

Aluno:	Rita de Cássia Silva
Orientador:	Andréa Maria Duarte Vargas
Título da Dissertação:	A Prótese Parcial Removível Acrílica Na Atenção em Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
Data de defesa:	25/01/17

PRODUTO TÉCNICO

A Prótese Parcial Acrílica – Protocolo De Confeção Público alvo: cirurgiões-dentistas da atenção primária

Introdução

O objetivo deste protocolo é facilitar a execução da PPRA, no dia a dia de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Essa proposta baseia-se nos relatos dos CD que responderam ao questionário da pesquisa “A prótese parcial acrílica na atenção em saúde bucal nas unidades básicas de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte”, sobre a experiência com relação à confecção da PPRA.

QUADRO 01 - Experiência de confecção de PPRA – principais resultados

Indicação- dificuldades	Às vezes-55%
Planejamento- dificuldades	Às vezes-59%
Moldagem- dificuldades	Raramente-47%
Modelos-dificuldades	Raramente-47%
Desenho da PPRA-dificuldades	Às vezes-41%
Prova de dentes-dificuldades	Às vezes-38%
Instalação- dificuldades	Às vezes-48%
Proservação-dificuldades	Às vezes-45%
PPRA-instalação imediata após exodontia	Às vezes-31%
Exclusiva para 13 a 23	Quase sempre- 35%
Exclusiva para 43 a 33	Às vezes-30%
Exclusiva para pré-molares superiores	ÀS vezes-31%/raramente-31%
Exclusiva para pré-molares inferiores	Nunca- 57%
Exclusiva para molares superiores	Nunca-68%
Exclusiva para molares inferiores	Nunca-74%

Exclusiva para dentes superiores posteriores	Nunca-59%
Exclusiva para dentes inferiores posteriores	Nunca-67%
Apenas para o arco superior	Quase sempre-41%
Apenas para o arco inferior	Raramente-39%
Para os dois arcos, no mesmo paciente	Às vezes-29%/ nunca-36%
Fraturas após instalação	Às vezes-42%
Insucessos nas diversas fases	Às vezes-48%
Insucessos/ conduta laboratorial	Às vezes-52%
Insucessos/ às fases clínicas de sua execução	Às vezes-57%
Insucessos/condições inerentes ao paciente	Às vezes-54%
Insucesso/ insatisfação do paciente com resultado estético	Raramente-44%
Insucesso/ adaptação da sela acrílica	Às vezes- 46%
Insucesso/desenho da prótese	Às vezes- 53%
Insucesso/grampos ortodônticos	Às vezes-55%
Insucesso/Báscula	Às vezes-57%
Indicação e planejamento/ horas clínicas	Maior que 30 min /menor que 60-43%
Moldagens e modelos/ horas clínicas	Maior que 30 min /menor que 60-44%
Acerto de planos e registro/ horas clínicas	Maior que 30 min /menor que 60-44%
Prova de dentes/horas clínicas	Menos de 30 min- 46%
Instalação/horas clínicas	Maior que 30 min /menor que 60-42% 60 min em média-34%
Proservação/horas clínicas	Menos de 30 min-58%
Indicação- razão exclusivamente estética	Quase sempre-41%
Indicação- razões diferentes da estética	às vezes-27%/ raramente- 31%
Realiza prova de dentes	Sempre- 45%
Participação do paciente na prova de dentes	Sempre-71%
Vazamento imediato do gesso	Sempre-83%
Acondicionamento em umidificadores	Nunca-36%
Orientam sobre as limitações inerentes à PPRA	Sempre-93%
Orientam sobre os cuidados de higienização	Sempre-93%
Prazos/ laboratórios	Ruim-68%%
Tempo entre moldagem e instalação	Ruim-65%

Logística (intermediação dos distritos sanitários)	Ruim-63%
PPRA/ganho para usuário	Concordo parcialmente-57%
PPRA/ganho para CD	Concordo parcialmente-47%

1. Indicação (Passo 1)

É necessário conjugar as condições clínicas do paciente com o protocolo da instituição. As próteses parciais acrílicas na PBH estão indicadas exclusivamente para substituir dentes ausentes na bateria labial anterior superior (13 ao 23), ou, excepcionalmente, os da bateria labial inferior (33 ao 43), em casos em que o CD (cirurgiã(o)- dentista) considerar que há evidente comprometimento estético e mínimo risco de fratura. No entanto, percentual considerável de profissionais (às vezes, 31%, raramente 30%) informaram a realização para substituição de pré-molares superiores, por exemplo.

Nesse caso, consideramos importante sua inclusão nas indicações, uma vez que também são importantes para estética do paciente.



Figura 1 – Usuário da UBS Dom Cabral, PPRA instalada.

2. Planejamento (Passo 2)

Coletar dados sobre o paciente para fazer diagnóstico e plano de tratamento. Otimizar todos os recursos disponíveis, objetivando o sucesso clínico da prótese. São estes: Exame clínico, modelo do arco desdentado em gesso, articulado com o arco antagonista e exames radiográficos.

Caso o paciente já seja usuário deste tipo de prótese, ao exame clínico, verificar a presença de lesões decorrentes do uso prévio de PPRA, Candidíase eritematosa (Candidíase atrófica crônica) ou com superfície papilomatosa, esta normalmente resistente a tratamento com antifúngicos tópicos. Tratar ou encaminhar para a Atenção Secundária, se necessário, antes da confecção da nova prótese.



Figura 2 - Lesão (papilomatosa) sob PPRA confeccionada na rede privada (pac. V.S.R, UBS Dom Cabral).



Figura 3 - Aspecto do palato duro (ausência de lesão papilomatosa. Tecido edemaciado com pontos avermelhados) sob PPRA confeccionada na rede privada (pac. UBS Dom Cabral).



Figura 4- Pac. da figura 2, com a PPRA realizada na rede privada (usuário da UBS Dom Cabral).

O desenho deve ser decidido com a participação do paciente, considerando-se o uso prévio de prótese similar, presença de tórus, nível de tolerância do paciente (ânsia de vômito). Preferencialmente, mostrar ao mesmo uma prótese concluída, explique as possibilidades, incômodos e inconvenientes inerentes à PPRA. Com um lápis comum (evitar o lápis cópia, por não permitir correções) desenhar a futura prótese no modelo. Em caso de perda óssea vestibular, delimitar a área chapeável correspondente, que garantirá um suporte labial anterior, mas conversar com usuário também sobre esta extensão, em caso de uso de prótese similar que não a apresente. As PPRA superiores parecem ter melhor prognóstico principalmente devido à largura da área de superfície coberta.

3. Princípios do desenho e construção da PPRA

Toda PPRA deve **usar dentes existentes** para **suporte e retenção**, já que estes respondem melhor às cargas quando comparados a tecidos moles e ao osso. Obter **suporte** através do preparo dos dentes para receber *stops* e grampos de fio ortodôntico em aço inoxidável, que serão responsáveis pela **retenção**. Eles se estenderão até a sela acrílica, que deve funcionar de forma semelhante ao conector maior da PPR cobalto-cromo. Os cíngulos dos caninos devem ser preparados para receber apoios acrílicos (extensões da sela acrílica), conferindo **suporte** à PPRA.

Obs: Os laboratórios contratados pela PBH não confeccionam *stops* nas PPRA. Sugere-se discutir com a coordenação de Saúde Bucal mudanças nos contratos, adotando sua confecção como rotina, para molares e prémolares pilares nas PPRA, bem como os apoios acrílicos para os pilares caninos.

Atenção: Para minimizar o risco de fratura nas áreas de grampo e sela (não ocorre união química entre ambos) a seleção apropriada do caso e a otimização dos procedimentos clínicos e laboratoriais é fundamental. O desenho da PPRA é mais importante do que o material usado na sua construção.



Figura 5 - Stops e grampos em PPRA – Fonte VJ Wilson



Figura 6- Apoio canino. Fonte: VJ Wilson

Atenção: Realizar desgastes nas superfícies mesiais e distais dos dentes que receberão os grampos de retenção (planos –guias) , para limitar o caminho de inserção da prótese,contribuindo para sua estabilidade ,como nas figuras abaixo:

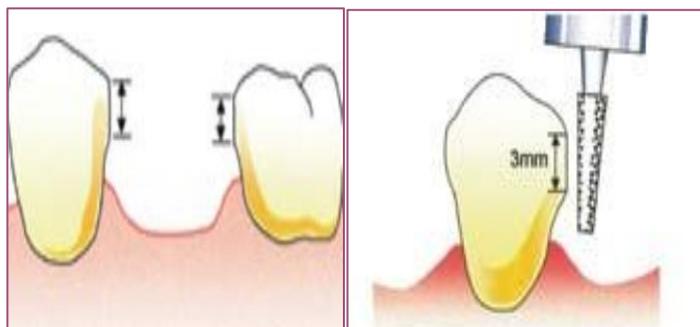


Figura 7 - confecção dos planos guia. Devem estar afastados da gengiva, com desgaste máximo de 3 mm. Fonte: VJ Wilson

A sela acrílica precisa fazer contato com o equador protético dos dentes pilares, para que as forças incidentes se dirijam para seus longos eixos, favorecendo a estabilidade da prótese. Se seu final ficar abaixo desta linha, ocorrerá um *gap* (lacuna) entre a sela e os dentes, o que fará com que ela se movimente e haverá acúmulo de alimento, conforme a figura abaixo:

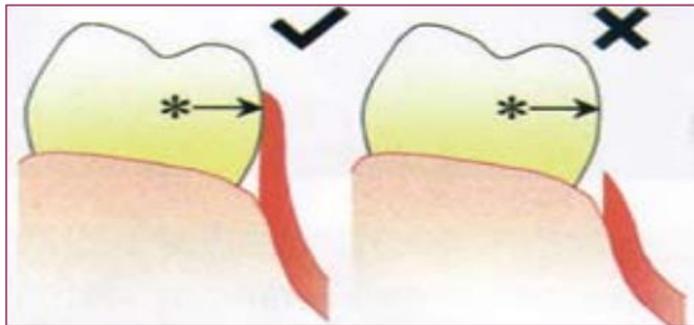


Figura 9- Término da sela acrílica. Fonte: VJ Wilson.

Atenção- Há um tipo de PPRA cujos princípios do desenho podem ser adaptados da chamada “Every Denture” (em caso de áreas desdentadas entre áreas dentadas). A sela acrílica deve ser confeccionada dentro de especificações tais como alívio marginal (3 mm) e grampos localizados distalmente às áreas desdentadas, para prover estabilidade horizontal. (estes procedimentos devem ser adotados pelos laboratórios credenciados da PBH, conforme citado anteriormente).

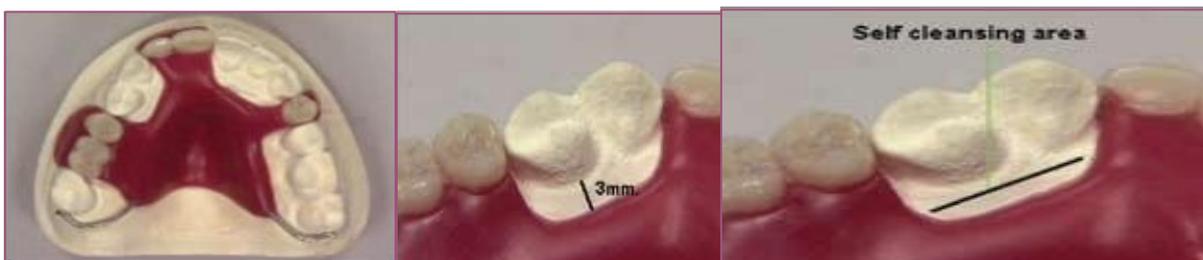


Figura 8- (Every denture com grampos na superfície distal localizados no dente natural mais distal- ajudam a prevenir movimento anterior da base da prótese e os movimentos dos dentes naturais/ áreas de alívio gengival-mínimo de liberação de 3mm é satisfatório para auto limpeza.

- Fonte:VJ Wilson

4. Moldagem e obtenção de modelos (Passo 3)

Modelos e vazamentos de qualidade aumentam as possibilidades de resultados clínicos e laboratoriais satisfatórios (ao reproduzirem com maior fidelidade as condições orais e permitirem uma melhor condição de trabalho para o técnico).

- Material necessário: Gral, espátula de gesso, cuba umidificadora ou similar (caixa de **isopor**, potes plásticos com tampa contendo esponja de cozinha molhada) para “assentar” a moldagem, antes e após o vazamento até a presa final do gesso. Assim, se previne pressões sobre o molde e distorções por perda e absorção de água- sinérese e embebição.

- Escolha e preparo da moldeira - Para desdentados parciais, as UBS dispõem do conjunto de moldeiras tipo Vernes (liso ou perfurado). Preencher a área do palato com cera utilidade, diminuindo assim a espessura do alginato na área, prevenindo distorções. Contornar a moldeira (por fora) com uma tira de cera em rolo, na largura de 1 cm em média. Acompanhar o desenho da moldeira, mas cuidar para não eliminar a dobra interna da moldeira preenchendo-a com cera, que é uma ajuda na retenção do alginato. Escolher uma moldeira que entre com facilidade na boca, considerando a abertura bucal. Ela deve englobar a área de tuberosidade e não tocar os dentes lateralmente. “Lavar” a boca do paciente com a seringa de água, para a remoção da película de saliva.

- Insumos: hidrocoloide irreversível (alginato) e gesso pedra (tipo III), cera 7,9 ou Utilidade.

- Moldagem – Para o ato da moldagem, é importante trabalhar com a consistência ideal do alginato. Para tal, seguir a recomendação do fabricante, utilizando-se da medida padrão. Evitar mantê-lo no pacote, depois de aberto, estocando-o idealmente em locais de temperatura amena e baixa umidade. Acondicionar o alginato em embalagens plásticas hermeticamente fechadas, já que sofre diretamente a ação da umidade do ar. Lembrar-se de, no início do dia, revirar o alginato dentro da embalagem, revirando-a, o que vai ajudar na obtenção da medida ideal. Manipulá-lo contra as paredes do gral, na proporção de duas medidas para as moldeiras de nº 1 e 2 superiores e três medidas para a de nº 3. Para as inferiores, normalmente, duas medidas. Proporcionar o pó e reservá-lo, em um copo descartável, por exemplo. Verter o pó sobre a água (nunca o contrário), previamente medida. Recomenda-se discutir-se o

procedimento de alisar a superfície do modelo com o dedo molhado, para quebrar a tensão superficial (controverso na literatura). Alginato mole demais vai provocar ânsia de vômito no paciente e comprometer a moldagem. Neste caso, desprezá-lo e proporcionar novamente.

- Análise (leitura) do molde - Avaliar se o molde copiou corretamente a região das tuberosidades palatinas, o palato duro e limite com palato mole (embora, na PPRA, não contemos com o selamento posterior), dentes remanescentes e área desdentada ou de dentes a serem substituídos, após remoção dos mesmos no modelo. Se quiser fazer algum reparo no molde, aliviar as áreas retentivas do rebordo, de dentes e a área a ser corrigida. Em seguida, deve-se preencher toda a moldagem com uma nova porção de alginato (normalmente uma é o suficiente) e realizar nova moldagem. É conveniente secar a superfície do molde para que haja adesão entre os dois. Avaliar se é a opção melhor, em lugar de repetir todo o processo.

- Vazamento - Idealmente, deve ser imediato, considerando-se a mínima “memória elástica” do alginato (muito susceptível a deformações). Proporcionar o gesso pedra tipo III, conforme recomendação do fabricante. Na falta de balança para pesar o gesso, pode-se adotar, como medida padrão, o copo de exame de laboratório e seringa hipodérmica, como medida de água, ambos disponíveis na rede. Você deve usar 50 g de pó (1/2 pote) para 11 a 13 ml de água, em média. Verter sempre o pó na água. Manipular e levar ao vibrador de gesso, para dissipação de bolhas de ar. Fazer um primeiro vazamento, na área dos dentes, cuidando para recobrir toda a área de bridas, freios e rebordo. Aguardar a presa inicial do gesso (perda do brilho). Envolver toda a moldagem com fita crepe, promovendo um encaixotamento do conjunto molde / vazamento. Isto permitirá que o término do molde fique em meia-lua, possibilitando que a chapa de prova tenha bordos arredondados, que são mais toleráveis pela mucosa do paciente. Vazar, em seguida, nova porção de gesso. Aguardar a presa final do conjunto, mantendo-o dentro do “umidificador”. Após a completa cristalização do molde (24 horas), realizar a desinfecção do modelo, através da imersão em solução de água e hipoclorito de sódio a 1%, por 10 minutos. No caso de vazamento inferior, é fundamental a confecção da “língua”, utilizando-se de papel toalha enrolado em gaze úmida e alginato.

- Leitura do modelo - observar a presença de bolhas, a qualidade da cópia na região do palato, áreas desdentadas e dentes.

- Preenchimento da guia de fornecimento do laboratório – preencher todos os dados solicitados e fazer todas as observações que julgar necessárias no seu verso (em duas vias, guardando uma cópia no prontuário do paciente).

5. Acerto de plano e registro interoclusal (Passo 4)

Avaliar, preferencialmente com a participação do paciente, a viabilidade de execução desta fase. Preencher toda a área de suporte labial anterior do plano de cera/chapa de prova, verificando o suporte labial e a linha do sorriso. Para pacientes jovens, cuidar para preservar, no mínimo, um milímetro do terço incisal dos dentes, quando a boca estiver semi aberta. Para os idosos, principalmente se o “filtrum” é longo, esconder todos os dentes, quando a boca estiver semi aberta. Delimitar, caso necessário, a linha média (cuja referência é o filtrum labial ou o freio labial), a linha do sorriso forçado e a linha de canino (o instrumento tipo Lecron deve tangenciar a comissura labial, na altura da asa do nariz). Cuidar para que não haja inversão do sorriso (dentes posteriores aparecerem mais que os anteriores). Escolher a cor dos dentes (escala Biotone/Dentisply), preferencialmente com a participação do paciente.

6. Prova de dentes (Passo 5)

Avaliar, preferencialmente com a participação do paciente, a viabilidade de execução desta fase nova moldagem com alginato, removendo-a da boca (moldagem de transferência).

7. Instalação da prótese (Passo 6)

Nas regiões da PPRA que tocam os dentes, nos seus terços médios, internamente, remover as possíveis interferências, o que melhorará sensivelmente a adaptação da peça protética. Proceder o ajuste oclusal, não se esquecendo do ajuste nas excursões laterais e anterior.

Possibilidades de situações clínicas esperadas:

1 - dentes inferiores quase tocando na região palatina superior, extruídos, devido à ausência dos antagonistas – fazer com que os dentes anteriores inferiores toquem na sela acrílica. Os contatos serão em platô, ajudando no ajuste da prótese, inclusive na desocclusão.

2 - dentes inferiores tocando na gengiva, sem espaço para a sela acrílica, devido a extrusão de dentes anteriores inferiores- Orienta-se encaminhar o caso para atenção secundária.

Grampos ortodônticos – viabilidade:

Os grampos ortodônticos são confeccionados pelo laboratório no modelo e readaptados previamente a prensagem (quando o modelo original é perdido) em um modelo obtido através da duplicação do primeiro. Quando da instalação, normalmente é necessário uma nova readaptação dos mesmos em boca. Este procedimento pode ser responsabilizado pelo número considerável de insucessos atribuídos a eles (55%).

Sugere-se aos cirurgiões-dentistas discutir a confecção e o manuseio dos grampos ortodônticos com os técnicos dos laboratórios, com intermediação dos gestores. Orienta-se conversar com o paciente sobre a importância da presença destes grampos na prótese, considerando-se sua expectativa estética.

Interlocução com os laboratórios:

Usar a guia de requisição do trabalho como local de comunicação com o laboratório, para documentar os diálogos.

Atenção: Não realizar “reembasamento” ou qualquer moldagem usando pasta zinco-enólica na fase de prova de dentes ou após prensagem, medida que não obtém resultados satisfatórios neste tipo de prótese.

Atenção: Deve ser realizada a desinfecção prévia à instalação, por imersão em solução de hipoclorito de sódio a 1% (5 a 10 min).

Orientar o paciente para que mantenha a prótese imersa em água durante à noite, nas primeiras 72 horas de uso, para liberação de monômero residual. Para a higienização da PPRA recomenda-se o detergente neutro, com escova própria para prótese total. Para os pacientes que receberão a PPRA, recomendar consultas

periódicas com o TSB, para monitoramento da higienização (discutir a frequência com os cirurgiões-dentistas da rede).

Elaboração de um termo de recebimento da prótese, contendo instruções de uso e características que limitam seu uso, a ser assinado no ato da instalação.

8. Orientações para preservação (Passo 7)

Das fases de confecção da PPRA, a preservação é fundamental devido as características da PPRA. Deve-se adotar o monitoramento dos usuários de PPRA, como rotina das UBS.

É importante considerar a experiência prévia do paciente com a PPRA, o que consegue em termos de funcionalidade da prótese, já que os relatos são variados.

Será elaborado um cartão de retorno, no qual estarão previstas as consultas de preservação imediata, consultas de avaliação com o CD e com o TSB (discutir a frequência com os CD da rede)

Referências

Anusavice KJ. Phillips materiais dentários. 10 ed. Rio de Janeiro, Guanabara: Koogan, 1998. 412p.

Telles, DM. Prótese total-convencional. São Paulo: Livraria Santos Jr, 2011. 327 p.

Wilson, VJ. Acrylic Partial Dentures- Interim or Permanent Prosthesis? SADJ.2009. Nov; 64 (10); 434-436