e fibras também são

menos evidenciados na população que utiliza próteses removíveis em relação aos indivíduos dentados¹³.

Nesse contexto, a melhora na eficiência mastigatória é essencial e conseguida pela reposição dos dentes e das estruturas orais perdidas por meio de próteses dentais¹⁴. Além da alta prevalência de perdas dentárias na América Latina, também é grande a quantidade de idosos que usam próteses ou que têm a necessidade de reabilitações orais complexas^{4,9}. Em idosos de São Paulo, 94,5% possuem necessidades dentais não atendidas e 82,4% reportaram ter próteses removíveis totais ou parciais, contra 70,1% de uso de próteses nas outras cidades da América Latina abordadas no estudo¹⁵. A prótese total e a prótese parcial removível são as mais frequentes na população brasileira⁵. No Brasil, 32,8% da população entre 35 a 44 anos usam prótese superior e 10,1% utilizam prótese inferior, sejam elas prótese total, parcial removível ou fixa⁵. A prótese encontrada com maior frequência para esse grupo etário é a prótese parcial removível, com prevalência de 16% na arcada superior e 5,3% na arcada inferior⁵. Já na faixa etária de 65 a 74 anos, 76,5% dos indivíduos utilizam prótese superior e 59,9% utilizam prótese inferior, sejam elas prótese total, parcial removível ou fixa⁵. A prótese encontrada com maior frequência é a prótese total, com incidência de 63,1% na arcada superior e 37,5% na arcada inferior⁵.

Os usuários de próteses removíveis apresentam diferentes condições que merecem a atenção e o cuidado do cirurgião-dentista, tais como lesões orais, estomatite protética, hipossalivação ou xerostomia, que implicam negativamente no conforto de uso das próteses¹⁶. Os fatores de risco envolvidos nestes processos são a má adaptação ou a falta de estabilidade protética, o uso das próteses durante o período do sono, as alterações na salivação, e a higienização deficiente¹⁷. Idosos tendem a fazer uso de maior número de medicações de forma crônica, sendo boa parte associadas ao desenvolvimento de xerostomia e de hipofunção das glândulas salivares que compõem um fator de risco para o desenvolvimento de doenças bucais^{12,18}. Além disso, o uso de escova e do fio dental representam um desafio para os usuários de próteses que apresentam capacidade motora comprometida ou habilidade manual reduzida, fazendo com que a higienização das próteses e dos dentes remanescentes seja deficiente¹⁹⁻²⁴.

Portanto, os usuários de próteses dentais removíveis, que, em sua maioria são idosos, são em número crescente e precisam de um cuidado especial. É responsabilidade do cirurgião-dentista estar atento às condições da prótese dental, à

sua utilização, e à observação de presença de lesões na cavidade oral para a correta orientação e abordagem na prevenção, promoção e reabilitação desta população. É necessário que o cirurgião-dentista avalie a higiene oral e da prótese, e que, portanto, instrua os pacientes através da adoção de protocolos de higienização. É escasso na literatura odontológica um material que reúna de maneira abrangente os aspectos dos usuários de próteses e do cuidado com as próteses removíveis.

2. OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho foram realizar uma revisão de literatura e desenvolver um manual sobre os cuidados com as próteses dentais removíveis e seus usuários, voltado a alunos e profissionais de Odontologia sobre os principais aspectos que circundam a realidade dos usuários de próteses dentais, que necessitam de um olhar, manejo e cuidado diferenciados.

3. METODOLOGIA

3.1 REVISÃO NARRATIVA

A primeira parte do presente trabalho incluiu uma revisão narrativa sobre as temáticas desejadas sobre os principais aspectos que circundam a realidade dos usuários de próteses dentais e os cuidados a serem aplicados no uso das próteses removíveis, tais como: a visão epidemiológica das perdas dentárias e do uso de próteses dentais, as características dos usuários de próteses dentais, a qualidade de vida, a mastigação e a nutrição da população edêntula que necessita ou utiliza próteses dentais, os tipos de próteses dentais, as lesões associadas com uso de próteses e orientações de utilização, cuidados e higienização de próteses dentais removíveis.

O período do levantamento dos estudos na literatura teve duração de 35 dias, sendo incluídos livros e artigos científicos nas línguas inglesa e portuguesa de 1948 a 2020, por meio de buscas nas plataformas Scielo, Pubmed e Portal CAPES. A busca foi realizada com o uso das seguintes palavras-chave: arcada edêntula; arcada parcialmente edêntula; boca edêntula; candidíase bucal; ciências da nutrição; envelhecimento; epidemiologia; estomatite; estomatite sob prótese; higiene; higiene bucal; idoso; inflamação; laboratórios; mucosa bucal; papiloma; perda de dente; prótese dentária; prótese parcial removível; prótese total; qualidade de vida; queilite; sistema único de saúde; terapêutica; úlcera; úlceras orais; uso excessivo de medicamentos prescritos; candidíase, oral; cheilitis; denture, complete; dental, prosthesis; hygiene; hyperplasia; inflammation; mouth, edentulous; mouth mucosa; oral hygiene; oral ulcer; papilloma; quality of life; queilite; removable partial denture; stomatitis; stomatitis, denture; therapeutics; tooth loss; ulcer. Após a coleta dos títulos e resumos dos artigos científicos, houve uma primeira seleção das referências que melhor se encaixavam nas temáticas desejadas, excluindo relatos de casos clínicos, artigos sem texto completo disponível, e dando preferência às revisões sistemáticas e meta-análises e aos estudos clínicos randomizados. Os resumos foram lidos e uma nova seleção foi realizada para a leitura dos textos completos. Os textos completos selecionados foram lidos e analisados em sua íntegra pelo autor do presente trabalho, buscando as informações nas temáticas desejadas para serem referenciadas na presente revisão de literatura.

3.2. BUSCA DE MANUAIS SIMILARES EXISTENTES NO MERCADO

A segunda parte do trabalho incluiu uma busca de cartilhas e manuais semelhantes à temática proposta nesta revisão publicadas em meios digitais. A busca foi realizada nas plataformas Google e Amazon por meio da utilização de cruzamento de palavras-chave (Tabela 1), que resultou em 15 diferentes tipos de busca em cada plataforma. Além disso, foi realizada uma delimitação do período de publicação na plataforma Google. O período selecionado para realizar as buscas abrangeu as datas de 01/01/2010 a 20/10/2020. Não houve delimitação de período para buscas na plataforma Amazon. Foi realizada uma delimitação por arquivos disponíveis em extensão *.pdf, através do uso da palavra-chave “filetype: pdf” na barra de procura do Google.

Tabela 1 – Esquema de cruzamento de palavras-chave utilizado para realizar a busca nas plataformas Google e Amazon.

		1	2	3	4	5
1	Manual + Cuidado	Prótese Dentária	Prótese Dental	Prótese Removível	Prótese Total	Prótese Parcial Removível
2	Manual + Limpeza	Prótese Dentária	Prótese Dental	Prótese Removível	Prótese Total	Prótese Parcial Removível
3	Manual + Instruções	Prótese Dentária	Prótese Dental	Prótese Removível	Prótese Total	Prótese Parcial Removível

3.3. ELABORAÇÃO DO MANUAL

A partir da revisão de literatura realizada, o texto produzido foi organizado e transformado em um formato visual e didático para a construção do “Manual sobre os cuidados com as próteses dentais removíveis e seus usuários” fundamentado pela revisão narrativa do presente trabalho.

O manual foi construído no programa Word versão 2013, em tamanho de página A5, conformado em seis capítulos, os quais abordaram as perdas dentárias e o uso de próteses dentais, o impacto do uso de próteses dentais na qualidade de vida, os tipos de próteses removíveis, as condições orais e sistêmicas relacionadas ao uso de próteses dentais, a avaliação protética da mucosa oral e a higiene oral e das próteses dentais. Planeja-se que o presente manual seja disponibilizado em breve em plataforma online em formato e-book.

4. RESULTADOS

4.1. REVISÃO NARRATIVA

A perda dentária é uma realidade na população brasileira. São múltiplos os fatores relacionados com a perda dentária como os contrastes socioeconômicos, a falta de suporte social, a falta de estrutura para serviços odontológicos, a falta de informação sobre saúde oral e o acúmulo de doenças bucais crônicas ao longo da vida^{25,26}.

A maioria dos usuários de próteses possui próteses removíveis mal adaptadas e inadequadas quanto a sua função, estética e higienização, o que pode resultar em diversos problemas como alterações da saúde da mucosa oral, desenvolvimento de patologias, deficiência mastigatória, adoção de uma dieta pobre em nutrientes, diminuição da estética, dificuldades de convívio social e perda de autoestima^{27,28}. Assim, é necessário que o cirurgião-dentista conheça a realidade dos usuários de próteses e tenha um olhar atento às questões dos cuidados que envolvem essa população para que haja a abordagem e a intervenção necessárias nos processos de prevenção, tratamento e reabilitação em indivíduos que necessitam ou utilizam próteses dentais.

Esta revisão de literatura apresentará algumas condições que circundam a realidade de usuários de próteses removíveis e os cuidados relacionados a este tipo de prótese a serem conhecidos pelo cirurgião-dentista. O assunto foi dividido em seis capítulos, sendo o primeiro intitulado: “As perdas dentárias e o uso de próteses dentais”, que aborda as principais razões das altas taxas de perdas dentárias, como fatores econômicos, culturais, sociais, e da diferença desses índices em diferentes regiões. Este tópico também traz informações sobre as grandes demandas por reabilitação protética, e uso de próteses dentais em diferentes regiões do país, e sobre as características e consequências do uso de próteses para a saúde oral e geral. O segundo capítulo, intitulado como “Impacto do uso de próteses dentais na qualidade de vida”, aborda as consequências negativas das perdas dentárias, a qualidade de vida e a consequência do uso de próteses dentais na realidade dos usuários de próteses. O terceiro capítulo, intitulado como “Tipos de próteses removíveis”, aborda os diferentes tipos de reabilitação com próteses dentais removíveis e os principais fatores a serem considerados para uma correta reabilitação. O quarto capítulo intitula-

se “Condições orais e sistêmicas relacionadas ao uso de próteses dentais” e aborda o desenvolvimento de diferentes lesões orais, condições sistêmicas, aspectos de nutrição e mastigação relacionados com o uso de próteses dentais. O quinto capítulo, intitulado como “Avaliação protética e da mucosa oral”, aborda a importância e a execução do exame de mucosa e da análise da prótese dental. O sexto e último capítulo, intitulado como “Higiene oral e das próteses dentais”, descreve a importância da higienização da cavidade oral e das próteses dentais, assim como, aborda os protocolos de higienização mecânica da cavidade oral e das próteses dentais e de desinfecção química para as próteses removíveis.

4.1.1 PERDAS DENTÁRIAS E O USO DE PRÓTESES DENTAIS

A perda dentária é resultado do acúmulo de doenças orais e seus tratamentos em um indivíduo durante seu curso de vida²⁶. Essas perdas são uma realidade frequente em pessoas de todas as idades e estão relacionadas à baixa disponibilidade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, às condutas adotadas no cuidado bucal pelo profissional, e às decisões e atitudes tomadas pelos pacientes quanto à saúde oral, em especial associadas a limitações financeiras²⁹. A redução da inserção periodontal, a mobilidade dentária, os traumas, as fraturas das restaurações e o número de superfícies dentárias cariadas são as principais causas odontológicas das perdas dentárias^{30,31}. Fatores sociais também influenciam nas perdas dentárias, por exemplo, condições socioeconômicas mais desfavoráveis aparecem como uma variável importante, de maneira que pessoas com menor poder aquisitivo têm maior número de perdas dentárias³¹. Os contrastes socioeconômicos são decisivos para o estabelecimento dos diferentes tratamentos odontológicos e, conseqüentemente, possuem papel importante na prevalência das perdas dentárias na população. Indivíduos com menores condições socioeconômicas acabam optando por tratamentos radicais, por meio das extrações dentárias, devido ao menor custo destes procedimentos quando comparado aos tratamentos conservadores e restauradores³².

Culturalmente, muitos pacientes carregam uma concepção equivocada da não-manutenção dos dentes em boca. Algumas regiões do país, inclusive, possuíam a tradição de extração dos dentes antes do casamento das mulheres ou antes de engravidarem³³. Muitos consideram que a perda dos dentes é natural do envelhecimento ou que um elemento dental não faz falta e não é prioridade. Nesse

sentido, é importante conscientizar os pacientes que os dentes são destinados a estarem presentes na boca durante toda a vida e que, portanto, a perda dentária não é um processo natural de envelhecimento³⁰. Ressaltar também que uma boa saúde oral, com presença de dentes naturais e saudáveis, é um fator importante para uma melhor qualidade de vida, pois indivíduos com perdas dentárias e com más condições orais podem sofrer com isolamento social relacionado à maior dificuldade ao falar, ao mastigar, e também ao receio de ser julgado pelos outros indivíduos³⁰.

Entre 1990 e 2010, a prevalência das perdas dentárias da população global obteve um decréscimo de 45%³⁴. Em 2010, 2,3% da população global era edêntula. A prevalência dessas perdas varia em cada país, sendo por exemplo de 1,5% na China até 3,9% no Brasil. Além disso, o Brasil, a Turquia, o Irã, o México e a Nova Zelândia apresentam as taxas de perdas dentárias maiores do que a média global³⁵. Também é possível identificar altas taxas de perdas dentárias e a necessidade de redução desta prevalência em regiões como o Sul da Ásia, o Leste Europeu, a América do Sul, a Oceania, e a África Central e Subsaariana³⁵.

A perda de dentes é mais prevalente na população idosa, apesar de não ser um processo exclusivo desta faixa etária³⁶. Segundo o levantamento nacional de saúde bucal (SB Brasil 2010), a média observada do índice CPOD (cariados, perdidos e obturados por dente) para indivíduos do grupo etário de 35 a 44 anos é de 16,75 dentes, com predomínio do componente “perdido”, que compõe 44,7% deste índice⁵. Já para a faixa etária de 65 a 74 anos, o índice CPOD é maior, de 27,53 dentes, e com predominância do componente “perdido”, que compõe 91,9% deste índice⁵.

As disparidades econômicas são fatores que refletem tanto no número de perdas dentárias, quanto no número de usuários de próteses dentais. Aqueles que possuem condições econômicas desfavoráveis tendem a não realizar reabilitação protética. Em um estudo com 287 idosos edêntulos, em um município de pequeno porte brasileiro, apenas 186 (64,3%) idosos faziam uso de prótese dental. A maioria dos idosos reabilitados utilizavam serviços odontológicos particulares, enquanto aqueles que não tinham próteses acessavam somente serviços odontológicos públicos³⁷.

Na faixa etária de 15 a 19 anos, cerca de 13,7% da população brasileira necessita de reabilitação protética; de 35 a 44 anos, essa demanda sobe para 68,8% e entre 65 a 74 anos, o percentual aumenta para 92,7% de necessidade de uso de

próteses dentais, com predominância da necessidade de prótese total. Este fator é indicativo de uma alta prevalência de edentulismo total nesta população (Tabela 2)⁵.

Tabela 2 - Necessidade de uso de prótese dental, por região e tipo de prótese para a faixa etária de 65 a 74 anos.

Região	n	Necessidade de Uso de Prótese																		
		Não Necessita			Parcial 1 Maxilar			Parcial 2 Maxilar			Total 1 Maxilar			Parcial + Total			Total 2 Maxilar			
		%	C (95%)		%	C (95%)		%	C (95%)		%	C (95%)		%	C (95%)		%	C (95%)		
			LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS	
35 a 44 anos	Norte	2275	16,7	13,5	20,5	47,5	40,9	54,2	34	26,6	42,3	0,4	0,2	1	1,1	0,5	2,4	0,3	0,1	1,4
	Nordeste	2204	21,1	18,4	24,1	45,6	42,5	48,7	31,2	28,4	34,1	0,7	0,4	1,4	1,1	0,6	2,2	0,3	0,1	0,6
	Sudeste	1471	33,2	28,2	38,6	39,5	35,1	44,1	26,1	22,6	29,8	0,7	0,3	1,6	0,2	0,1	0,9	0,3	0,1	0,7
	Sul	1489	37,1	30,3	44,6	41,8	35,7	48,2	19,9	16,8	23,5	0,4	0,1	1,2	0,4	0,1	1,2	0,3	0,1	1,4
	Centro-Oeste	1297	26,6	22,4	31,4	44	40,1	48	27,9	24,5	31,6	0,5	0,2	1,2	0,8	0,4	1,9	0,1	0	0,7
	Brasil	8736	31,2	27,9	34,8	41,3	38,3	44,3	26,1	23,8	28,6	0,6	0,3	1,1	0,4	0,3	0,7	0,3	0,2	0,5
65 a 74 anos	Norte	985	2,8	1,3	5,6	36,3	28,8	44,5	15,4	11,2	20,9	23,4	17,2	30,9	4,6	3,1	6,7	17,6	13,4	22,8
	Nordeste	1303	3,9	2,6	5,8	29	25,3	33,1	26	22	30,5	18,3	14,5	22,8	6,7	4,9	9	16,1	12,6	20,4
	Sudeste	613	7,3	4,4	11,7	33	25,4	41,6	20,8	15	27,9	17,9	14,2	22,4	4,2	1,8	9,2	16,9	11,5	24,2
	Sul	523	12,7	8,6	18,4	45,7	39,3	52,1	14,3	10,3	19,5	14,3	9,4	21,1	6,1	3	12,1	6,9	3,8	12,1
	Centro-Oeste	501	5,2	3,2	8,5	26,9	21,5	33,2	21,3	15,4	28,8	20,3	15,3	26,5	8,2	5,2	12,6	18	12,2	25,9
	Brasil	3925	7,3	5,3	9,9	34,2	29,3	39,5	20,1	16,4	24,4	17,9	15,4	20,8	5	3,3	7,7	15,4	11,9	19,8

Fonte: Tabela adaptada de Ministério Da Saúde, 2012⁵.

Em idosos de São Paulo, 94,5% possuem necessidades de tratamento odontológico não atendidas e 82,4% reportaram ter próteses removíveis totais ou parciais, contra 70,1% de uso de próteses nas outras cidades da América Latina abordadas no estudo¹⁵. A prótese total e a parcial removível são as mais frequentes na população brasileira⁵. No Brasil, 32,8% da população entre 35 a 44 anos usam prótese superior e 10,1% utilizam prótese inferior, sendo elas a prótese total, a prótese parcial removível ou a prótese fixa. A prótese parcial removível é a mais encontrada nesta faixa etária, com prevalência de 16% na arcada superior e 5,3% na arcada inferior (Tabela 3 e 4)⁵. Já na faixa etária de 65 a 74 anos, 76,5% dos indivíduos utilizam prótese superior e 53,9% utilizam prótese inferior. A prótese total é encontrada com maior frequência, sua prevalência é de 63,1% na arcada superior e 37,5% na arcada inferior desse grupo (Tabela 3 e 4)⁵. Quanto ao uso de prótese dental, 71,9% dos indivíduos da faixa etária de 65 a 74 anos utilizam prótese superior removível ou prótese removível em conjunto com prótese fixa (Tabela 3), e 51,4% utilizam prótese dental inferior removível ou prótese removível em conjunto com prótese fixa (Tabela 4).

⁵ Ministério Da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: MS; 2012.

Esses números altos de necessidade por prótese parcial ou total indicam as consequências de décadas passadas de uma Odontologia mutilatória, voltada para o mercado privado, e escassa em termos de promoção de saúde, que culminou em uma população com alta prevalência de uso de prótese total superior³⁸.

Tabela 3 - Uso de prótese dental superior, segundo a região e o tipo de prótese para a faixa etária de 65 a 74 anos.

Região		n	Uso de Prótese Superior																	
			Não Usa			Uma Ponte Fixa			Mais de 1 PF			Prótese Parcial Removível			Prótese Fixa + Removível			Prótese Total		
			%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	C (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
				LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
35 a 44 anos	Norte	2514	57,1	51,2	62,8	5,2	3,8	6,9	1,1	0,6	2	22,7	19,1	26,8	0,8	0,4	1,5	13,1	10	16,8
	Nordeste	2400	62,4	58,9	65,7	3,1	2,2	4,2	1,6	1	2,6	22,9	20,2	25,8	0,4	0,2	0,7	9,7	7,5	12,5
	Sudeste	1585	69,8	65,7	73,6	6,6	4,7	9,2	0,9	0,4	1,7	15,6	12,9	18,7	0,6	0,3	1,4	6,6	4,8	8,9
	Sul	1618	65,3	60,1	70,2	6	4,3	8,1	1,7	1	2,9	11,5	8,9	14,8	1	0,4	2,4	14,5	11,4	18,2
	Centro-Oeste	1434	65,1	60,8	69,2	5,6	3,9	8	1,2	0,7	2,1	14,4	12	17,2	0,5	0,1	2	13,2	10,3	16,9
65 a 74 anos	Brasil	9551	67,2	64,4	69,8	6	4,7	7,6	1,1	0,8	1,6	16	14,2	17,9	0,7	0,4	1,1	9,1	7,7	10,7
	Norte	1720	26,3	21,4	32	0,8	0,4	1,6	0,3	0,1	1,1	7,1	4,6	11	1	0,4	2,2	54,5	59,4	69,3
	Nordeste	2269	31,4	27,8	35,3	2,1	1,4	3	0,9	0,5	1,6	8,7	7,1	10,6	0,8	0,4	1,7	56,1	52,6	59,5
	Sudeste	1276	23,5	18,8	29,1	4,1	2,5	6,9	0,8	0,4	1,7	6,5	4,7	9,1	1,3	0,5	3,1	63,7	58,1	69
	Sul	1148	16,5	12,8	20,9	5	2,7	9,2	0,9	0,5	1,8	11,1	8,4	14,4	1,2	0,5	2,7	65,3	59,8	70,5
	Centro-Oeste	1089	26,9	22	32,4	2,6	1,5	4,5	0,8	0,4	1,7	7,1	5,3	9,6	1,4	0,8	2,6	61,1	54,7	67,2
Brasil	7502	23,5	20,3	27	3,8	2,6	5,5	0,8	0,5	1,3	7,6	6,2	9,2	1,2	0,7	2,2	63,1	59,4	66,7	

Fonte: Tabela adaptada de Ministério Da Saúde, 2012⁵.

Tabela 4 - Uso de prótese dental inferior, segundo região e o tipo de prótese para a faixa etária de 65 a 74 anos.

Região		n	Uso de Prótese Inferior																	
			Não Usa			Uma Ponte Fixa			Mais de 1 PF			Prótese Parcial Removível			Prótese Fixa + Removível			Prótese Total		
			%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)		%	C (95%)		%	IC (95%)		%	IC (95%)	
				LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
35 a 44 anos	Norte	2518	88,5	85,9	90,7	0,9	0,5	1,7	0,5	0,2	1,5	6,9	5,2	9	0,3	0,1	0,9	2,9	1,8	4,5
	Nordeste	2400	88,8	86,3	90,9	1,3	0,8	2	0,4	0,2	0,8	5,9	4,5	7,6	0,2	0,1	0,5	3,5	2,3	5,3
	Sudeste	1585	90,9	88,8	92,6	1,8	1	3,4	0,3	0,1	0,8	4,9	3,9	6,2	0,4	0,2	1	1,7	1	3,1
	Sul	1617	87,9	85,3	90,1	2,4	1,3	4,2	1,1	0,5	2,4	5,2	3,7	7,1	0,3	0,1	0,9	3,1	1,9	4,9
	Centro-Oeste	1434	88,6	85,5	91,1	0,7	0,4	1,4	0,7	0,3	1,6	7,2	5,1	9,9	0,1	0	0,2	2,7	1,8	3,9
65 a 74 anos	Brasil	9554	89,9	88,5	91,1	1,7	1,1	2,6	0,5	0,3	0,8	5,3	4,6	6,2	0,3	0,2	0,7	2,3	1,7	3,1
	Norte	1721	55,3	48,3	62,1	0,3	0,1	0,9	0,1	0	0,2	10,2	6,8	15,1	0,5	0,2	1,1	33,6	29,5	37,9
	Nordeste	2269	55,5	52,2	58,8	1,3	0,7	2,2	0,7	0,4	1,3	10,5	8,5	12,9	1,2	0,7	2,1	30,8	27,9	33,8
	Sudeste	1277	44,5	37,7	51,6	1,5	0,6	3,7	1	0,4	2,6	13,6	10,6	17,3	1,3	0,5	3,4	38	32,4	44
	Sul	1148	42,8	37,7	48	2,6	1,4	4,9	1	0,4	2,4	12,5	9,6	16,2	0,8	0,3	2	40,4	35,5	45,4
	Centro-Oeste	1088	48,4	43,6	53,3	1	0,4	2,6	0,5	0,3	1,1	10,5	8,5	12,9	1,5	0,7	3,2	38	33,6	42,7
Brasil	7503	46,1	41,7	50,6	1,6	0,9	2,8	0,9	0,5	1,8	12,7	10,7	15,1	1,2	0,6	2,3	37,5	33,8	41,3	

Fonte: Tabela adaptada de Ministério Da Saúde, 2012⁵.

Portanto, a maioria dos usuários de próteses dentais removíveis são idosos, que são número crescente na população e precisam de um cuidado especial. É grande a quantidade de idosos que usam próteses ou que têm a necessidade de reposição

dental com reabilitações complexas^{4,39}. A população idosa vem crescendo de forma progressiva e acelerada no Brasil⁴⁰. O número de idosos com idade acima de 60 anos passou de 3 milhões em 1960 para 20 milhões em 2010, um aumento de 600% em 50 anos⁴¹. O aumento do número de idosos no país resulta da maior sobrevivência da população através da melhoria na qualidade de saúde com o passar das décadas⁴². Embora represente um reflexo positivo das ações de saúde ao longo dos anos, é necessário que haja um olhar atento na construção das políticas de atenção à saúde para a estruturação de um sistema que consiga lidar com essa futura demanda de idosos no acesso aos serviços, em especial considerando a necessidade de reabilitação protética³².

Há três fatores que convergem para a necessidade de cuidado da saúde oral da população idosa no Brasil: o aumento do número de idosos desproporcional à oferta dos serviços de atenção, a baixa procura de serviços odontológicos especializados por idosos e a chegada do contingente que alcança a fase idosa com demandas de conservação da saúde mantidas na fase de juventude⁴³. Há a influência de fatores sociais individuais como indutores das perdas dentárias, dentre eles: a dificuldade de locomoção e a falta de transportes para o acesso aos serviços odontológicos, a falta de suporte social, as más condições de estrutura e moradia, assim como a falta de suporte financeiro que contribuem para a construção de um perfil negativo de saúde oral nesta população²⁵. A soma das dificuldades de acesso aos serviços e à informação aliada ao histórico odontológico pregresso de práticas mutiladoras justificam a ocorrência de uma população idosa majoritariamente composta por indivíduos edêntulos, com necessidade de reabilitação por próteses dentais.

Portanto, o levantamento epidemiológico de perdas dentárias e de necessidades reabilitadoras, assim como a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e individuais que resultam nesta condição são de extrema importância para a criação de ações efetivas no sentido de prevenção e promoção de saúde, seja na população jovem ou idosa³⁶.

Além da necessidade de avanços no planejamento de saúde pública, é necessário também que o Sistema Único de Saúde (SUS) expanda seus acessos ao oferecimento de próteses dentais, tendo em vista o grande número de indivíduos desdentados no país e as consequências das perdas dentárias para a saúde oral, geral e mental²⁸. A ampliação do número de Laboratórios Regionais de Próteses

Dentárias (LRPD) ofertados como linha de ação pelo Programa Brasil Sorridente foi discreta nos últimos anos, e, atualmente, somente 1.477 municípios possuem credenciamento com LRPD, o que corresponde a 27% de cobertura no país⁴². Considerando o alto número de indivíduos com necessidades reabilitadoras orais, a alta demanda por próteses totais e parciais, e o baixo número de municípios credenciados para ofertar este serviço, faz-se premente a necessidade de priorização da reabilitação protética nos programas de saúde oral do Sistema Único de Saúde, como modo de reestabelecimento das funções mastigatórias, estéticas e de saúde da população.

4.1.2 TIPOS DE PRÓTESES REMOVÍVEIS

Prótese dentária é a especialidade da Odontologia que visa a restauração e manutenção das funções orais, conforto, estética e saúde do paciente por meio da restauração e/ou substituição dos dentes e tecidos orais ausentes ou perdidos através de peças artificiais.

Próteses dentais são dispositivos designados para a substituição de estruturas dentais comprometidas ou de dentes ausentes ou perdidos de um arco dentário, assim como, dos tecidos e estruturas orais perdidas, visando restaurar e manter a forma, as funções orais, a estética e a saúde oral e geral. A reabilitação protética também gera consequências positivas para a integração familiar e social, o resgate da cidadania e da autoestima, a melhora no estado nutricional, e o aumento da expectativa de vida do paciente.

Para a reabilitação do arco totalmente ou parcialmente edêntulo, o cirurgião-dentista pode lançar mão de diferentes tipos de próteses dentais, de acordo com sua indicação para o caso, vantagens e desvantagens, condição financeira e a escolha do paciente e do profissional. São vários os tipos de próteses dentais, entre elas: a prótese total, a prótese parcial removível, a prótese fixa (também chamada de coroa total ou prótese fixa unitária), a prótese parcial fixa (também chamada de prótese fixa múltipla), a prótese híbrida/ conjugada, e a prótese sobre implantes (que pode ser fixa ou removível). Respeitando-se as indicações de cada tipo de prótese, fica a cargo do profissional e do paciente a decisão compartilhada mais acertada por qual tipo de prótese confeccionar para o caso.

As próteses removíveis são aquelas que podem ser removidas pelo próprio paciente durante suas rotinas diárias, sem a necessidade de ajuda do profissional. Sendo essas as próteses de maior prevalência de uso na população brasileira, a seguir, serão descritos as particularidades e os cuidados para esse tipo de prótese.

4.1.2.1 Próteses totais

Próteses totais são dispositivos removíveis designados para substituição dos dentes e estruturas orais perdidas ou ausentes de um arco dentário totalmente edêntulo⁴⁴. Uma prótese total adequada deve conseguir proporcionar conforto, estética e restabelecimento das funções orais do paciente, como a fonação, a deglutição, a respiração, e a mastigação⁴⁴.

As próteses totais convencionais proporcionam uma eficiência mastigatória reduzida, sendo 20 a 50% menor quando comparadas com a dentição natural ou com a prótese parcial removível ou fixa⁴⁴. Por este motivo, não se indica o tratamento reabilitador através de instalação de prótese total quando o paciente possui condições de manter os dentes remanescentes e de realizar a substituição dentária com prótese parcial removível, fixa ou sobre implantes⁴⁴.

A retenção e a estabilidade das próteses totais estão diretamente associadas à eficiência mastigatória⁴⁴. Portanto, é necessário que o cirurgião-dentista tenha êxito nos processos de moldagem funcional e de confecção das próteses, para permitir a ação dos fenômenos físicos como a adesão, coesão, tensão superficial e pressão atmosférica, que influenciarão positivamente na retenção protética⁴⁴. Além disso, é necessário que a prótese seja confeccionada com adequada oclusão, balanceio dos dentes e articulação, pois estes fatores estão diretamente associados com a estabilidade deste dispositivo protético⁴⁴.

Próteses totais são dispositivos reabilitadores que requerem uma higiene adequada devido à sua capacidade de retenção de restos alimentares, microrganismos e depósitos de cálculo tanto na superfície da resina acrílica quanto dos dentes. Assim, uma prótese total cuja higiene não esteja adequada torna-se um fator facilitador para o desenvolvimento de doenças na cavidade oral e no corpo em geral; sendo importante a realização de uma correta prática diária de higiene tanto da boca quanto da prótese⁴⁵. Vale ressaltar aos pacientes que utilizam esse tipo de prótese, que realizem consultas de manutenção com o cirurgião-dentista logo após a

instalação e periódicas, para uma adequada função e adaptação da peça protética, assim como para a avaliação da presença de lesões e acesso à educação em saúde⁴⁶.

4.1.2.2 Próteses parciais removíveis

As próteses parciais removíveis (PPR) são dispositivos para a substituição dos dentes e estruturas orais perdidas ou ausentes de um arco dentário parcialmente edêntulo, e que podem ser removidos pelo próprio paciente. A PPR pode ter seus suportes totalmente apoiados sobre os dentes remanescentes, sendo designada como prótese parcial removível dento-suportada ou ser apoiada pelos tecidos do rebordo alveolar e dos dentes remanescentes, sendo designada como prótese parcial removível dento-muco-suportada⁴⁶. As próteses parciais removíveis são utilizadas em indivíduos parcialmente edêntulos para a reabilitação da estética e da fonética, o aumento da eficiência mastigatória, a preservação do espaço dentário e a manutenção da saúde do sistema mastigatório quando não há a possibilidade de reabilitação através de próteses parciais fixas ou de implantes^{47,48}.

Embora a prótese parcial removível possibilite maior facilidade de higienização por ser uma peça removível e seja um tratamento acessível economicamente quando comparado com outros meios reabilitadores, este dispositivo protético possui algumas desvantagens, dentre elas, o acúmulo de biofilme potencialmente patogênico na parte interna dos grampos se o paciente não conseguir uma higiene adequada, o esforço mastigatório excessivo transmitido aos dentes de suporte pelos grampos quando esses possuírem um planejamento impróprio e o fator estético negativo quando da presença de grampos metálicos aparentes que possam ser notados quando colocados sobre uma superfície dentária visível^{48,49}. Apesar desses fatores, a reabilitação por prótese parcial removível pode ser adotada quando fatores fisiológicos ou econômicos dos pacientes inviabilizarem outros métodos reabilitadores⁴⁶.

Por possuírem infraestrutura metálica juntamente com a resina acrílica, as próteses parciais removíveis têm cuidados diferenciados da prótese total, por exemplo, quanto ao método de desinfecção química e os cuidados para não entortar as estruturas metálicas.

4.1.3 IMPACTO DO USO DE PRÓTESES DENTAIS NA QUALIDADE DE VIDA

As perdas dentárias e a saúde oral comprometida têm impactos negativos na qualidade de vida, com implicações sociais e psicológicas^{8,9,50}. O edentulismo interfere na qualidade de vida pois pode influenciar na alimentação, diminuir a capacidade de fonação, a mastigação, a estética, a autoestima, dificultar a habilidade de socialização, de tocar instrumentos, de cantar, de assobiar, de sorrir, e trazer prejuízos psicológicos, como a depressão e o isolamento social^{36,39}. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵¹. Assim, a qualidade de vida é caracterizada de forma multifatorial e complexa, de modo que os valores individuais, os contextos sociais, econômicos e culturais estejam interligados como potencial influenciadores tanto na saúde geral, quanto na saúde oral dos indivíduos⁵².

As perdas dentárias têm impacto negativo significativo na saúde oral, assim como na saúde sistêmica e na qualidade de vida. Essa condição de saúde inclui o número de dentes naturais em boca e sua capacidade oclusiva com seus antagonistas, a qualidade de oclusão realizada pelas próteses e a habilidade mastigatória⁵³. Estes fatores impactam de modo significativo as condições nutricionais desses indivíduos, e conseqüentemente, a sua saúde sistêmica. A melhora nas condições de saúde oral pode ter uma influência positiva nas condições gerais de saúde e, por conseguinte, na expectativa de vida⁵³.

A reabilitação protética através da instalação de próteses dentais pode resultar na melhora da qualidade de vida⁵⁴. Através da reabilitação é possível observar a melhora da eficiência mastigatória, das limitações funcionais, das dores orofaciais, do desconforto psicológico e da incapacidade física, psicológica e social⁵⁴. Entretanto, quando comparadas às reabilitações por prótese total, por prótese removível implanto-suportada e por prótese fixa, as duas últimas apresentam-se como melhores opções no aumento da qualidade de vida e da satisfação dos pacientes, principalmente nos quesitos de limitação funcional, dor física, desconforto e incapacidade psicológica nos indivíduos que utilizam prótese total fixa e no quesito de limitação funcional nos indivíduos que utilizam prótese removível implanto-suportada⁵⁵. Quando associadas à reabilitação de indivíduos parcialmente edêntulos, as próteses implanto-suportadas apresentam-se como a melhor opção reabilitadora quando comparada a outros

métodos reabilitadores, com um aumento de 40% da melhora da qualidade de vida em relação às reabilitações com próteses fixas ou próteses parciais removíveis⁵⁶.

A maioria dos usuários de prótese dental são idosos, e, assim, questões como qualidade de vida e de saúde tornam-se objetos de estudo de extrema importância a serem considerados quando da reabilitação protética dessa população^{57,58}. Os idosos apresentam muitas necessidades protéticas e má adaptação de próteses, com lesões de mucosa relacionadas à falta de acompanhamento odontológico⁵⁹. A utilização de múltiplas medicações como tratamento para diversas condições sistêmicas crônicas ou debilitantes, geralmente levam a efeitos colaterais, com repercussão na saúde geral e na cavidade bucal, como por exemplo, a hiperplasia gengival, a xerostomia, a redução do fluxo salivar e a alteração no paladar⁵⁸. A indesejável redução do fluxo salivar está relacionada com o aumento do número de lesões cáries, e uma maior probabilidade de desenvolvimento de candidíase oral e estomatite protética^{58,60}.

Assim, os efeitos medicamentosos associados às condições sistêmicas e às doenças orais nos idosos podem repercutir de forma negativa na sua qualidade de vida, seu grau de autonomia e independência⁵⁸. Como uma via de mão dupla, a fragilidade, a falta de autonomia e a dependência para as atividades do dia-a-dia são fatores que refletem negativamente na saúde oral³⁰. A dificuldade visual e a falta de destreza manual tornam a higienização da cavidade bucal e das próteses dentais desafiadora, o que requer maior dispêndio de tempo e auxílio de outras pessoas para os idosos realizarem a correta limpeza dos dentes e das próteses³⁰. Os idosos que dependem de cuidadores para realizar a sua higiene, geralmente possuem saúde oral e das próteses dentais negligenciadas, com grande acúmulo de biofilme³⁰.

4.1.4 CONDIÇÕES ORAIS E SISTÊMICAS RELACIONADAS AO USO DE PRÓTESES DENTAIS

A possível relação entre o edentulismo e as comorbidades sistêmicas, tais como desnutrição, obesidade, diabetes, doença cardiovascular, artrite reumatoide, comprometimento cognitivo (Alzheimer, demência), doenças pulmonares (incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica), câncer e até mortalidade, tem sido relatada desde 2009⁶. Indivíduos com perdas dentárias possuem eficiência mastigatória menor em relação aos dentados⁶¹. O declínio da função mastigatória pode refletir em alterações nutricionais desses indivíduos, que passam a consumir

alimentos mais fáceis de serem ingeridos, com maior teor de carboidratos e com consistência mole ou pastosa, o que pode induzir a uma dieta nutricionalmente pobre⁶¹. Mesmo indivíduos edêntulos que foram reabilitados com próteses removíveis, como a prótese total ou a prótese parcial removível, aderem a dietas com alimentos fáceis de mastigar, devido à dificuldade mastigatória e às mudanças de percepção que alteram as preferências de gosto e de textura dos alimentos. Os usuários de próteses removíveis possuem uma experiência gustativa menor, relacionada ao recobrimento do palato duro pela prótese, o que reduz a sensação de prazer em se alimentar⁶¹.

Outra condição relacionada ao uso de próteses removíveis é o risco para o desenvolvimento de lesões orais em indivíduos edêntulos. Essas lesões podem ser provocadas por múltiplos fatores, como por exemplo, o uso da prótese durante o período de sono, a desadaptação da base da prótese, a higienização deficiente, e a presença de fraturas no material da prótese.

4.1.4.1 Mastigação e nutrição

A saúde oral e a nutrição são dois parâmetros indissociáveis, pois para uma correta alimentação é necessária uma boa função mastigatória e gustativa. O edentulismo limita funções que têm influência direta sobre a qualidade de vida das pessoas, o que prejudica não só a capacidade de alimentação, como também a fala e a estética, já que a perda dentária resulta em um processo de reabsorção do rebordo ósseo que modifica os padrões anatômicos da face⁶².

A boca pode ser considerada como um indicador precoce do estado nutricional e da saúde geral da população, visto que, frequentemente, muitos sinais clínicos relacionados à desnutrição bem como outros problemas de saúde surgem, inicialmente, na cavidade oral⁶³. Portanto, é inegável que as condições de saúde oral estejam intimamente ligadas aos hábitos alimentares dos indivíduos, assim como o seu grau de instrução no que tange ao conhecimento sobre a importância de cada uma das diferentes categorias de alimentos que existem.

A principal função dos dentes é a de triturar os alimentos para a melhor ingestão. Portanto, há de se considerar que o número e a distribuição de dentes naturais, bem como o uso ou não de próteses dentais, exercem influência direta sobre a facilidade e o conforto durante a mastigação, visto que isso se torna um fator crucial

na escolha dos alimentos e no tamanho que as partículas alimentares serão ingeridas⁶⁴.

A alimentação desempenha, historicamente e culturalmente, um importante papel na construção de costumes e afetos que unem as pessoas em momentos de partilha e bem-estar comum. Assim, é necessário repensar a maneira como os indivíduos se alimentam e, principalmente, como democratizar esse hábito, de forma que nenhuma pessoa seja privada de desfrutar dos benefícios que uma boa alimentação proporciona por não ter dentes e uma adequada mastigação.

A performance mastigatória de usuários de prótese dental não é a mesma que a de pessoas com dentição natural completa por mais bem adaptada que a prótese esteja, visto que o edentulismo afeta aspectos motores e sensoriais durante o processo mastigatório⁶⁵. No entanto, o uso de próteses dentais removíveis bem confeccionadas consegue restabelecer boa parte da performance mastigatória perdida com o edentulismo total ou parcial. Uma boa performance mastigatória determinará a habilidade individual de ingerir variedades de alimentos que proporcionem um estado de boa nutrição, o que auxilia na manutenção da qualidade do estado de saúde⁶⁶.

O maior objetivo do sistema mastigatório é a redução do tamanho das partículas de comida para facilitar a deglutição e a digestão⁶⁷. Essa habilidade de quebrar a comida em partículas menores para serem deglutidas, conhecida como performance mastigatória, é diretamente influenciada pelas condições dentárias e é avaliada através da quantidade de ciclos mastigatórios necessários para a realização da quebra dos alimentos em partículas menores.

Estas condições são caracterizadas pelo número de dentes antagonistas (pares oclusais), o tamanho das superfícies oclusais, a força de mastigação e os movimentos mastigatórios⁶⁸. Além disso, a consistência da comida e o tipo de reabilitação protética também são fatores que influenciam essa performance⁶⁸.

A reabilitação por prótese é importante para o restabelecimento da performance mastigatória em indivíduos edêntulos e parcialmente edêntulos. Entretanto, a performance mastigatória em indivíduos que utilizam próteses totais é 20% menor quando comparado com indivíduos que possuem dentição natural completa⁶⁹.

Quando se comparam a prótese total convencional, a prótese total implanto-suportada e as overdentures, as duas últimas promovem maior eficiência mastigatória e fornecem maior qualidade de vida aos seus usuários⁷⁰. Além disso, é possível

observar uma melhora na eficiência mastigatória e uma redução do tamanho das partículas de comida e da quantidade de ciclos mastigatórios quando há a troca de uma prótese total convencional antiga por uma prótese total convencional nova²⁷.

O comprometimento da capacidade de mastigar confortavelmente alimentos maiores, mais densos ou em grãos é um dos exemplos de limitações que podem surgir no cotidiano de um usuário de prótese dental. Esse tipo de dificuldade é o que reforça impulsos como a seleção individual de uma dieta que se adeque à habilidade mastigatória deficiente e, por conseguinte, à possível substituição equivocada de alimentos que resulte em uma dieta desequilibrada e, por vezes, pouco nutritiva^{64,71}.

As preferências alimentares tendem a ser diferentes entre indivíduos usuários de prótese dental, dadas as especificidades que cada tipo de prótese apresenta. Assim, podem ocorrer substituições nutricionais inadequadas ou a diminuição da ingestão de alimentos importantes, fazendo com que a dieta se torne imprópria⁷¹. Grande parte dos indivíduos edêntulos não conseguem mastigar alimentos como maçã e castanhas. Além disso, outros alimentos também são relatados como difíceis de mastigar, dentre eles, podem-se destacar a cenoura, os bifes de carne bem passados, os tomates e a alface⁷². Ainda, usuários de próteses dentais necessitam fazer adaptações para o auxílio da mastigação e da deglutição⁷³. Essas adaptações se dão através do corte de alimentos duros em pedaços pequenos, do consumo de alimentos em consistência pastosa ou do esmagamento de alimentos para facilitar a ingestão, assim como, do corte dos alimentos com a utilização dos dentes molares ao invés de usar os incisivos⁷³. Portanto, é imprescindível que tais casos sejam tratados com mais atenção, para que a prótese dental não se torne um fator limitante dentro do quadro geral que engloba o padrão alimentar dos usuários de prótese, em especial, dos idosos.

Outro fator quase indissociável ao uso de prótese removível e à alimentação é o processo de envelhecimento natural da população visto que a maior prevalência do uso desse tipo de prótese seja, atualmente, entre idosos. A diminuição da função mastigatória pelo envelhecimento ou pelas perdas dentais é, em grande parte, responsável pelas substituições alimentares que muitos idosos fazem ao darem preferência por alimentos macios e fáceis de mastigar, o que pode induzir más práticas alimentares e ingestão nutricional marginal⁴⁰. Envelhecer traz consigo algumas limitações inerentes à condição humana, o que torna necessário o olhar mais

aprofundado para a manutenção da saúde completa do idoso. É necessária a compreensão de que a alimentação e a nutrição são fatores extremamente significantes na vida das pessoas em qualquer faixa etária, principalmente aos idosos, já que a perda de capacidade mastigatória destes esteja diretamente relacionada à perda progressiva dos dentes⁷⁴.

A perda e o ganho incomum de peso são parâmetros que podem ser observados em pessoas usuárias de prótese dental quando há algum tipo de restrição alimentar relacionada ao uso da prótese, o que reforça ainda mais a ligação direta que existe entre a capacidade mastigatória e o padrão nutricional desses indivíduos⁷¹. Indivíduos edêntulos são mais suscetíveis a estarem em um padrão de baixo peso do que aqueles que possuem onze ou mais dentes em boca⁷². Um índice de massa corpórea (IMC) baixo é explicado pela dificuldade funcional de mastigação, que prejudica a alimentação regular. Há uma forte associação entre estar abaixo do peso ou estar obeso em indivíduos que possuem alguns dentes em boca, mas que não são totalmente edêntulos, que é explicado pela dificuldade de realizar a função mastigatória e pela substituição de alimentos ricos em carboidrato e gorduras que são mais fáceis de mastigar^{72,75}.

4.1.4.2 Fluxo salivar reduzido

A hipossalivação é diferente da xerostomia. Enquanto a hipossalivação é considerada redução de fluxo salivar, a xerostomia é marcada pela sensação de boca seca, a qual é principalmente causada pela redução do fluxo salivar⁷⁶. A xerostomia pode ser causada por ou ser um sinal de doenças sistêmicas, como a Síndrome de Sjögren, os tratamentos radioterápicos de cabeça e pescoço ou o uso de medicações sistêmicas⁷⁷.

A causa mais comum da diminuição da produção de saliva é a utilização de medicamentos. Observa-se que existem mais de 400 medicamentos associados com a diminuição do fluxo salivar, e que estes remédios compõem em torno de 80% dos medicamentos mais prescritos. A xerostomia causada por medicações sistêmicas é um efeito colateral comumente encontrado em diversos indivíduos que estão em tratamento medicamentoso de uso contínuo⁷⁷. Portanto, idosos são o grupo mais vulnerável a possuir este tipo de efeito colateral devido à quantidade de medicações utilizadas no dia-a-dia⁷⁸. As medicações associadas com esses efeitos colaterais

fazem parte de múltiplos grupos farmacológicos, como, por exemplo, os agentes anticolinérgicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, anti-hipertensivos, ansiolíticos, sedativos, relaxantes musculares, analgésicos e anti-histamínicos⁷⁷.

Pessoas com baixo fluxo salivar podem ter distúrbios gustativos, maiores riscos de desenvolvimento de cárie dentária, dificuldades para mastigar, deglutir e digerir alimentos, além de maior necessidade de ingestão de líquidos durante a refeição para a deglutição. Assim, indivíduos com hipossalivação podem ter uma tendência maior a realizar a seleção de alimentos, o que impacta negativamente nos aspectos nutricionais⁷⁸. A redução do fluxo salivar, inicialmente, pode causar sintomas de falta de lubrificação na cavidade oral⁷⁷. Entretanto, à medida que esta alteração de fluxo vai progredindo com o tempo, os indivíduos que sofrem com essa anormalidade podem experimentar o desenvolvimento de lesões cariosas e de candidíase oral, devido à falta de ação protetora da saliva nos tecidos dentários e mucoso⁷⁷.

A redução do fluxo salivar pode causar alterações na cavidade oral, em que a língua pode adotar aspecto eritematoso e fissurado com possível atrofia das papilas filiformes⁷⁷. Os tecidos orais podem tornar-se eritematosos e ressecados (Figura 1), e durante a palpação da mucosa os dedos têm seu deslizamento dificultado. A confirmação da redução do fluxo salivar pode ser realizada através da palpação das glândulas salivares e dos orifícios dos ductos parótidos⁷⁷.

Além disso a retenção e estabilidade das próteses removíveis são fortemente dependentes da quantidade e qualidade de saliva presentes na cavidade bucal⁷⁹. Portanto, usuários de próteses dentais removíveis que possuem uma condição de hipossalivação podem ter problemas na utilização desses dispositivos devido à diminuição da estabilidade, da retenção e do conforto na utilização dessas próteses⁷⁹.

Figura 1 – Lábio ressecado em paciente com redução de fluxo salivar. Nota-se a presença de esbranquiçamento e rachaduras.



Fonte: Cristiane Machado Mengatto

4.1.4.3 Lesões orais

Lesões orais são relativamente comuns em muitas populações⁵⁶. Entretanto, a epidemiologia dessas lesões é, em sua maioria, desconhecida, devido à falta de estudos de base populacional²⁸. Usuários de próteses removíveis convivem com o aparecimento frequente de lesões bucais, que podem ser agudas ou crônicas e relacionadas a diversos fatores, como por exemplo, à má higienização, à má utilização das próteses, à desadaptação da base das próteses (Figura 2), assim como, o uso de algumas medicações^{28,81}.

A maioria das lesões bucais presentes em usuários de próteses removíveis são benignas⁸². Entretanto, algumas dessas lesões podem se tornar malignas, principalmente se o usuário possuir fatores predisponentes locais⁵¹. A leucoplasia é um exemplo de lesão pré-cancerígena que pode ser encontrada também em pessoas que utilizam próteses dentais, embora a utilização de prótese total ou o trauma de mucosa associado às próteses não sejam fatores etiológicos para o desenvolvimento dessa lesão ou sua malignização⁸².

A candidíase atrófica e hiperplásica, a hiperplasia fibrosa inflamatória, as úlceras traumáticas, a queilite angular e os rebordos flácidos são lesões e características mais comumente encontradas em pacientes usuários de próteses removíveis¹⁶. A lesão de maior prevalência é a candidíase atrófica crônica, seguida

pela hiperplasia fibrosa inflamatória¹⁶. A integridade e a higiene das próteses são de extrema relevância para a determinação do aparecimento de grande parte dessas lesões, sendo a presença do biofilme relacionada ao desenvolvimento de estomatites nos usuários de próteses dentais⁸³.

Apesar das lesões acima descritas não serem restritas a usuários de próteses, há outras que podem ser associadas com o uso de próteses removíveis, como é o exemplo, da estomatite protética e da hiperplasia papilomatosa inflamatória⁸³. Estas devem ser observadas com atenção durante as consultas de rotina ou proervação, pois o paciente que as possuem geralmente não sabem da sua existência, devido à sua característica indolor⁸⁴.

Figura 2 (a, b e c) – Próteses inadequadas, com bordos mal adaptados e subextensos e presença de biofilme e consertos com material reembasador, o que predispõem ao desenvolvimento de lesões orais.



Fonte: Cristiane Machado Mengatto.

4.1.4.4 Estomatite protética (candidíase atrófica crônica)

A estomatite protética ou candidíase atrófica crônica é uma inflamação que acomete os tecidos orais, geralmente localizada no palato ou nos rebordos alveolares

em indivíduos que utilizam próteses removíveis parciais ou totais⁸⁵. Essa doença relacionada ao uso de próteses dentais possui diversos tipos de severidade. O tipo leve é caracterizado pela presença de petéquias localizadas, enquanto o tipo severo é caracterizado por uma inflamação generalizada com hiperplasia papilar (Tabela 5)^{85,86}. Geralmente, não há apresentação de sintomas pelo paciente, embora a lesão apresente características clínicas de inflamação⁸⁷.

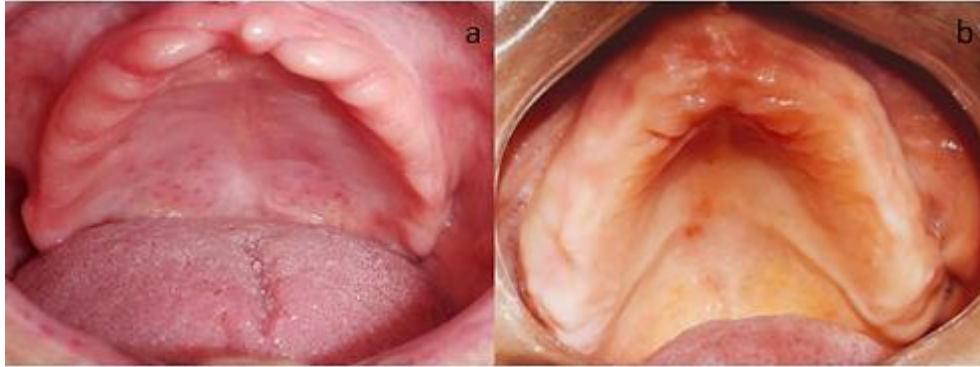
Tabela 5 – Classificação do diagnóstico clínico da estomatite protética através da classificação modificada de Newton.

Tipo	Característica clínica
Tipo 0	Mucosa saudável
Tipo IA	Petequias em tecido palatal normal, geralmente encontradas em volta dos orifícios dos ductos de glândulas mucosas do palato.
Tipo IB	Área localizada de inflamação na área de utilização da prótese total no palato.
Tipo II	Área generalizada de inflamação na área de utilização da prótese total no palato.
Tipo III	Superfície palatal hiperplásica com inflamação da área de utilização da prótese total no palato.

Fonte: Tabela adaptada de Kabawat et al., 2014⁸⁶.

⁸⁶ Kabawat M, de Souza RF, Badaró MM, de Koninck L, Barbeau J, Rompré P, Emami E. Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. *Int J Prosthodont* 2014; 27(4):311-19.

Figura 3 (a e b) - Visualização clínica de estomatite protética em grau I, com petéquias localizadas na figura 3a, e em grau II na figura 3b, segundo a classificação de Newton.



Fonte: O autor.

A estomatite protética é encontrada em usuários de próteses removíveis, especialmente aqueles que utilizam próteses totais. Diferentes estudos epidemiológicos mostram uma variada distribuição de desenvolvimento dessas lesões em indivíduos que utilizam estes dispositivos protéticos. A prevalência varia de 15 a 70% nesta população⁸⁸.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas lesões são a má higienização das próteses, com presença de biofilme em sua superfície interna, o contato prolongado das próteses aos tecidos orais e a desadaptação da base protética⁸⁵. Indivíduos que utilizam a prótese no período de sono, assim como, indivíduos que têm o hábito de fumar, possuem lesões inflamatórias mais severas⁸⁵.

A superfície porosa das próteses, feitas em resina acrílica ou com o uso de materiais reembasadores, cria condições favoráveis para o desenvolvimento de diferentes espécies de fungos, por meio da maior dificuldade de remoção do biofilme desta superfície em relação aos tecidos bucais⁸⁹. O baixo fluxo de oxigênio proporcionado pelo recobrimento da prótese quando em contato com os tecidos orais, assim como, o baixo nível de saliva produz um local com características ácidas e anaeróbicas que favorecem o crescimento de microrganismos^{88,90}.

Candida albicans é a espécie de fungo caracterizada como oportunista que é mais comumente encontrada em lesões de estomatite protética. Este fungo coloniza a superfície das próteses, e torna favorável ao desenvolvimento de inflamação nos tecidos orais⁸⁷. O mecanismo de desenvolvimento dessas lesões ocorre por meio da

fricção da prótese no tecido mucoso, que favorece a invasão da *Candida albicans* nos tecidos epiteliais⁸⁹. Entre as bactérias envolvidas na estomatite protética, estão os *Staphylococcus aureus*, potenciais patógenos das doenças respiratórias^{24,49}.

Além da estomatite protética, outras lesões orais podem ser causadas pela *Candida albicans*, tais como a candidíase eritematosa aguda, candidíase pseudomembranosa, candidíase hiperplásica, glossite romboide mediana, a queilite angular e a queilocandidíase. Entretanto, apenas parte dessas lesões causadas por este fungo estão associadas ao uso de próteses removíveis, como a candidíase atrófica crônica, e a queilite angular⁹¹.

4.1.4.5 Queilite angular

Essa lesão apresenta-se de forma eritematosa, com presença de placas esbranquiçadas no canto do lábio (Figura 4). A queilite angular pode se desenvolver em um ou nos dois ângulos labiais, seja no lábio superior ou no lábio inferior. Geralmente os pacientes que possuem essa lesão relatam ulcerações, dor, sensação de prurido e queimação^{89,92}. A queilite angular pode estar associada com fatores locais e/ou sistêmicos. As causas do desenvolvimento desta lesão podem ser climáticas, mecânicas, alérgicas, medicamentosas, autoimunes, entre outras⁹². A má adaptação protética e a dimensão vertical reduzida são fatores etiológicos mecânicos para o desenvolvimento da queilite angular, visto que a inadequação da prótese em boca pode levar a processos traumáticos que favorecem a invasão de microrganismos na região⁹². A perda de dimensão vertical em pacientes edêntulos pode contribuir com o desenvolvimento dessa lesão devido ao acúmulo de saliva no canto dos lábios, favorecendo um ambiente úmido com condições ideais para o crescimento de microrganismos na região⁸⁷.

Além da *Candida albicans*, outros microrganismos podem estar envolvidos na queilite angular, como o *Staphylococcus aureus* e as espécies de *Streptococcus*⁸⁹. O desenvolvimento de queilite angular por *Candida albicans* pode ocorrer em pacientes que possuem candidíase atrófica crônica (estomatite protética) prévia. Nestes pacientes, o desenvolvimento dessa lesão é favorecido pela alta contagem deste microrganismo na cavidade bucal⁸⁹.

Figura 4 (a e b) – Placas esbranquiçadas presentes no canto do lábio, sinal característico de queilite angular.



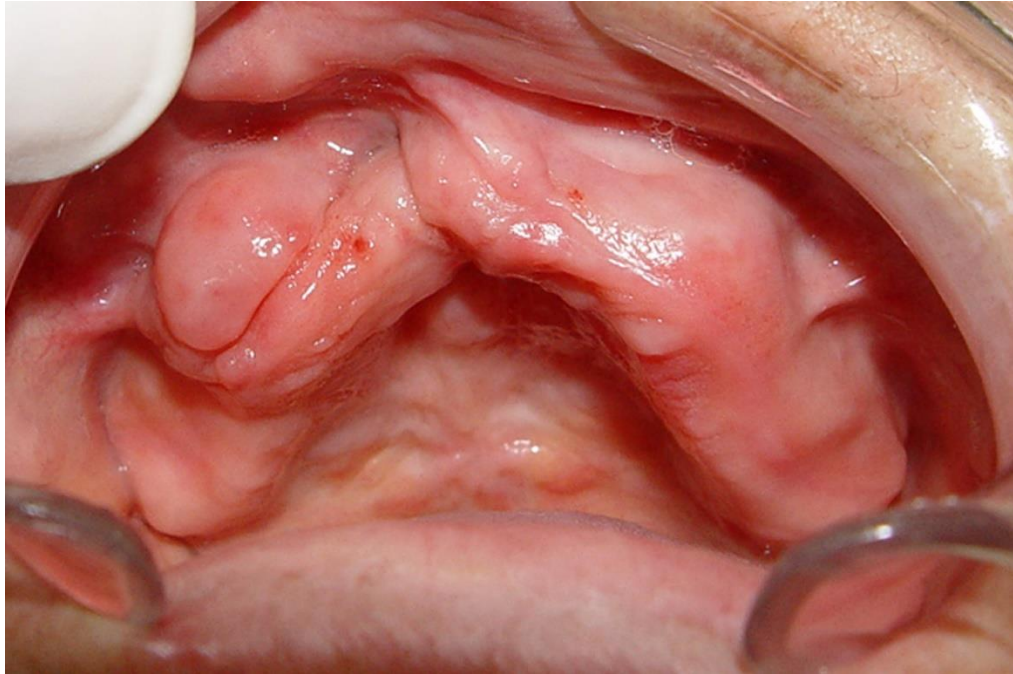
Fonte: Cristiane Machado Mengatto.

4.1.4.6 Hiperplasia inflamatória

A hiperplasia inflamatória é uma hiperplasia de tecido conjuntivo fibroso, causada por uma reação inflamatória frente a um trauma crônico de baixa intensidade, que geralmente se desenvolve em torno da base de próteses removíveis mal adaptadas⁸⁷. Essas lesões podem aparecer de forma única ou múltipla, em um ou ambos os arcos dentários, caracterizando-se pela formação de pregas hiperplásicas na mucosa, mais frequentemente encontradas no vestíbulo alveolar (Figura 5)⁸⁷. Além de ser frequente no vestíbulo do arco alveolar, a hiperplasia inflamatória pode ocorrer no lábio inferior e no dorso da língua devido a traumas e mordidas frequentes do local^{87,93}.

Podem apresentar-se de forma localizada, com medidas em torno de 1 cm, ou de forma generalizada, com lesões que envolvem a maior parte do arco alveolar⁸⁷. Possui característica firme e fibrosa à palpação, entretanto, pode também apresentar ulcerações e superfície eritematosas⁸⁷.

Figura 5 – Presença de hiperplasia inflamatória em vestibulo alveolar da arcada superior.



Fonte: Cristiane Machado Mengatto.

4.1.4.7 Hiperplasia papilar inflamatória (papilomatose por prótese)

A hiperplasia papilar inflamatória é uma lesão que consiste na proliferação benigna epitelial da mucosa oral, com características firme, nodular, eritematosa, de coloração rósea ou avermelhada e indolor^{87,94,95}. Geralmente os pacientes não sabem que possuem essas lesões, por serem assintomáticas⁹⁴.

Essa lesão hiperplásica geralmente ocorre no palato duro, na região delimitada pela prótese removível⁸⁷. Embora a patogênese ainda não seja clara, alguns fatores são considerados como possíveis agentes etiológicos para o desenvolvimento dessas lesões, tais como a má adaptação protética, a utilização excessiva da prótese durante o dia e a noite, a criação de alívios na prótese para aumentar retenção na mucosa do palato, como as antigas câmaras de sucção e as linhas americanas, a higiene oral deficiente e a irritação das glândulas salivares do palato^{87,95}.

A hiperplasia papilar inflamatória pode estar associada com o microrganismo *Candida albicans*⁸⁷. Há uma associação positiva entre a hiperplasia papilar e a presença de *Candida albicans* no tecido hiperplásico⁹⁶.

4.1.4.8 Úlceras traumáticas

Ulcerações traumáticas podem ocorrer através de um dano mecânico e possuem diversos tamanhos e formatos^{17,87}. Essas lesões geralmente possuem formato oval com um diâmetro entre 1 a 8 mm, apresentam-se em áreas eritematosas que circundam uma área central com membrana destacável e fibrinopurulenta^{17,87}.

As úlceras traumáticas podem se localizar tanto nas áreas móveis quanto nas áreas sésseis da mucosa oral quando relacionadas ao uso de próteses removíveis¹⁷. Geralmente, os pacientes experimentam o desenvolvimento dessas lesões quando iniciam a utilização de próteses novas, sendo necessário o ajuste das mesmas durante uma ou várias consultas de proervação após a instalação até que as úlceras desapareçam e a prótese esteja confortável para o uso. As úlceras traumáticas desaparecerão sozinhas após o ajuste das próteses, não sendo necessários procedimentos adicionais. Se a úlcera for muito extensa ou dolorida, podem ser prescritos analgésicos sistêmicos, uma pomada anti-inflamatória tópica e o uso de soluções antissépticas locais por 7 dias para auxiliarem a cicatrização da mucosa ou amenizarem a dor⁹⁷.

Outros fatores que podem estar relacionados com o desenvolvimento de ulcerações por uso de próteses são: as superfícies mucosas irregulares com presença de espículas ósseas, as bases de prótese mal adaptadas, subextensas ou com bordos finos e cortantes, a instabilidade oclusal por contatos dentais prematuros ou má articulação das próteses, a presença de exostoses ósseas, o rebordo ósseo acentuadamente reabsorvido e a flacidez da mucosa oral subjacente às bases da prótese⁹⁸.

Figura 6 – Úlcera traumática presente em rebordo alveolar superior.



Fonte: Cristiane Machado Mengatto.

4.1.5 AVALIAÇÃO PROTÉTICA E DA MUCOSA ORAL

O exame da cavidade bucal é extremamente importante antes de se iniciar a confecção de próteses dentais e também durante as consultas periódicas de manutenção das próteses confeccionadas para a avaliação da presença de lesões de mucosa⁹⁸. A detecção dessas lesões pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, assim como, alterar positivamente o prognóstico de diversas patologias através da descoberta precoce⁹⁸.

Para realizar o exame, é necessário que haja iluminação adequada e que o cirurgião-dentista adote uma sistemática de avaliação da mucosa e demais estruturas⁹⁸. O exame consiste na avaliação do palato mole, palato duro, lábios, língua, assoalho de boca, mucosa jugal, gengivas, rebordos ósseos residuais, orofaringe⁹⁸.

O palato mole é examinado com visão direta, e geralmente não é necessário executar a palpação⁹⁸. Esta área do palato deve apresentar-se com mobilidade quando o paciente diz “ah”, além de homogeneidade e coloração avermelhada ou rósea⁹⁸.

O palato duro é caracterizado por uma mucosa queratinizada, grossa e de coloração rósea⁹⁸. O exame deve ser realizado através da visão direta em campo bem iluminado. Pode-se realizar palpação e deve-se observar se há presença de

inflamação, de diferença de coloração na mucosa, de ulcerações ou aumentos de volume⁹⁸.

Os lábios devem ser examinados na sua face externa e interna⁹⁸. É importante observar se há aspecto homogêneo da coloração da pele e mucosa, se o lábio não se apresenta enrijecido e se há simetria. Além disso, o vermelhão do lábio deve estar bem definido, sem ressecamentos, cortes, rachaduras ou lesões⁹⁸.

Para a realização do exame da língua, o cirurgião-dentista deve solicitar que o paciente coloque a língua para fora da boca, e realizar a apreensão da língua com a utilização de uma gaze para conseguir movimentá-la para os lados direito e esquerdo, para cima e para baixo, para a completa verificação da sua estrutura anatômica em toda extensão⁹⁸. Deve-se observar sua coloração e textura, e avaliar a presença de ulcerações, formações de placas esbranquiçadas e mudanças no aspecto das papilas⁹⁸. O assoalho de boca deve ser avaliado através da solicitação ao paciente para que ele eleve a língua de modo a tocar no palato. Deve-se avaliar a presença de úlceras, de aumento das varicosidades em número ou dilatação, e a o aspecto e a drenagem da saliva através dos ductos das glândulas salivares submandibulares e sublinguais presentes nessa região⁹⁸. As glândulas salivares maiores também podem ser palpadas externamente e internamente à cavidade oral, em busca de aumentos teciduais e nódulos doloridos.

A mucosa jugal é caracterizada pela presença de um tecido não queratinizado⁹⁸. A avaliação deve ser realizada através da visualização e da palpação, de maneira que a mucosa deve apresentar-se com coloração rósea e consistência uniforme⁹⁸. Na mucosa jugal também se observa a saída das glândulas salivares parótidas, cujo aspecto e consistência podem ser verificados por visão direta e palpação.

A gengiva saudável possui coloração rósea, margens bem definidas e inseridas, normalmente localizando-se no limite ou acima da junção cimento-esmalte, não se observando a exposição de tecido dental radicular⁹⁸. É necessário observar se há a presença de ulcerações, descolorações, recessões gengivais com exposição de tecido dentinário, sangramentos espontâneos ou à sondagem, supuração, inflamação ou hiperplasia da gengiva ao redor dos dentes remanescentes⁹⁸. Também é necessário conduzir exames periodontais ou radiografias complementares que permitam estabelecer as condições de saúde e doença relacionadas com o tecido gengival e periodontal ao redor dos dentes remanescentes.

A avaliação do fluxo salivar é importante e necessária devido à melhora da qualidade de vida e à prevenção do desenvolvimento de lesões orais advindas do diagnóstico de hipossalivação. A hipossalivação é caracterizada pela baixa produção de saliva na cavidade oral e seu diagnóstico é realizado através da medição do fluxo salivar⁹⁹. A análise do fluxo é feita através da coleta de saliva não-estimulada ou de saliva estimulada. Para a saliva não-estimulada, o paciente permanece sentado confortavelmente com a cabeça rebaixada e deposita por 10 minutos em um copo plástico a saliva produzida, sem forçar a cuspidar. Após esse período, aguarda-se a redução das bolhas na saliva coletada, ou se realiza a centrifugação, se for possível. Faz-se a medição da saliva não-estimulada com uma seringa plástica descartável de 10 mL, e anota-se o resultado para cálculo do volume de saliva por minuto. Para isso, divide-se o volume obtido em mL pelo tempo de coleta de 10 minutos. Para a coleta de saliva estimulada, o paciente permanece sentado confortavelmente com a cabeça rebaixada e descarta a saliva produzida por 2 minutos. Fornece-se ao paciente um pedaço de goma neutra ou de plástico tipo parafina para mastigar por 3 minutos e a saliva produzida é depositada em um recipiente plástico durante esse período. Após a coleta da saliva, aguarda-se a redução das bolhas na saliva coletada, ou se realiza a centrifugação, se for possível. Faz-se a medição da saliva não-estimulada com uma seringa plástica descartável de 10 mL, e anota-se o resultado para cálculo do volume de saliva por minuto. Para isso, divide-se o volume obtido em mL pelo tempo de coleta de 3 minutos. O diagnóstico de hipossalivação é considerado quando o fluxo salivar não-estimulado é menor que 0,1ml/ minuto e quando o fluxo salivar estimulado é menor que 0,7ml/ minuto¹⁰⁰.

A avaliação da qualidade da prótese e da sua higienização é necessária, observando: o tempo que a prótese foi feita e utilizada, o aspecto clínico de higienização nas regiões interna e externa das bases de resina acrílica e da região interna de grampos e conectores metálicos, a presença de depósitos de cálculo ou pigmentações ao redor dos dentes acrílicos, a presença de trincas e fraturas nos grampos metálicos ou na resina acrílica, se há dentes faltantes, desgastados ou quebrados, desgastes e ranhuras na base ou nos dentes, faltas de polimento, bordos finos demais ou mal adaptados à mucosa subjacente, a instabilidade da base protética, e a presença de câmara de sucção ou de linhas americanas na região interna do palato das bases acrílicas. Essas condições, uma vez identificadas, demandarão a atuação do cirurgião-dentista para o conserto, reembasamento ou até

mesmo a troca da prótese dental por outra nova. As próteses também precisam ser avaliadas quanto à boa articulação entre os dentes antagonistas, a adequada manutenção da dimensão vertical de oclusão do paciente, e a satisfação do paciente quanto à estética e ao uso das próteses.

Além da avaliação clínica das próteses e da mucosa oral, o cirurgião-dentista precisa indagar o paciente sobre o histórico relacionado ao uso das atuais próteses; como o tempo de uso, quando, onde e por quem as próteses foram confeccionadas; se consegue utilizá-las para comer e quais tipos de alimento consegue ou não mastigar; como é sorrir ou falar com as próteses e se relacionar com outras pessoas; e se sente dor ou desconforto na mucosa ou na face com as atuais próteses.

Também é importante que o cirurgião-dentista pergunte ao paciente nas visitas de avaliação sobre o histórico odontológico e médico, como por exemplo, seus hábitos, vícios, uso de medicações, drogas, álcool ou fumo e possíveis doenças prévias ou atuais para o correto manejo, orientação e identificação dos fatores etiológicos em casos de presença de lesões ou doenças orais.

4.1.6 HIGIENE ORAL E DAS PRÓTESES DENTAIS

A limpeza da cavidade oral é extremamente importante para reduzir o acúmulo de biofilme bacteriano sobre os dentes, a gengiva e a prótese dental, responsável por diversos tipos de doenças que podem se desenvolver na boca. Para um controle adequado de higiene oral, torna-se necessária a escovação dentária, assim como, a utilização de dispositivos que façam a limpeza entre os dentes, os quais podem ser o fio-dental ou a escova interdental. A escovação dentária pode ser realizada com uma escova de dentes convencional de cerdas macias e, em casos de áreas de difícil acesso para a escovação pode-se utilizar uma escova unitufo¹⁰¹. A escolha de quais dispositivos de higiene oral utilizar deve ser individualizada pelo profissional para cada tipo de caso.

As próteses removíveis totais ou parciais requerem uma higienização cuidadosa devido ao potencial da resina acrílica em ser reservatório de microrganismos patogênicos, que pode predispor a possíveis complicações na cavidade bucal, como, por exemplo, a estomatite protética^{49,55}. A higienização das próteses se dá através da desinfecção mecânica com a utilização de escova dental e dentífrico ou sabão neutro, e também através da desinfecção química complementar.

Para a desinfecção química, há muitas soluções disponíveis no mercado, entretanto, existem algumas diferenças entre estes produtos que devem ser consideradas para a sua utilização adequada.

4.1.6.1 Diferenças entre os métodos químicos de desinfecção das próteses removíveis

Os métodos químicos para desinfecção das peças protéticas apresentam-se em grande variedade descritos na literatura, incluindo os tratamentos com hipocloritos, peróxidos, ácidos, enzimas, energia de micro-ondas, medicamentos e antissépticos bucais, como o digluconato de clorexidina¹⁰². O ideal seria que esses métodos e soluções fossem efetivas em eliminar completamente o biofilme microbiano formado sobre a resina acrílica ou o metal das próteses dentais; que também fossem de fácil emprego por parte dos pacientes em suas casas; e que não alteram as propriedades da resina acrílica ou dos metais dos quais as próteses são feitas^{103,104}. A literatura ainda não traz evidências científicas suficientemente fortes de uma solução ou método químico ideal para ser utilizado de maneira caseira pelos pacientes para desinfetarem suas próteses dentais com segurança e eficiência^{24,105}. Há algumas desvantagens na utilização de alguns agentes químicos e métodos para a desinfecção de próteses¹⁰⁵. Dentre as soluções empregadas, as mais utilizadas são as soluções de hipoclorito de sódio e o digluconato de clorexidina, que apresentam amplo espectro de ação antifúngica e antibacteriana sendo efetivas em eliminar o biofilme presente nas próteses. Entretanto, apesar de suas propriedades, alguns efeitos indesejados são relatados¹⁰⁶.

O hipoclorito de sódio é a solução química mais frequentemente recomendada para a desinfecção de próteses acrílicas¹⁰⁷. Essa solução possui característica bactericida e fungicida porque age diretamente na matriz orgânica do biofilme microbiano, resultando na dissolução da estrutura polimérica. Essas características permitem que o hipoclorito de sódio reduza a adesividade da *Cândida albicans*¹⁰⁸. Entretanto, quando empregado pode ocasionar corrosão ao metal das próteses e influenciar na estabilidade de cor, na força flexural, na rugosidade superficial e na resistência da resina acrílica presente na base da prótese¹⁰⁹. Além disso, essa solução pode ter efeito citotóxico moderado aos tecidos da mucosa oral e também deixar um gosto residual desagradável mesmo após a lavagem das próteses com água¹⁰⁶. Para

o hipoclorito de sódio, a mistura de 50 ml (1/4 de copo de requeijão) de água para 10 ml (uma colher de sopa) de uma solução comercial usada para limpeza doméstica de hipoclorito de sódio a 2,5%, promoverá a mistura para imersão contendo aproximadamente 0,5% de hipoclorito de sódio. A prótese, apenas de resina acrílica sem metais, após ser higienizada mecanicamente, deve ser deixada por 10 minutos diários imersa na solução e depois lavada em água corrente antes de ser retornada à boca.

A solução de digluconato de clorexidina é um antisséptico que possui um largo espectro de atividade antimicrobiana e seu efeito é capaz de formar uma camada de revestimento branco sobre a superfície dentro das primeiras 24 horas de uso da solução. Essa camada ocorre devido à substantividade do agente que forma uma barreira protetiva¹¹⁰. Esta solução possui mecanismo de ação bactericida e bacteriostática. Seu mecanismo depende da concentração dessa solução, e atua contra fungos e bactérias¹¹⁰. No caso de essa ser a solução de escolha, pode-se solicitar a manipulação em farmácia de uma solução aquosa de digluconato de clorexidina a 2% para a imersão de próteses dentais com e sem metal durante 10 minutos diários.

A absorção da clorexidina pelos microrganismos é muito rápida, geralmente ocorre dentro de 20 segundos, e quando em baixas concentrações afeta a integridade da parede celular, através do ataque da membrana citoplasmática¹¹¹. O dano causado à membrana semipermeável do citoplasma permite o vazamento dos componentes, o que resulta na lise e morte celular¹¹¹. Embora não provoque efeitos em metais, alguns componentes da solução podem penetrar na resina acrílica das próteses e mudar a morfologia da sua superfície e suas propriedades. Além disso, o tempo de imersão e a concentração desta solução podem modificar a estrutura polimérica do material. e também podem provocar manchamento na superfície da resina acrílica da prótese, dos dentes remanescentes e do tecido epitelial presente na língua do paciente^{106,110}. A alteração de paladar também é um efeito indesejável relatado pelos pacientes quando utilizam a clorexidina.

A solução de glutaraldeído é um dialdeído não ativo contra bactérias quando presente em soluções ácidas, entretanto, quando ativado em pH 7,5 a 8,5, a solução se torna biocida¹¹². A solução comercial de glutaraldeído a 2% por 10 minutos de imersão é não corrosivo para a maioria dos materiais protéticos e age bem mesmo na presença de matéria orgânica. Entretanto, esta solução possui uma alta toxicidade,

cujas principais manifestações clínicas consistem na irritação dos olhos, pele e mucosas, pode induzir a asma e causar dermatite de contato¹¹³. Essa toxicidade, levou à proibição do seu uso em superfícies fixas e artigos não-críticos pela Vigilância Sanitária no Brasil e em vários países¹¹², sendo de uso restrito para esterilização e desinfecção apenas em ambientes hospitalares ou de serviços de saúde. O uso do glutaraldeído a 2%, portanto, não é recomendado como desinfetante caseiro aos pacientes.

Outra opção desinfetante é o ácido peracético, uma solução química com forte poder desinfetante e um amplo espectro antimicrobiano, formado através da reação química entre o ácido acético (CH_3COOH) e uma solução aquosa de peróxido de hidrogênio (H_2O_2), sob presença de um catalisador¹¹¹. Esta solução possui eficácia antimicrobiana, mesmo na presença de resíduos orgânicos, além de ser não tóxica, não mutagênica e promover uma excelente desinfecção em um curto período^{114,115}.

O ácido peracético age através da oxidação da membrana celular, do conteúdo citoplasmático e do material genético, oxidando enzimas essenciais para a sobrevivência e reprodução da célula¹¹⁶. Esta é uma solução barata, entretanto, fica restrita ao uso hospitalar e dos serviços de saúde, por ser fortemente citotóxica. O ácido peracético não é uma boa solução para desinfecção de rotina das próteses por ter cheiro e gosto residual desagradáveis, poder irritar a mucosa oral e ter propriedades corrosivas e branqueadoras que podem alterar a cor da resina acrílica e reduzir a resistência dos metais¹¹⁷⁻¹²¹. Portanto, o uso do ácido peracético também não é recomendado como desinfetante caseiro de próteses aos pacientes.

Dentre os métodos químicos, os peróxidos alcalinos efervescentes são os agentes mais comercializados para higienização caseira de próteses dentais. Estão disponíveis em forma de pó ou de tabletes efervescentes que se transformam em soluções alcalinas de peróxido de hidrogênio quando dissolvidos em água¹²². Esta solução apresenta uma combinação química complexa de ingredientes ativos designados para atacar os constituintes orgânicos dos depósitos nas próteses¹²². A efervescência criada pela liberação de oxigênio realiza uma limpeza mecânica na prótese, e a presença de agentes oxidantes ajuda a remover manchas e a ter ação antimicrobiana¹²². Os peróxidos efervescentes podem ser utilizados tanto em próteses totais quanto em próteses parciais removíveis contendo metais, pois não causam danos ao metal nem à resina acrílica do aparelho¹²², no entanto sua ação reduz a carga microbiana nas próteses, mas não é capaz de eliminá-la; diferentemente dos

agentes químicos descritos anteriormente: o hipoclorito de sódio, o digluconato de clorexidina, o glutaraldeído e o ácido peracético, que são eficazes em eliminar os microrganismos das próteses após 10 minutos de imersão^{24,105}. Quando os peróxidos efervescentes forem a opção de escolha, deve-se seguir as recomendações descritas na bula de cada fabricante para a desinfecção das peças protéticas, já que são muitos os tipos, composições e marcas comerciais de pastilhas e pós efervescentes disponíveis no mercado.

Além das pastilhas efervescentes, o vinagre de vinho branco, de álcool e de maçã (ácido acético a 4%) também tem sido estudado como possível desinfetante caseiro de próteses dentais, pela sua facilidade de obtenção nas residências e custo reduzido. No entanto, os estudos mostram que o vinagre não é efetivo, nem puro e nem diluído, para eliminar o biofilme bacteriano de próteses dentais, conseguindo apenas reduzir a carga microbiana presente^{24,105}. Quando o vinagre for uma opção de escolha para reduzir a contagem microbiana de peças protéticas, pode-se utilizar o vinagre puro que contém aproximadamente um teor de 4% de ácido acético, mergulhando a prótese por 10 minutos após a higienização mecânica. Após, lavar abundantemente em água corrente antes de levar à boca.

A energia de micro-ondas foi revisada como método para desinfecção caseira de próteses dentais e redução da estomatite protética^{123,124}.

O efeito das micro-ondas afetaria de maneira térmica e não-térmica os microrganismos contidos nas próteses a ponto de os levar à morte por destruição dos componentes da membrana celular microbiana pelo campo magnético das micro-ondas, causando aumento da permeabilidade celular¹²⁴. No entanto, não há um consenso na literatura sobre o tempo de exposição à energia de micro-ondas, ao veículo de imersão e à potência do aparelho de micro-ondas para serem utilizados para a desinfecção das próteses acrílicas. Há de se considerar que o micro-ondas não tem recomendação para ser utilizado com próteses que tenham componentes metálicos, podendo causar danos ao aparelho de micro-ondas e à prótese. Também, a literatura não traz um consenso se a energia de micro-ondas altera ou não as propriedades da resina acrílica das próteses submetidas aos protocolos de desinfecção, sendo esse efeito dependente do uso a longo ou curto prazo desse protocolo, sendo um protocolo sensível ao tipo de aparelho, potência, tempo de exposição. Essa oscilação no protocolo necessário e a falta de consenso torna difícil,

até o momento, a sua prescrição profissional para ser utilizado como rotina de desinfecção protética caseira para os pacientes^{123,125}.

Frente à situação de não se ter uma solução ideal que atenda as próteses em acrílico e em metal de maneira a eliminar os microrganismos, tem se estudado a mistura de soluções químicas como efeito sinérgico antibacteriano, de maneira que, por exemplo, a mistura de vinagre de vinho branco com peróxido de hidrogênio a 3% na proporção de metade do volume de cada uma das duas soluções se mostrou eficaz em eliminar completamente *Candida albicans* e *Staphylococcus aureus* da resina acrílica em 10 minutos de imersão, não se mostrando prejudicial às propriedades de superfície da liga metálica das próteses dentais^{24,105}. Estudos como esses são promissores em encontrar uma mistura de soluções que seja ideal para a eficaz desinfecção caseira das próteses dentais com e sem metal.

Atualmente, a escolha pelo tipo de desinfecção química ainda é controversa entre os profissionais, não havendo ainda a solução ou a mistura de soluções dita ideal. Até que a literatura evidencie o ideal, deve-se escolher por um dos métodos acima apresentados que melhor se adapte a cada caso, de maneira a apresentar melhores evidências de ao mesmo tempo: ter o melhor custo-benefício e facilidade ao paciente; ser mais eficaz em eliminar os microrganismos e menos prejudicial às propriedades do tipo específico de prótese que o paciente utiliza.

4.1.6.2 Higienização da cavidade oral e das próteses dentais removíveis

A seguir, estão reunidas orientações que podem ser passadas ao paciente para a adequada realização da higiene oral e desinfecção mecânica e química de próteses dentais removíveis.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL E DAS PRÓTESES REMOVÍVEIS

Durante a escovação é importante que você esteja de frente para um espelho e que haja concentração na tarefa na qual está realizando. Sua escova deve ter cerdas macias e cabeça pequena que seja confortável para acessar os lugares mais difíceis como os dentes do fundo da boca. Se a escova for grande, você não conseguirá ter um bom acesso à gengiva e aos dentes do fundo durante a escovação. Além disso, é

necessário que você realize o uso correto da pasta dental, cuja quantidade recomendada é a do tamanho de um grão de ervilha. Ao ler o rótulo, a pasta dental de escolha deve sempre conter flúor na sua composição, não havendo necessidade de ter agentes que se dizem clareadores ou dessensibilizantes, a menos que o seu cirurgião-dentista lhe recomende. Você deve reservar, um tempo de no mínimo 2 minutos de escovação para uma adequada higiene bucal. O uso do fio dental é importante para a remoção de restos alimentares ou placas bacterianas que se acumulam entre dois dentes. É necessário que a utilização do fio dental seja adicionada à rotina diária, antes ou após a escovação dentária manual.

- 1- Segurar a escova e, quando a levar em boca, certificar de que as cerdas estejam tocando o dente e uma pequena parte da margem da gengiva.
- 2- Colocar a escova contra os dentes que estão mais ao fundo e fazer movimentos de vaivém. Fazer uma arcada dental por vez. Sempre iniciar dos dentes do fundo para os da frente e trabalhar lentamente. Ter uma ordem de início e fim de escovação, que pode ser: a parte interna do arco dental, depois a parte de cima dos dentes (oclusal) e por último a parte externa do arco dental. Ter uma sequência como essa é importante para que nenhum dente ou face dental seja esquecido.
- 3- Quando estiver limpando a superfície de fora dos dentes, utilizar a escova na horizontal. Entretanto, quando estiver limpando a parte de dentro dos dentes, utilizar a escova mais inclinada para vertical, tanto nos dentes de cima quanto nos dentes de baixo.
- 4- Evitar fazer força excessiva e movimentos longos e rápidos.
- 5- Não deixe acumular muita espuma na boca para que consiga visualizar através do espelho o movimento que está fazendo. Após finalizar as duas arcadas, lave abundantemente a boca com água corrente para eliminar a espuma e detritos.

Higienização da língua com raspadores ou escova dental¹⁰²

Após a escovação dos dentes, também é importante realizar a higienização da superfície da língua, que pode ser feita com raspadores plásticos próprios ou com a

escova dental. No caso da escova dental, utilize um pouco de pasta de dente, do tamanho de um grão de arroz, para reduzir a sensação de ânsia ao escovar a língua.

- 1- Estender a língua para fora.
- 2- Respirar apenas pelo nariz, a fim de reduzir náuseas.
- 3- Colocar o raspador ou a escova o mais posteriormente possível na língua, fazendo leve pressão e fazendo o movimento completo de varrer, de maneira que o raspador ou a escova dental sejam levados da parte posterior da superfície da língua, para a sua parte mais anterior, em direção para fora da boca.
- 4- Repetir esse movimento algumas vezes, inclusive na lateral da língua.
- 5- Lavar a boca e lavar o raspador ou escova com água corrente.

Utilização de fio dental¹⁰²

Antes ou após a escovação e a limpeza da língua, o uso do fio dental deve fazer parte de sua rotina diária. A função do fio dental é remover os microrganismos que estão aderidos na superfície entre dois dentes, e não apenas tirar pedaços e restos de alimentos que ficaram impactados entre os dentes. Assim, o fio dental deve ser usado entre cada dente, de maneira a ser raspado delicadamente em sua superfície, até próximo à margem da gengiva.

- 1- Selecionar aproximadamente 40cm de fio dental, enrolar entre os dedos médios de cada mão, permitindo cerca de 10cm de distância entre estes. Assim, deve-se segurar o fio entre o polegar e o indicador, de modo a deixar cerca de 3cm entre os polegares, que passará nas superfícies dentais.
- 2- De maneira cuidadosa, deve-se permitir que o fio ocupe o espaço entre dois dentes através de movimentos de vaivém. É importante tomar cuidado com movimentos rápidos e de força excessiva para que não haja danos à gengiva.
- 3- Deixar que o fio entre em contato com a gengiva, de maneira que permita que ele adentre logo abaixo dela, assim, deve-se realizar com cuidado o movimento de vaivém, sentindo que o fio delicadamente raspou a superfície dos dois dentes.

- 4- Deslizar o fio para cima, com o movimento de vaivém. Retirar o fio do contato entre os dentes e realizar o mesmo processo em outros dentes.
- É importante que se utilize uma parte limpa do fio para cada espaço entre dois dentes, por isso o fio é comprido, para que você vá trocando sua posição a cada espaço a ser limpo;
- O sangramento gengival durante a utilização do fio-dental é comum e não deve ser motivo para que você pare de utilizar este método. Conforme a utilização rotineira do fio-dental combinado com a escovação o sangramento gengival tende a diminuir ou desaparecer.

Utilização de escova interdental¹⁰²

As escovas interdentais podem ser utilizadas para complementar a escovação dos dentes, dependendo do caso. Em geral, a escova interdental é indicada quando há a presença de espaços maiores entre os dentes ou em casos específicos para limpeza de próteses fixas e implantes. As escovas possuem diferentes tamanhos disponíveis no mercado, por isso, é importante selecionar aquela cujo diâmetro seja adequado para o tamanho do espaço presente a ser limpo. É comum que se utilize diferentes tamanhos de escova interdental para uma mesma pessoa, devido aos espaços variados entre os dentes de uma mesma boca.

- 1- Segurar a escova interdental e inseri-la no espaço dental a ser limpo, empurrando-a do lado de fora para dentro entre os dentes de forma cuidadosa.
- 2- Fazer movimentos de vaivém com a escova, utilizando todo o comprimento da mesma para realizar a higiene dental.
- 3- Permitir que a escova entre levemente na gengiva, utilizando uma leve pressão sob a escova contra a mesma.
- 4- Caso haja dificuldade de manuseio em dentes posteriores, deve-se realizar um pequeno fechamento de boca para que a bochecha fique menos tensionada, assim, você conseguirá utilizar a escova interdental com mais facilidade.
- 5- Higienizar todos os espaços que a escova interdental consiga adentrar. Após, lavar abundantemente com água e secá-la.

Desinfecção da prótese total^{102,122,126}

O método de desinfecção das próteses totais pode ser dividido em dois, dentre eles existe o método mecânico, que é caracterizado pelo uso de escova dental macia com água e sabão ou com água e pasta de dente, e o método químico, que se caracteriza pela utilização de soluções higienizadoras vendidas comercialmente para a limpeza da prótese.

Desinfecção mecânica da prótese total

- 1- Retirar a prótese da boca para higienizá-la e lavá-la com abundância em água corrente para remover restos alimentares.
- 2- Com o auxílio de uma escova de cerdas macias e pasta de dente não abrasiva ou sabão neutro, realizar a escovação com movimentos de vaivém, dando ênfase às áreas de maior acúmulo de alimentos. É importante que todas as áreas da prótese sejam escovadas, tanto a parte externa como a parte interna.
- 3- Lavar a prótese em água corrente após a escovação para remover a espuma do sabão ou pasta de dente e os restos alimentares e microrganismos.
- 4- É importante que, além das próteses, as mucosas da boca também sejam higienizadas mesmo que não haja dentes. Para isso, enrole uma gaze úmida no dedo indicador, ou utilize a própria escova de cerdas macias. Passe a gaze ou a escova levemente pelas mucosas do céu da boca, da língua e das gengivas, esfregando gentilmente para remover debris de comida e microrganismos.
- 5- É importante que, após realizada a escovação, a prótese seja mergulhada em um copo com água nos momentos em que não há pretensão de recolocá-la em boca novamente, por exemplo, ao dormir.
- 6- É importante que a prótese seja retirada antes de dormir para dar um descanso à mucosa. Antes disso, a prótese deve ser higienizada e submersa em um copo com água durante a noite. A prótese deve permanecer no copo com água durante todo o período de sono.
- 7- É importante ressaltar que a prótese não deve ser lavada com água quente, pois há risco de danificação da sua estrutura. Não se deve raspar ou lixar a superfície das próteses na tentativa de remover manchas ou depósitos

aderidos pois você provocará ainda mais ranhuras e rugosidades, tornando-a desconfortável para o uso. Esse processo de limpeza mais profunda, quando necessário, deve ser realizado pelo cirurgião-dentista.

Desinfecção química da prótese total¹²⁷

- 1- Em um copo de requeijão, realizar a mistura de 50ml (1/4 do copo) de água com 10ml (uma colher de sopa) de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% (aquela das marcas comerciais utilizada na limpeza doméstica).
- 2- Mergulhar a prótese já higienizada no copo contendo a mistura por no máximo 10 minutos.
- 3- Retirar a prótese do copo e lavá-la abundantemente em água corrente antes de retornar à boca. Deixar a prótese submersa em um copo com água se for durante o período de sono.
- 4- É importante ressaltar que este procedimento complementar de desinfecção química, exceto quando recomendado de maneira diferente pelo cirurgião-dentista, deve ser realizado apenas 1 vez por semana, devido à capacidade de descoloração da prótese total causada pela solução de hipoclorito de sódio.

Desinfecção da prótese parcial removível

Assim como a prótese total, as próteses parciais removíveis possuem a mesma característica de acúmulo de restos alimentares e de microrganismos que podem desencadear doenças orais ou gerais⁴⁷. A composição do seu material, em resina acrílica, é semelhante ao da prótese total, com exceção da presença de metais, que torna a higienização deste dispositivo protético um pouco diferente daquela realizada na prótese total. Entretanto, ainda há muita semelhança na técnica de higienização a ser empregada. Para a higienização das próteses parciais removíveis o método químico não está contraindicado; entretanto, o uso de soluções químicas quando realizada de maneira incorreta e repetida pode danificar o metal presente na estrutura da prótese^{57,122}.

O método de higienização deste dispositivo protético é muito semelhante com aquele empregado para próteses totais, o que o torna diferente é exclusivamente devido à necessidade de higienização dos metais que compõem a sua estrutura.

Desinfecção mecânica da prótese parcial removível^{126,127}

- 1- Retirar a prótese da boca para higienizá-la e lavá-la em água corrente para remover restos alimentares.
- 2- Com o auxílio de uma escova de cerdas macias e pasta de dente não abrasiva ou sabão neutro, realizar a escovação com movimentos de vaivém, dando ênfase as áreas de maior retenção de restos alimentares ou placa bacteriana. É importante que todas as áreas da prótese sejam escovadas, tanto a parte externa como a parte interna.
- 3- Com a ajuda de uma escova com cerdas de formato cilíndrico ou cônico (bitufo), realizar a limpeza dos grampos metálicos da prótese através de pequenos movimentos rotacionais, em especial, a parte interna desses grampos, que fica em contato com os dentes retentores.
- 4- Lavar a prótese em água corrente após a escovação para remover a espuma do sabão ou pasta de dente e os restos alimentares ou placa bacteriana;
- 5- É importante que haja higienização da cavidade oral, de acordo com o passo-a-passo descrito anteriormente.
- 6- É importante que, após realizada a escovação, a prótese seja mergulhada em um copo com água nos momentos em que não há pretensão de recolocá-la em boca novamente.
- 7- É necessário que a prótese seja retirada antes de dormir, higienizada e submersa em um copo com água. A prótese deve permanecer no copo com água durante todo o período de sono.
- 8- É importante ressaltar que a prótese não deve ser lavada com água quente, pois há risco de danificação da sua estrutura.

Desinfecção química da prótese parcial removível através do uso de pastilhas efervescentes¹²⁸

- 1- Em um copo, realizar a mistura de 100ml de água com 1 pastilha efervescente. Caso o fabricante solicite um volume diferente de água, respeite o volume descrito na embalagem do produto.
- 2- Mergulhar a prótese já higienizada no copo contendo a mistura, enquanto a mistura está efervescente, e mantenha a prótese imersa por 15 minutos.
- 3- Retirar a prótese do copo e lavá-la abundantemente em água corrente, após, deixar a prótese submersa em um copo com água durante o período de sono.
- 4- É importante ressaltar que este procedimento complementar de desinfecção química, exceto quando recomendado de maneira diferente pelo cirurgião-dentista, deve ser realizado 1 vez por semana.

Desinfecção química da prótese parcial removível através da mistura de vinagre de vinho branco e de peróxido de hidrogênio a 3% (água oxigenada 10 volumes) em partes iguais^{24,105}

- 1- Em um copo, realizar a mistura de vinagre de vinho branco e de água oxigenada 10 volumes (também chamada de peróxido de hidrogênio a 3%) em quantidades iguais (50ml do vinagre com 50ml da água oxigenada).
- 2- Mergulhar a prótese já higienizada no copo contendo a mistura, e deixar por 10 minutos.
- 3- Retirar a prótese do copo e lavá-la abundantemente em água corrente. Após, deixar a prótese submersa em um copo com água durante o período de sono.
- 4- É importante ressaltar que este procedimento complementar de desinfecção química, exceto quando recomendado de maneira diferente pelo cirurgião-dentista, deve ser realizado 1 vez por semana.

4.2 LEVANTAMENTO DA EXISTÊNCIA DE MANUAIS SEMELHANTES

A busca na plataforma Google resultou em 767 arquivos nos quais, aqueles que demonstraram maior relevância e pertinência ao tema proposto, delimitaram-se a assuntos de protocolos técnicos de confecção e planejamento de próteses dentais, biossegurança de materiais, cuidados em saúde oral, lesões bucais relacionadas ao uso de próteses e métodos de higienização da cavidade oral e/ou das próteses. A grande maioria dos arquivos encontrados disponibilizam os assuntos de maneira fragmentada e a sua grande maioria oferece informações rápidas, com pouco embasamento teórico.

A pesquisa realizada pelo cruzamento de palavras-chave “Manual + Cuidado + Prótese Dentária” gerou 88 resultados, nos quais foram selecionados 16 arquivos. Dentre estes, 10 arquivos são relacionados ao cuidado em saúde oral, 1 arquivo relacionado à abordagem ao paciente com estomatite, e 1 arquivo que aborda lesões bucais relacionados ao uso de prótese. A busca realizada pelo cruzamento das palavras-chave “Manual + Cuidado + Prótese Dental” gerou 52 resultados. Foi selecionado 1 arquivo que aborda o tema de fatores socioeconômicos e sua relação com a utilização de prótese e 1 arquivo sobre a caderneta da pessoa idosa. A pesquisa realizada pelo cruzamento de palavras-chave “Manual + Cuidado + Prótese Removível” gerou 56 resultados, nos quais foram selecionados 2 arquivos, em que 1 aborda o cuidado em saúde bucal, e 1 arquivo aborda lesões bucais relacionadas ao uso de prótese. A busca realizada pelo cruzamento das palavras-chave “Manual + Cuidado + Prótese Total” gerou 79 resultados, no qual foram selecionados 6 arquivos, em que 1 arquivo é um guia de orientação para usuários de prótese total, 2 são manuais para instalação de prótese total e orientação aos pacientes, 2 abordam métodos de higienização das próteses e 1 aborda a estomatite protética. A pesquisa realizada pelo cruzamento de palavras-chave “Manual + Cuidado + Prótese Parcial Removível” gerou 59 resultados, nos quais 6 foram selecionados, em que 1 é um guia de orientação e cuidado com a PPR, 2 abordam métodos de higienização da PPR, 1 aborda a preservação de PPR, 1 aborda sobre a capacidade mastigatória de pacientes que utilizam próteses e 1 é a caderneta da pessoa idosa. A busca realizada pelo cruzamento das palavras-chave “Manual + Limpeza + Prótese Total” gerou 77 resultados, no qual foi selecionado 1 arquivo, que aborda sobre a higiene bucal. A pesquisa realizada pelo cruzamento de palavras-chave “Manual + Instruções +

Prótese Dentária” gerou 63 resultados, nos quais foram selecionados 2 arquivos que abordam próteses dentárias e lesões bucais. A busca realizada pelo cruzamento das palavra-chave “Manual + Instruções + Prótese Removível” gerou 16 resultados, no qual foi selecionado 1 arquivo que aborda sobre lesões associadas ao uso de prótese. O restante dos cruzamentos das palavras-chave não resultou em arquivos que se assemelham com os assuntos propostos na presente revisão. Os arquivos não selecionados foram categorizados como “outros”, por abordarem assuntos fora do interesse do presente trabalho.

Tabela 6 – Relação dos resultados encontrados de acordo com as palavras-chave utilizadas nas buscas do Google, no período de 01/01/2010 a 20/10/2020.

PALAVRAS-CHAVE	ASSUNTOS DAS OBRAS ENCONTRADAS NO GOOGLE								Outros*
	Manual de cuidado em saúde bucal	Lesões relacionadas às próteses e estomatite	Edentulismo e caderneta pessoa idosa	Exame do paciente e questões socioeconômicas	Orientações para usuários de prótese total	Higienização de próteses e cavidade oral	Orientações e cuidados com a PPR	Capacidade mastigatória	
Manual + Cuidado + Prótese Dentária	10	2	1	0	1	1	0	0	73
Manual + Cuidado + Prótese Dental	0	0	1	1	0	0	0	0	50
Manual + Cuidado + Prótese Removível	0	0	0	1	0	1	0	0	54
Manual + Cuidado + Prótese Total	0	1	1	0	1	3	0	0	73
Manual + Cuidado + Prótese Parcial Removível	0	0	1	0	0	2	2	1	53
Manual + Limpeza + Prótese Dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	92
Manual + Limpeza + Prótese Dental	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Manual + Limpeza + Prótese Removível	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Manual + Limpeza + Prótese Total	0	0	0	0	0	1	0	0	76
Manual + Limpeza + Prótese Parcial Removível	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Manual + Instruções + Prótese Dentária	0	1	0	0	0	0	0	0	62
Manual + Instruções + Prótese Dental	0	0	0	0	0	0	0	0	27
Manual + Instruções + Prótese Removível	0	1	0	0	0	0	0	0	15
Manual + Instruções + Prótese Total	0	0	0	0	0	0	0	0	60
Manual + Instruções + Prótese Parcial Removível	0	0	0	0	0	0	0	0	30

Fonte: O autor.

A busca na plataforma Amazon resultou em 28 livros pagos, os quais não puderam ser acessados para a visualização do seu conteúdo, apenas dos títulos e descrição. De maneira geral, a busca resultou em arquivos que se delimitaram a

fundamentos de confecção de próteses dentais, a manuais de laboratório protéticos, a manuais de confecção de próteses dentais, a biossegurança em Odontologia, e a manuais de fases clínicas e de procedimentos odontológicos. Apenas um manual apresentou-se parcialmente semelhante a uma das temáticas propostas pela presente revisão, abordando as questões de práticas de higiene e cuidado de próteses dentais fixas e removíveis e é intitulado como “Cuidado dental y de protesis dentajes: Guia practico de higiene y cuidado de protesis dentajes fijas, removibles y férulas”. Este manual foi detectado através da utilização das palavras-chave “Manual + Cuidado + Prótese Dental” e encontra-se publicado em língua Espanhola.

Tabela 7 – Relação dos resultados encontrados de acordo com as palavras-chave utilizadas nas buscas da plataforma Amazon.

PALAVRAS-CHAVE	ASSUNTOS DAS OBRAS ENCONTRADAS NA AMAZON											
	Fundamentos de próteses odontológicas	Guia: Cuidados com as próteses dentais fixas e removíveis	Manual de laboratório - Prótese total	Fundamentos de prótese parcial removível	Prótese total: Manual de fases clínicas e laboratoriais	Prótese parcial fixa - Manual de procedimentos	Manual de prótese dentária para protéticos e Cirurgões-	Manual: Laboratório regional de próteses dentária	Guia rápido de PPR: Prótese odontológica	Próteses de transição	Biossegurança em odontologia e ambiente de saúde	Overdentes sobre implantes: Manual clínico e laboratorial
Manual + Cuidado + Prótese Dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Cuidado + Prótese Dental	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Cuidado + Prótese Removível	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Manual + Cuidado + Prótese Total	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Cuidado + Prótese Parcial Removível	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Limpeza + Prótese Dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Limpeza + Prótese Dental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Limpeza + Prótese Removível	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Limpeza+ Prótese Total	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Limpeza + Prótese Parcial Removível	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Manual + Instruções + Prótese Dentária	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
Manual + Instruções + Prótese Dental	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Manual + Instruções + Prótese Removível	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Manual + Instruções + Prótese Total	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Manual + Instruções + Prótese Parcial Removível	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: O autor.

4.3 ELABORAÇÃO DO MANUAL

A presente revisão de literatura resultou na elaboração de um manual sobre os cuidados com próteses dentais removíveis e seus usuários (Figura 8), que será disponibilizado na plataforma Amazon.

Figura 7 - Capa do Manual sobre os cuidados com próteses dentais removíveis e seus usuários.



Fonte: O autor.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população edêntula, parcialmente edêntula e usuária de próteses removíveis possuem suas próprias particularidades e complexidades em relação à saúde oral. É importante que haja o entendimento da realidade na qual esses indivíduos estão inseridos, assim como, que se entenda o histórico, o contexto social, econômico, cultural, suas crenças, seu conhecimento sobre saúde oral e sua capacidade de acessar os serviços odontológicos para se estabelecer um diagnóstico completo e a escolha da melhor opção reabilitadora e um bom prognóstico da reabilitação escolhida.

A busca por materiais que abordassem os temas propostos pela presente revisão revelou a falta de livros, manuais, ou cartilhas publicadas que trouxessem informações sólidas acerca do assunto, de maneira que os temas dos materiais existentes atualmente para a orientação sobre usuários de próteses dentais são abordados de maneira superficial e fragmentada nas diversas obras encontradas, não sendo suficiente para a orientação do profissionais e do paciente sobre o uso de próteses dentais removíveis. Portanto, este trabalho evidencia a sua importância por reunir amplamente assuntos específicos e voltados para a determinada população em questão sendo um dos primeiros conhecidos a disponibilizar materiais completos sobre o presente assunto na literatura científica de um país com uma alta prevalência de indivíduos que possuem experiências de perdas dentárias e de uso de próteses dentais, e alta prevalência de idosos usuários de próteses dentais removíveis.

REFERÊNCIAS

- 1 - Slade GD, Akinkugbe AA, Sanders AE. J Dent Res 2014; 93(10):959-65.
- 2 - Chrisopoulos S, Ellershaw A, Luzzi L. National Study of Adult Oral Health 2017-18: study design and methods. Aust Dent J 2020; 65(1):S5-S10.
- 3 - Cardoso M, Balducci I, Telles Dde M, Lourenço EJ, Nogueira Júnior L. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. Cien Saude Colet 2016; 21(4):1239-46.
- 4 - Peres MA, Lalloo R. Tooth loss, denture wearing and implants: findings from the National Study of Adult Oral Health 2017-18. 2020; 65(1): S23-S31.
- 5 - Ministério Da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SBBrasil_2010.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.
- 6 - Felton DA. Complete edentulism and comorbid diseases: an update. J Prosthodont 2016; 25(1):5-20.
- 7 - Raphael C. Oral health and aging. Am J Public Health 2017; 107(1): S44-S45.
- 8 - Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. Aust Dent J 1994; 39(6):358-64.
- 9 - Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(1):3-23.
- 10 - Lee IC, Yang YH, Ho PS, Lee IC. Chewing ability, nutritional status and quality of life. J Oral Rehabil 2014; 41(2):79-86.
- 11 - Toniazzi MP, Amorim PS, Muniz FWMG, Weidlich P. Relationship of nutritional status and oral health in elderly: systematic review with meta-analysis. Clin Nutr 2018; 37(3):824-30.

- 12 - Tan ECK, Lexomboon D, Sandborgh-Englund G, Haasum Y, Johnell K. Medications that cause dry mouth as an adverse effect in older people: a systematic review and metaanalysis. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66(1):76-84.
- 13 - Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. Association of edentulism and diet and nutrition in US adults. *J Dent Res* 2003; 82(2):123-6.
- 14 - Mengatto CM, Gameiro GH, Brondani M, Owen CP, MacEntee MI. A randomized controlled trial of mastication with complete dentures made by a conventional or an abbreviated technique. *Int J Prosthodont* 2017; 30(5):439–44.
- 15 - Palloni A, McEniry M. Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings. *J Cross Cult Gerontol* 2007; 22(3):263-85.
- 16 - Coelho CM, Sousa YT, Daré AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 2004; 31(2):135-9.
- 17 - Martori E, Ayuso-Montero R, Martinez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *J Prosthet Dent* 2014; 111(4):273-9.
- 18 - Anil S, Vellappally S, Hashem M, Preethanath RS, Patil S, Samaranayake LP. Xerostomia in geriatric patients: a burgeoning global concern. *J Investig Clin Dent* 2016; 7(1):5-12.
- 19 - Kanli A, Demirel F, Sezgin Y. Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population. *Aging Clin Exp Res* 2005; 17(6):502-7.
- 20 - Emami E, Kabawat M, Rompre PH, Feine JS. Linking evidence to treatment for denture stomatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Dent* 2014; 42(2): 99-106.
- 21 - Baba Y, Sato Y, Owada G, Minakuchi S. Effectiveness of a combination denture-cleaning method versus a mechanical method: comparison of denture cleanliness, patient satisfaction, and oral health-related quality of life. *J Prosthodont Res* 2018; 62(3):353-8.

- 22 - Skupien JA, Valentini F, Boscato N, Pereira-Cenci T. Prevention and treatment of Candida colonization on denture liners: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2013; 110(5):356-62.
- 23 - Rocha GDSR, Duarte TN, Corrêa GC, Nampo FK, Ramos SP. Chemical cleaning methods for prostheses colonized by *Candida* spp.: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2020; 24(18):30891-6.
- 24 - Soto AF, Mendes EM, Arthur RA, Negrini TC, Lamers ML, Mengatto CM. Antimicrobial effect and cytotoxic activity of vinegar-hydrogen peroxide mixture: a possible alternative for denture disinfection. *J Prosthet Dent* 2019; 121(6): 966.e1-966.e6.
- 25 - Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN, Souza JGS, Sá MAB, Oliveira LF. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(8):3417-28.
- 26 – Ribeiro CG, Cascaes AM, Silva AER, Seerig LM, Nascimento GG, Demarco FF. Edentulism, Severe Tooth Loss and Lack of Functional Dentition in Elders: A Study in Southern Brazil. *Braz Dent J* 2016; 27(3):345-52.
- 27 – Goiato, MC et al. Analysis of masticatory cycle efficiency in complete denture wearers. *J Prosthodont* 2010; 19(1):10-3.
- 28 - Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil* 2008; 35(5):370-4.
- 29 - Silva-Junior MF, Sousa ACC, Batista MJ, Sousa MLR. Oral health condition and reasons for tooth extraction among an adult population (20-64 years old). *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(8): 2693-702.
- 30 - Müller F, Shimazaki Y, Kahabuka F, Schimmel M. Oral health for an ageing population: the importance of a natural dentition in older adults. *Int Dent J* 2017; 67(2):7-13.

- 31 - Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(10):2041-54.
- 32- Thomson WM, Poulton R, Kruger E, Boyd D. Socio-economic and behavioural risk factors for tooth loss from age 18 to 26 among participants in the Dunedin multidisciplinary health and development study. *Caries Res* 2000; 34(5):361-6.
- 33 - Goulart MA, De Marchi RJ, Padilha DMP, Brondani MA, MacEntee MI. Beliefs about managing dental problems among older people and dental professionals in Southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019 Apr;47(2):171-176.
- 34 - Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res* 2017; 96(4):380-7.
- 35 - Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. global burden of severe tooth loss: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2014; 93(7):20S-28S.
- 36 - Maia LC, Costa SM, Martelli DRB, Caldeira AP. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Rev Bioét* 2020; 28(1):173-81.
- 37 - Nascimento JE, Magalhães TA, Souza JGS, Sales MSM, Nascimento CO, Lopes Júnior CWX et al. Associação entre o uso de prótese dentária total e o tipo de serviço odontológico utilizado entre idosos edêntulos totais. *Ciênc saúde coletiva* 2019; 24(9):3345-56.
- 38 - Ritter F, Fontanive P, Warmling CM. Condições de vida e acesso aos serviços de saúde bucal de idosos da periferia de Porto Alegre. *Bol Saúd* 2004; 18(1):79-85.
- 39 – Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people-call for public health action. *Community Dent Health* 2010; 27(2):257-67.

- 40 - Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito AM. Um Olhar Sobre O Processo Do Envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev Bras Geriatr Gerontol 2006; 9(2):25-34.
- 41 - Bezerra FC, Almeida MI, Nóbrega-Therrien SM. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. Rev Bras Geriatr Gerontol 2012; 15(1):155-67.
- 42 - Mello ALS, Erdmann AL, Caetano JC. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. Florianópolis, Texto e Contexto Enferm 2008; 4(17):696-704.
- 43 - Guimaraes MRC, Pinto RS, Amaral JHL, Vargas AMD. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. Rev Odontol UNESP 2017; 46(1):39-44.
- 44 - Tamaki T. Dentaduras completas. 4 ed. São Paulo: Sarvier; 1983.
- 45 - Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. J Clin Periodontol 2015; 42(16): S92-105.
- 46 - Henderson D, Steffel VL. Prótese parcial removível de McCracken. 5 ed. Missouri: Artmed, 1979.
- 47 - Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP, Glantz PO. The removable partial denture equation. Br Dent J 2000; 189 (8):414-24.
- 48 - Bohnenkamp DM. Removable partial dentures: clinical concepts. Dent Clin North Am 2014; 58(1):69-89.
- 49 - Mengatto CM, Marchini L, Bernardes LA, Gomes SC, Silva AM, Rizzatti-Barbosa CM. Partial denture metal framework may harbor potentially pathogenic bacteria. J Adv Prosthodont 2015; 7(6):468-74.
- 50- Raphael C. Oral health and aging. Am J Public Health 2017; 107(S1):S44-S45.
- 51 – Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Constituição da Organização Mundial Da Saúde (OMS/WHO). [acesso em 09 set 2020]. Disponível em: <http://www.direitos>

humanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-orga-nizacao-mundial-da-as-ude-omswho.html.

52 - Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Cienc Saude Colet* 2010; 15(6):2925-30.

53 - Shingo M, Hiroko M. Oral health and general health at the early stage of ageing: a review of contemporary studies. *Jap Dent Sci Rev* 2014; 50(1):15-20.

54 – Ribeiro GR, Campos CH, Rodrigues Garcia RCM. Influence of a removable prosthesis on oral health-related quality of life and mastication in elders with Parkinson disease. *J Prosthet Dent* 2017; 118(5):637-42.

55 - Oh SH, Kim Y, Park JY, Jung YJ, Kim SK, Park SY. Comparison of fixed implant-supported prostheses, removable implant-supported prostheses, and complete dentures: patient satisfaction and oral health-related quality of life. *Clin Oral Implants Res* 2016 Feb; 27(2):e31-7.

56 - Ali Z, Baker SR, Shahrabaf S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: a systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent* 2019; 121(1):59-68.e3.

57 - Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1665-75.

58 - Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2661-71.

59 - Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1313-20.

60 - Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(2):251-69.

- 61 - Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Wayler AH. The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J* 1984; 34(2):98-104.
- 62 - Fais LMG, Pinelli LAP, Júnior FAM, Cabrini J. A idade influencia na satisfação de pacientes usuários de próteses totais? *RFO* 2007; 12(2):37-41.
- 63 - Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):809-15.
- 64 - Walls AW, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. *Mech Ageing Dev* 2004; 125(12):853-7.
- 65 - Cavalcanti RVA, Bianchini EMG. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. *Rev CEFAC* 2008; 10(4):490-502.
- 66 - Pocztaruk RL, Matheus J, Soldatelli M, Frasca LCF, Rivaldo EG, Gavião MBD. Avaliação da mastigação em pacientes com dentição natural e usuários de prótese total suportada por implantes. *Rev Odontol UNESP* 2009; 38(3):169-74.
- 67 - Zhao L, Monahan R. Functional assessment of the stomatognathic system. *Clin Plast Surg* 2007 Jul; 34(3):e1-9.
- 68 - Shala K, Bicaj T, Pustina-Krasniqi T, Ahmedi E, Dula L, Lila-Krasniqi Z. Evaluation of the masticatory efficiency at the patients with new complete dentures. *Open Access Maced J Med Sci* 2018; 6(6):1126-31.
- 69 - Kapur KK. Masticatory performance and efficiency in denture wearers. *J Prosthet Dent* 1964; 14:687-94.
- 70 - Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy EA. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? The use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontol* 2010; 27(1):3-10.

- 71 - Linden, MSS, Pedro REL, Bós A, Brunhauser AL, Lazzarotto D, Bittencourt ME, Trentin MS, Scortegagna SA, Carli JP. Avaliação nutricional de pacientes reabilitados com implantes dentários - estudo longitudinal. RFO 2011; 16(2):183-6.
- 72 - Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AW. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. Cad Saude Publica 2003; 19(3):809-16.
- 73 - Petry J, Lopes AC, Cassol K. Autoperception of food conditions of elderly dental prosthetic users. Cotas 2019; 31(3): e20180080.
- 74 - Braga SRS, Telarolli R, Braga AS, Catirse ABCEB. Efeito do uso de próteses na alimentação de idosos. Rev Odontol UNESP 2002; 31(1):71-81.
- 75 - Papas AS, Palmer CA, Rounds MC, Russell RM. The effects of denture status on nutrition. Spec Care Dentist 1998; 18(1):17-25.
- 76 - Sreebny LM, Valdini A. Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66(4):451-8.
- 77 - Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. J Am Dent Assoc 2003; 134(1):61-9.
- 78 - Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. J Am Dent Assoc 2007; 138(9):15S-20S.
- 79 – Márton K, Boros I, Fejérdy P, Madléna M. Evaluation of unstimulated flow rates of whole and palatal saliva in healthy patients wearing complete dentures and in patients with Sjogren's syndrome. J Prosthet Dent 2004; 91(6):577-81.
- 80 - Carrard V, Haas A, Rados P, Filho M, Oppermann R, Albandar J, Susin C. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil. Oral Dis 2011; 17(2):171-9.
- 81 - Jai Kittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral Dis 2002; 8(4):218-23.

- 82 - Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil* 1997; 24(5):332-7.
- 83 - Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arıkan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil* 2002; 29(3):300-4.
- 84 – Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Egido-Moreno S, Ayuso-Montero R, Marí-Roig A, López-López J. Inflammatory papillary hyperplasia: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2017; 22(1):e36-e42.
- 85 - Barbeau J, Séguin J, Goulet JP, de Koninck L, Avon SL, Lalonde B, Rompré P, Deslauriers N. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture-related stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95(1):51-9.
- 86 - Kabawat M, de Souza RF, Badaró MM, de Koninck L, Barbeau J, Rompré P, Emami E. Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. *Int J Prosthodont* 2014; 27(4): 311-9.
- 87 - Neville BW, Allen DD, Bouquout CM, Damm JE. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2 ed. Philadelphia: Elsevier; 2004.
- 88 - Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011; 20(4):251-60.
- 89 - Williams DW, Kuriyama T, Silva S, Malic S, Lewis MA. *Candida* biofilms and oral candidosis: treatment and prevention. *Periodontol 2000* 2011; 55(1):250-65.
- 90 - Gleiznys A, Zdanavičienė E, Žilinskas J. *Candida albicans* importance to denture wearers. A literature review. *Stomatologija* 2015; 17(2):54-66.
- 91 - Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral candidiasis: a disease of opportunity. *J Fungi (Basel)* 2020; 6(1):15.
- 92 - Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular cheilitis, part 1: local etiologies. *Cutis* 2011; 87(6):289-95.

- 93 - Ettinger RL. The etiology of inflammatory papillary hyperplasia. *J Prosthet Dent* 1975; 34(3):254-61.
- 94 - Infante-Cossio P, Martinez-de-Fuentes R, Torres-Carranza E, Gutierrez-Perez JL. Inflammatory papillary hyperplasia of the palate: treatment with carbon dioxide laser, followed by restoration with an implant-supported prosthesis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45(8):658-60.
- 95 - Orenstein NP, Taylor T. A nonsurgical approach to treating aggressive inflammatory papillary hyperplasia: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2014; 111(4):264-8.
- 96 - Brown LR, Merrill SS, Lambson G. Microbiologic aspects of papillary hyperplasia. *Oral Surg* 1969; 28(4):545-51.
- 97 – Andrade ED. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. 3. ed. São Paulo: Artes médicas, 2013.
- 98 - Madani M, Berardi T, Stoopler ET. Anatomic and examination considerations of the oral cavity. *Med Clin North Am* 2014; 98(6):1225-38.
- 99 - Wiener RC, Wu B, Crout R, Wiener M, Plassman B, Kao E, McNeil D. Hyposalivation and xerostomia in dentate older adults. *J Am Dent Assoc* 2010; 141(3):279-84.
- 100 - Navazesh M, Kumar SK; University of Southern California School of Dentistry. Measuring salivary flow: challenges and opportunities. *J Am Dent Assoc* 2008; 139:35S-40S.
- 101 - Lindhe J, Lang PN. Controle mecânico da placa supragengival. In: Ramseir CA, Catley D, Krigel S, Bragamian RA. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 678 – 91.
- 102 - Papadiochou S, Polyzois G. Hygiene practices in removable prosthodontics: A systematic review. *Int J Dent Hygiene* 2017; 16(2):179-201.

- 103 - Paranhos, HF, et al. Effects of mechanical and chemical methods on denture biofilm accumulation. *J Oral Rehabil* 2007; 34(8):606-12.
- 104 - Valentini-Mioso F. Chemical hygiene protocols for complete dentures: A crossover randomized clinical trial. *J Prosthet Dent* 2018; 121(1):83-9.
- 105 – Feldmann, A; Alexandrino, LD, Santos, VR Kapczinski, MP, Fraga, S, Silva, WJ, Mengatto, CM. Effect of a vinegar-hydrogen peroxide mixture on the surface properties of cobalt-chromium alloy: a possible disinfectant for removable partial dentures. *J Prosthet Dent* 2021. (in prelo)
- 106 - Zoccolotti JO, Tasso CO, Arbeláez MIA, Malavolta IF, Pereira ECDS, Esteves CSG, Jorge JH. Properties of an acrylic resin after immersion in antiseptic soaps: Low-cost, easy-access procedure for the prevention of denture stomatitis. *PLOS One* 2018; 13(8):1-22.
- 107 - Salles MM, Badaró MM, Arruda CN, Leite VM, Silva CH, Watanabe E, Oliveira Vde C, Paranhos Hde F. Antimicrobial activity of complete denture cleanser solutions based on sodium hypochlorite and *Ricinus communis* – a randomized clinical study. *J Appl Oral Sci* 2015; 23(6):637-42.
- 108 - Barnabé W, de Mendonça Neto T, Pimenta FC, Pegoraro LF, Scolaro JM. Efficacy of sodium hypochlorite and coconut soap used as disinfecting agents in the reduction of denture stomatitis, *Streptococcus mutans* and *Candida albicans*. *J Oral Rehabil* 2004; 31(5):453-9.
- 109 - Procópio ALF, da Silva RA, Maciel JG, Sugio CYC, Soares S, Urban VM. Antimicrobial and cytotoxic effects of denture base acrylic resin impregnated with cleaning agents after long-term immersion. *Toxicol in Vitro* 2018; 52:8-13.
- 110 - Izumida FE, Jorge JH, Ribeiro RC, Pavarina AC, Moffa EB, Giampaolo ET. Surface roughness and *Candida albicans* biofilm formation on a relined resin after long-term chemical disinfection and toothbrushing. *J Prosthet Dent* 2014; 112(6):1523-9.

- 111 - Mantri SS, Parkhedkar RD, Mantri SP. Candida colonization and the efficacy of chlorhexidine gluconate on soft silicone-lined dentures of diabetic and non-diabetic patients. *Gerodontology* 2013; 30(4): 288-95.
- 112 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Glutaraldeído em estabelecimentos de assistência à saúde [acesso em 11 out 2020]. Disponível em: http://anvisa.gov.br/servicosade/controle/AIertas/informe_tecnico_04.pdf.
- 113 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução SS USP - 27, fev. 2007 [acesso em 11 out 2020]. Disponível em: http://www.hemocentro.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/legislacao/SS-27-REP_280207.pdf
- 114 - Moura CDVS, et al. Análise da eficácia antimicrobiana do ácido peracético na desinfecção de moldes de hidrocoloide irreversível. *Rev Odontol UNESP* 2016; 45(6):309-15.
- 115 - Costa SA, Paula OF, Silva CR, Leão MV, Santos SS. Stability of antimicrobial activity of peracetic acid solutions used in the final disinfection process. *Braz Oral Res* 2015; 29(1):1-6.
- 116 - Chassot AL, Poisl MI, Samuel SM. In vivo and in vitro evaluation of the efficacy of a peracetic acid-based disinfectant for decontamination of acrylic resins. *Braz Dent J* 2006; 17(2):117-21.
- 117 - Rossato MB, Unfer B, May LG, Braun KO. Analysis of the effectiveness of different hygiene procedures used in dental prostheses. *Oral Health Prev Dent* 2011; 9(3):221-7.
- 118 - da Silva FC, Kimpara ET, Mancini MN, Balducci I, Jorge AO, Koga-Ito CY. Effectiveness of six different disinfectants on removing five microbial species and effects on the topographic characteristics of acrylic resin. *J Prosthodont* 2008; 17(8):627-33.
- 119 - Vieira AP, Senna PM, Silva WJ, Del Bel Cury AA. Long-term efficacy of denture cleansers in preventing *Candida* spp. biofilm recolonization on liner surface. *Braz Oral Res* 2010; 24(3):342-8.

120 - Ferreira MA, Pereira-Cenci T, Rodrigues de Vasconcelos LM, Rodrigues-Garcia RC, Del Bel Cury AA. Efficacy of denture cleansers on denture liners contaminated with *Candida* species. *Clin Oral Investig* 2009; 13(2):237-42.

121 - Kumar MN, Thippeswamy HM, Raghavendra Swamy KN, Gujjari AK. Efficacy of commercial and household denture cleansers against *Candida albicans* adherent to acrylic denture base resin: An in vitro study. *Indian J Dent Res* 2012; 23(1):39-42.

122 - Gonçalves LFF, Silva Neto DR, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de próteses totais e próteses parciais removíveis. *Rev Bras Ciencia Saude* 2011; 15(1):87-94.

123 - Brondani MA, Samim F, Feng H. A conventional microwave oven for denture cleaning: a critical review. *Gerodontol* 2012; 29(2):6-15.

124 - Santos Sousa TM, Rodrigues de Farias O, Dantas Batista AU, Souto de Medeiros E, Santiago BM, Cavalcanti YW. Effectiveness of denture microwave disinfection for treatment of denture stomatitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg* 2020.

125 – Brondani MA, Siqueira AR. A critical review of protocols for conventional microwave oven use for denture disinfection. *Community Dent Health* 2018.

126 - Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, Meredith P, Solie C, Avery D, Deal Chandler N; American College of Prosthodontists. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. *J Prosthodont* 2011; 20(1):S1-S12.

127 - Chau VB, Saunders TR, Pimsler M, Elfring DR. In-depth disinfection of acrylic resins. *J Prosthet Dent* 1995; 74(3):309-13.

128 - Curylofo PA, Raile PN, Vasconcellos GLL, Macedo AP, Pagnano VO. Effect of denture cleansers on cobalt-chromium alloy surface: a simulated period of 5 years' use. *J Prosthodont* 2020; 29(2):142-50.