

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Rita de Cássia Silva

**A PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ACRÍLICA NA ATENÇÃO EM SAÚDE
BUCAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PREFEITURA DE BELO
HORIZONTE: A visão dos cirurgiões-dentistas**

Belo Horizonte
2017

Rita de Cássia Silva

**A PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ACRÍLICA NA ATENÇÃO EM SAÚDE
BUCAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PREFEITURA DE BELO
HORIZONTE: A visão dos cirurgiões-dentistas**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréa Maria Duarte Vargas

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Vieira Travassos

Belo Horizonte

2017

Ficha Catalográfica

S586p Silva, Rita de Cássia.
2017 A prótese parcial removível acrílica na atenção em saúde
T bucal das unidades básicas de saúde da Prefeitura de Belo
Horizonte: a visão dos cirurgiões-dentistas / Rita de Cássia
Silva. -- 2017.

93 f. : il.

Orientadora: Andrea Maria Duarte Vargas.
: Denise Vieira Travassos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Prótese parcial removível. 2. Odontólogos. 3.
Satisfação no emprego. I. Vargas, Andrea Maria Duarte . II.
Travassos, Denise Vieira. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**A PRÓTESE PARCIAL ACRÍLICA NA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE
A visão dos cirurgiões-dentistas**

RITA DE CASSIA SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração em Saúde Pública.

Aprovada em 25 de janeiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas - Orientador
UFMG

Prof(a). Denise Vieira Travassos
UFMG

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira
UFMG

Prof(a). Francisco Mauro da Silva Girundi
Newton de Paiva

Belo Horizonte, 25 de janeiro de 2017.

À minha mãe, Leda, minha grande
mestra!

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de turma, pelo compartilhamento de carinho, dúvidas, aflições e conhecimento.

À Marília Barony, pela força ao dividir comigo o ônus e o bônus da metodologia.

Ao professor João Henrique Lara Amaral, pela generosidade e confiança.

Aos professores, pelas horas dedicadas ao curso.

À professora Raquel Conceição Ferreira, pela dedicação ao realizar as análises estatísticas da pesquisa.

À professora Andréa Maria Duarte Vargas, minha orientadora, que pacientemente respeitou meu ritmo e modo de fazer o percurso, mesmo já tendo feito essa trilha por várias vezes.

À co-orientação da professora Denise Vieira Travassos.

Aos meus pais, meu filho, irmãos e companheiro, dos quais subtraí, nesses dois anos, algumas boas horas de convivência.

Aos colegas, servidores da PBH, pela participação na pesquisa. Aos funcionários da UBS Dom Cabral, pelo companheirismo e compreensão.

A Deus!

RESUMO

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientaram para a inclusão de próteses elementares na atenção primária (APS) dimensionando sua relevância. Pesquisou-se a experiência dos cirurgiões-dentistas (CD) com a Prótese Parcial Removível Acrílica (PPRA), como parte do rol de procedimentos que compõem a atenção em saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Belo Horizonte (11.949, produzidas de agosto de 2010 a setembro de 2016). Visou identificar as dificuldades e facilidades relativas às suas diversas fases de execução, além da satisfação e insucessos dos CD. Fizeram parte da amostra (cálculo amostral por estimativa de proporção, com erro amostral de 7%, prevalência da condição 50% e nível de significância de 95%) 155 cirurgiões-dentistas da rede básica, selecionados entre 359 que a compõem, através de sorteio (amostra aleatória simples). A amostra final foi distribuída proporcionalmente ao número de cirurgiões-dentistas de cada distrito sanitário de Belo Horizonte. Para a coleta de informações, construiu-se um questionário estruturado com 72 questões inerentes à prática diária de execução da PPRA, além de dados sociodemográficos e de trabalho dos CD. Aplicou-se o questionário utilizando-se a plataforma *SurveyMonkey*, submetendo os dados obtidos às análises descritiva e estatística. Realizou-se uma análise fatorial a partir da matriz de correlação policórica para as questões de satisfação, dificuldade e preparação e obtidos escores, por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. A análise das correlações encontradas mostrou que estar mais preparado para realizar a PPRA implicou apresentar menos dificuldades em suas diversas fases. Estar mais satisfeito implicou estar mais preparado para executá-las. Relacionaram-se, posteriormente, os mesmos escores com os insucessos (intercorrências que dificultaram ou impediram a instalação das próteses) nas diversas fases. Quando correlacionados o insucesso e os escores de preparação, verificou-se que quanto mais preparado, maior ausência de insucesso. Com relação à satisfação e insucesso, verificou-se que quanto mais satisfeito, maior ausência de insucesso. Com relação à dificuldade e os escores de insucesso, verificou-se que quanto mais dificuldade, menos insucesso, o inverso do esperado. A partir de uma análise bivariada sociodemográfica e de trabalho dos profissionais com os relatos de insucesso, realizou-se a regressão

logística dos resultados mais significativos, obtendo-se que o CD que avaliou negativamente a inclusão da PPRA no rol de procedimentos da APS tem 1,71 vezes mais chances de ter maior insucesso na confecção de PPRA. Para aquele que se graduou em instituição privada existem 4,51 vezes mais chances de ter insucesso comparado ao que se graduou em instituição pública. Quando o paciente participa da prova de dentes, existe 0,19 vezes mais chance de ter insucesso. Quando a experiência com a execução foi negativa existem 3,85 vezes mais chances de ter insucesso. A alta frequência de confecção da PPRA em vários países, financiada na maioria das vezes por sistemas públicos de saúde, aponta para a necessidade de estudá-la, e de capacitar os profissionais na sua execução, sob pena de se tornar um problema de saúde pública. Por outro lado, não há como desconsiderar seu papel social para significativa parcela da população.

Descritores: Prótese parcial removível; Cirurgiões-dentistas; Satisfação no trabalho; Protocolos clínicos.

ABSTRACT

The guidelines of the National Oral Health Policies directed to the inclusion of elementary prosthesis in the Primary Care (PC) highlighting their relevance. This research was about the experience of Dental Surgeons (DS) with the Acrylic Partial Denture Partial Prosthesis (APD), as part of the index of procedures which constitute the Basic Health Units (BHU) in the city of Belo Horizonte (11.949 units between August 2010 and September 2016). It aimed at identifying the difficulties regarding in the various phases of confection of the ARPP, satisfaction of dentists and failures. 155 dental surgeons of the public health system were part of the sampling (sampling calculation via proportion estimate, with a sampling error of 7%, condition prevalence of 50% and significance level of 95%), who were selected amongst the 359 who are part of it, through a random choice (simple random sampling). The final sample was proportionally distributed to the number of dental surgeons within each sanitary district of Belo Horizonte. A structured questionnaire was built, with 72 questions concerning the daily practice of performance of the ARPP beyond dentistry sociodemograph and work data, using the platform SurveyMonkey . Both descriptive and statistic analysis of the results were performed. A factorial analysis from the polycoric correlation matrix was carried out for the questions about satisfaction, difficulties and preparation and scores were obtained through the correlation coefficient calculation of Spearman. The analysis of the correlations found showed that being better prepared for performing ARPP implied in presenting fewer difficulties in its various stages. Being more satisfied implied in being more prepared to perform it. The same scores related to failures in the various stages were seen later. When correlating the failures and preparation scores, it could be seen that the better prepared, the higher the lack of failures. With regards to satisfaction and failures, it was verified that the higher the satisfaction rate, the higher the lack of failures. As for the scores of difficulties and failures, it could be pinpointed that the greater the difficulty, the fewer failures, the opposite of what had been expected. From a socio-demographic bivariate analysis and the reports of failures of the work of professionals, the logical regression of the most significant results was conducted, realizing that the DS who negatively evaluated the inclusion of ARPP in the index of procedures of the PCs has 1,71 more chances of achieving the highest failure in the

making of ARPP. For those who graduated in private institutions there are 4,51 times more chances of having failures in comparison to those who graduated in public institutions. When the experience with the performance was negative there were 3,85 times more chances of failing. The high frequency of confection from PPRA in several countries financed most cases by public health systems points to the need to study it and to train professionals to perform it, under penalty, otherwise it will become a public health problem. However, there is no how to disregard their social role.

Descriptors: Removable partial prosthesis. Dentists. Satisfaction of job. Clinicals protocols.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO GERAL.....	20
2.1 Objetivos Específicos.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 Conceito, indicações e limitações da PPRA.....	21
3.2 Critérios para confecção da PPRA.....	22
3.3 Comunicação entre cirurgiões-dentistas e laboratórios - detalhes técnicos, relativos à confecção de PPRA.....	23
3.4 Arco dental reduzido.....	25
3.5 Avaliações de uso de PPRA.....	27
3.6 Ensino da Prótese Parcial Removível.....	31
3.7 Higienização das Próteses Parciais.....	32
4 ETAPAS CLÍNICAS DE EXECUÇÃO DA PPRA.....	33
4.1 Etapas realizadas pela (o) Cirurgião-dentista (da APS).....	33
4.2 Passo a passo laboratorial de execução da PPRA.....	33
5 METODOLOGIA.....	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO (artigo)	39
7 PRODUTO TÉCNICO.....	61
7.1 Introdução.....	61
7.2 Indicação (Passo 1)	63
7.3 Planejamento (passo 2)	64
7.4 Moldagem e obtenção de modelos (Passo 3).....	69
7.5 Acerto de plano e registro interoclusal (Passo 4).....	71
7.6 Prova de dentes (Passo 5).....	71
7.7 Instalação da prótese (Passo 6).....	72
7.8 Orientações para preservação (Passo 7).....	73
Referências.....	73
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	78

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1- Passo a Passo das etapas laboratoriais de confecção da PPRA.....	34
QUADRO 2- Procedimentos finais de confecção da PPRA.....	36
QUADRO 3- Experiência de confecção da PPRA – principais resultados.....	61
TABELA 1- Características sociodemográficas e de trabalho dos CDs, PBH, Belo Horizonte.....	46
TABELA 2- Visão dos CDs da PBH com relação à preparação, às dificuldades e à satisfação em cada etapa da PPRA.....	47
TABELA 3- Correlação entre os escores de preparação, dificuldade e satisfação.....	48
TABELA 4- Principais causas dos insucessos relatados pelos CDs da PBH na confecção de PPRA.....	48
TABELA 5- Correlação entre variáveis sociodemográficas e de trabalho e insucesso na confecção de PPRA.....	49
TABELA 6- Regressão logística para variáveis que foram mais significativas para insucesso na confecção de PPRA.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APD- Acrylic Partial Denture

APS- Atenção Primária em Saúde

BEPREM- Beneficência da Prefeitura de Belo Horizonte

BHU- Unit Basic of Health

CD- Cirurgiões-Dentistas

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CSB-PBH- Coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DS- Dental Surgeons

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Equipe de Saúde da Família

GERG- Gerência de Atenção e Regulação Hospitalar

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PACS- Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PBH- Prefeitura de Belo Horizonte

PC- Primary Health

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PPRA- Prótese Parcial Removível Acrílica

PPR- Prótese Parcial Removível

PPRCr- Prótese parcial Removível Cobaltocromo

PTR- Prótese Total Removível

SBBRASIL- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SBMINAS- Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira

SISREG- Sistema de Marcação Eletrônica de Consultas

SMSA-BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UK – Unit Kingdom

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FOTO 1- Usuário da UBS Dom Cabral, PPRA instalada.....	64
FOTO 2- Lesão papilomatosa sob PPRA confeccionada na rede privada	65
FOTO 3- Aspecto do palato duro.....	65
FOTO 4- Pac. da figura 2, com a PPRA realizada na rede privada (usuário da UBS Dom Cabral).....	65
FIGURA 1- Stops e grampos em PPRA.....	66
FIGURA 2- Apoios caninos em PPRA.....	67
FIGURA 3- Confeção dos planos-guia em PPRA.....	67
FIGURA 4- Término da sela em PPRA.....	67
FIGURA 5- Every Denture	68

1 INTRODUÇÃO

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) orientaram para a “inclusão da reabilitação protética na atenção básica” e instruíram a considerar-se em cada local a possibilidade de inserção de “procedimentos relacionados com a fase da instalação de próteses dentárias elementares”. As mesmas diretrizes definiram ações de reabilitação como, “recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional”. (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica–PNAB, mediante portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, caracterizou a Atenção Básica, a partir da revisão do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa dos Agentes Comunitários em Saúde (PACS):

(...) por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem ações de promoção e proteção a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...) Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (...). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e a coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da responsabilização, da humanização e da participação social. (BRASIL, 2006).

Dados do SB-BRASIL (Brasil, 2011) apontaram que, na região Sudeste, na faixa etária dos 15-19 anos, 3,1% de indivíduos necessitavam de prótese parcial em um maxilar. Entre 35-44 anos, a necessidade aumentava para 26,1% em um maxilar, 0,7% em dois maxilares e 0,3% quando conjugada com a prótese total. Já, entre 65-74 anos, 20,1% necessitavam de prótese parcial em um maxilar, 17,9% em dois maxilares e 16,9%, quando conjugada com uma prótese total. O mesmo levantamento informou que o serviço público de saúde foi o mais utilizado em todas as regiões brasileiras, bem como ir ao dentista para a prevenção ou tratamento foram os principais motivos de consulta em todo o país.

Referindo-se a **perda de dentes anteriores superiores**, o SB Minas (MINAS GERAIS, BRASIL, 2013) obteve que, em relação à presença de dentes funcionais, 13,2% já tinham perdido um dente e 28,3%, dois dentes ou mais, na faixa

etária de 35 a 44 anos. Entre 65 a 74 anos, 1,8% perderam um dente e 91,5%, dois ou mais dentes.

O objeto de estudo desta pesquisa foi a Prótese Parcial Removível Acrílica com grampos ortodônticos, como um dos procedimentos que compõem a atenção em saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde no município de Belo Horizonte, visando sua repercussão entre os cirurgiões-dentistas responsáveis por sua oferta.

Em 2006, o Protocolo para Atenção em Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) recomendou oferecer “recuperação estética, através de restaurações diretas e/ou próteses totais ou parciais acrílicas removíveis”. (BELO HORIZONTE, 2006, p. 1). No entanto, a oferta de próteses dentárias acrílicas (prótese total convencional e próteses parciais totalmente acrílicas com grampos de fio ortodôntico) pela atenção primária da PBH se concretizou em 2010, a partir da adesão gradativa dos cirurgiões-dentistas da sua rede. Foi um momento de entusiasmo para alguns e de apreensão para outros, já que se tratava de um procedimento novo na rotina da rede básica. Capacitações teóricas com relação à prótese total removível convencional (PTR) foram oferecidas e, para a prática clínica, foi proposta uma tutoria de uma equipe de dentistas, colegas da própria rede, que também incluía os casos de Prótese Parcial Removível Acrílica com grampos ortodônticos (PPRA). Esses foram recursos que muito contribuíram para a implantação da prótese na atenção primária à saúde. Inicialmente bem restritiva, a indicação de próteses totais e parciais acrílicas, realizadas nas UBS, objetivou a reinserção do usuário no mercado de trabalho, melhora da vida afetiva e do convívio social.

Ainda em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), através da Coordenação de Saúde Bucal (CSB), passou a ofertar a Prótese cobaltocromo convencional (PPR) para usuários que concluíram o tratamento na atenção primária, **a ser realizada na Atenção Secundária**, para casos de ausência de dentes anteriores e pré-molares.

Em junho de 2011, a incorporação das clínicas da BEPREM (Beneficência da PBH) à rede SUS (Sistema Único de Saúde) de Belo Horizonte resultou na ampliação do número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Posteriormente, o município de Belo Horizonte iniciou a oferta de Prótese Parcial Removível Cobalto-cromo no Sistema de Regulação do SUS (SISREG). Estabeleceu-se um protocolo para a PPR (revisado em 2012), restringindo-a aos usuários com perdas de dentes anteriores (e pré-molares), embasando sua indicação no referencial teórico da necessidade de restabelecimento “arco dental reduzido” (pelo menos quatro “unidades funcionais” presentes), não estando indicada a PPRA neste caso, segundo o mesmo protocolo.

Em 2013, foram contratados os serviços de dois laboratórios de prótese, que se somaram a um primeiro, para resolver o acúmulo de demanda das UBS até então e ampliar a sua oferta, o que resultou em uma melhora significativa na qualidade dos trabalhos ofertados. As referências técnicas dos Distritos Sanitários passaram a intermediar o trânsito dos trabalhos entre as UBS e laboratórios, o que favoreceu o cumprimento dos prazos de entrega acordados.

O protocolo de 2014 reiterou os critérios atuais de prioridade para as próteses cromo-cobalto, assim como o sistema de marcação de consultas somente via regulação (fila eletrônica), após análise criteriosa dos encaminhamentos das UBS. Orientava que, para o caso de perdas exclusivamente de bateria labial no arco superior, estaria indicada a PPRA, a ser realizada na Atenção Primária em Saúde (APS).

Em dezembro de 2015, a Coordenação de Saúde Bucal da PBH enfatizou, através de informativo dirigido aos cirurgiões-dentistas da APS, a indicação, as características e limitações da PPRA. Acrescentou que ela se prestaria a “evitar constrangimentos estéticos”, estando indicada para eliminar “falhas” provocadas pela ausência dos dentes anteriores, como prótese imediata após exodontias dos dentes anteriores, para “falhas” anteriores inferiores quando houvesse nítido constrangimento do paciente. Ressaltou que, nesses casos, caberia ao cirurgião-dentista a avaliação do risco de fratura da prótese, o que contraindiciaria sua confecção. Afirmou que tais próteses não estariam indicadas para o restabelecimento funcional e melhora da habilidade mastigatória. (BELO HORIZONTE, 2016).

O protocolo de 2014 definiu os critérios atuais de prioridade para as próteses cobalto cromo, a saber: Prótese Parcial Removível cromo-cobalto - PPR (o cadastro do usuário para esta especialidade continuou sendo realizado somente via

regulação, ou seja, os encaminhamentos das UBS seriam selecionados após análise dos relatórios realizados pelos dentistas da rede pela Coordenação de Saúde Bucal que incluíam histórico clínico odontológico e passariam a aguardar na fila eletrônica de espera). Sobre sua realização, o protocolo orientava:

Espera-se que o profissional da APS detalhe, tanto quanto possível, a real situação clínica do usuário, de modo que a regulação cumpra o papel de assegurar o acesso aos casos prioritários; considera-se relevante que o profissional da APS informe ao usuário as limitações estéticas da PPR; não encaminhar usuários com doença periodontal e/ou cárie ativa. (BELO HORIZONTE, 2014).

O protocolo orientava quanto à indicação da PPR (SISREG, CSB, 2014):

Usuários com perda de pré-molares no arco superior acompanhada ou não de outras perdas dentárias, tanto anteriores quanto posteriores.
Usuário com perda exclusivamente inferior, de bateria labial (canino a canino). **Caso a perda seja exclusivamente superior, de bateria labial (canino a canino), a indicação é a prótese parcial acrílica removível realizada na APS.**
Usuários apenas com perda dos elementos dentais posteriores que já possuem ou necessitem de prótese total no arco antagonista. Estes usuários receberão a PPR e a PTR para a estabilidade funcional das próteses. (BELO HORIZONTE, 2014).

Dados de outubro/15 (Central de marcação de consultas-Gerência de Atenção e Regulação Hospitalar - GERG, 2015) informavam que 1676 pacientes aguardavam na fila de espera para a especialidade “Prótese Cromo-cobalto”. Dados de 2016 registram que 1511 pacientes aguardam por uma consulta na especialidade, que se encontra bloqueada, em razão de renovação de credenciamento com laboratórios.

A experiência como dentista vinculada a uma equipe de saúde da família (ESF) desde 2002 e como integrante do grupo de tutoria da prótese, de 2011 a 2014, me permitiu compartilhar muitos e variados insucessos e frustrações com cirurgiões-dentistas e pacientes em relação à prótese parcial removível acrílica (PPRA), ofertada pela APS da PBH. Por outro lado, alguns depoimentos emocionantes de usuários satisfeitos com a nova condição bucal por ela conferida, além de relatos positivos de dentistas, encorajavam a sua execução. É importante acrescentar o fato de que, em muitos casos, a PPRA foi executada para instalação imediata, após extrações de dentes com comprometimento periodontal. Observava-se que a necessidade de dar respostas às necessidades protéticas da população

levava, em muitas situações, à execução de próteses que não se “enquadravam” às orientações do protocolo da PPR, ao referir-se a PPRA.

De agosto de 2010 a setembro de 2016, 27.297 próteses totais removíveis convencionais (DATASUS, 2016) foram ofertadas pela atenção em saúde bucal da PBH. A atenção em saúde bucal das UBS do município de Belo Horizonte ofertou 11.949 Próteses Parciais Removíveis Acrílicas (DATASUS, 2016), no mesmo período. No entanto, para a introdução da PPRA entre os procedimentos na atenção básica, não se observou a mesma conduta quando da inserção da PTR na rede, no que se refere a capacitações técnicas e confecção de material didático de orientação. Assistiu-se à inserção da PPRA na atenção odontológica das UBS concomitantemente à prótese total acrílica convencional. Não teria se subestimado a necessidade de sistematizar sua confecção?

É necessário mencionar que, na prática clínica, é fato de que não são poucos os pacientes que já usam a PPRA como “prótese definitiva” tanto na rede privada quanto pública.

Atualmente, a equipe de tutoria reformulou sua atuação, submeteu-se a uma “calibração” técnica e estabeleceu novos critérios para agendamento das visitas. Em novembro de 2015, a coordenação de saúde bucal da PBH organizou mais um treinamento teórico para a realização da PTR e planeja capacitações práticas pontuais.

Na atenção odontológica primária da PBH, a PPRA acrílica se propõe a repor os dentes da bateria labial anterior, visando devolver uma condição estética satisfatória ao paciente.

Estudar a visão dos cirurgiões-dentistas sobre a PPRA na atenção em saúde bucal das UBS da PBH tornou-se relevante como forma de oportunizar a sistematização da sua realização, a partir da prática clínica. Buscou-se dar um caráter científico à realização da PPRA, considerando-se a sua demanda. Isto se justifica pelo fato de que sua introdução no rol de procedimentos da atenção em saúde bucal das UBS enfrentou a rejeição de cirurgiões-dentistas da própria rede e questionamentos de um sindicato da categoria profissional. Hoje se tornou parte da rotina de todas as 150 UBS da rede básica da PBH. Conhecer esse processo pode contribuir para repensar de maneira construtiva a oferta da PPRA, a partir das dificuldades relatadas. Concomitantemente, qualificar os encaminhamentos para a

especialidade cobaltocromo pode ser um bônus indireto, ao se estudar a execução da PPRA, considerando-se que a fase de planejamento é comum a ambas.

As informações obtidas poderão contribuir para a avaliação da prestação do serviço e subsidiar discussões entre os profissionais envolvidos na sua realização, gestores e usuários.

Por outro lado, não raro, a população busca outros recursos como solução para seus problemas em relação à falta de dentes, sabidamente a mão-de-obra de protéticos e a de “cirurgiões-dentistas práticos”. Esta pode ser uma realidade susceptível a mudanças, a partir da inserção da PPRA na rede básica em Belo Horizonte.

2 OBJETIVO GERAL

Conhecer a visão dos cirurgiões-dentistas da atenção primária do município de Belo Horizonte sobre a realização da PPRA, a partir de sua introdução no rol de procedimentos da atenção em saúde bucal das UBS do município de Belo Horizonte.

2.1 Objetivos Específicos

Conhecer as dificuldades nas diversas fases de confecção da PPRA na APS.

Avaliar a satisfação dos cirurgiões-dentistas em relação à oferta de PPRA na APS.

Avaliar os insucessos no processo de confecção da PPRA na rede SUSBH.

Sugerir um protocolo para realização da PPRA dirigido aos cirurgiões-dentistas da APS do município de Belo Horizonte.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceito, Indicações e limitações da PPRA

Mcgivney, Castleberry e Mccracken (1994, p. 301) se referiram à PPRA como próteses parciais removíveis temporárias mencionando que:

(...) devem ser usadas durante intervalos curtos, frequentemente fazem parte do tratamento protético global para uma boca parcialmente desdentada. É importante, porém, que os pacientes estejam a par que as próteses são temporárias e podem prejudicar a integridade dos dentes adjacentes e a saúde dos tecidos de suporte, se usadas durante períodos extensos sem os cuidados de suporte.

O autor prossegue enumerando suas indicações, a saber: por razões estéticas, para manutenção de espaço; no estabelecimento das relações oclusais, para o condicionamento de dentes e dos rebordos residuais, prótese interina durante o tratamento, no condicionamento do paciente no uso de uma prótese.

Todescan, Silva, Eglas, Silva Odilon (1996) orientaram que, nos casos onde sejam indicadas múltiplas extrações de dentes anteriores, os aparelhos removíveis poderão funcionar como próteses imediatas, que serão usadas durante um determinado período, enquanto se aguarda a consolidação do processo de cicatrização. Após o período de espera, decide-se o tipo de aparelho a ser construído, em caráter definitivo. Tais próteses poderão ter grampos adaptados de fio de aço inoxidável, como elementos de retenção. Acrescentou ainda que, em Odontopediatria, também estariam indicados os aparelhos removíveis de retenção a grampos com placas acrílicas, os chamados mantenedores de espaço, enquanto se aguardasse a erupção dos dentes permanentes.

Kalk apud Owall, Kayser e Carlsson (1997) avaliando o paciente pré-edêntulo, criticou o enfoque tradicional da prótese dentária na época que, a partir da simplista substituição de molares perdidos, justificava reabilitações extensas no intuito de prevenir desordens temporomandibulares. Chamou a atenção para a importância de se postergar as extrações o quanto possível em dentições mutiladas, atrasando-se a redução da crista óssea, à exceção dos casos de doença periodontal grave, quando a situação se inverteria. Indicou a remoção gradual da dentição

residual e o uso de uma prótese removível provisória que, por fim, levaria a uma possível prótese total.

Bonachela, Telles (1998), no contexto das indicações da PPR, mencionaram a necessidade de confecção de próteses temporárias que pode ocorrer durante o período de osseointegração de implantes, em casos em que não seja possível, por razões mecânicas, a confecção de uma prótese provisória fixa. Afirmaram que uma PPRA poderia funcionar transitoriamente como prótese de diagnóstico em reabilitações extensas, servindo como meio de avaliação das reações do paciente ao tratamento e influenciando decisivamente no planejamento do caso.

Os mesmos autores apontaram ainda, que o uso dos termos temporária (provisória) ou permanente (definitiva) em relação à vida útil das próteses é mais do que só uma questão de semântica. Afirmaram que existem elementos da psicologia na escolha, sobre os quais o profissional deve tomar ciência. Uma prótese temporária (provisória) pode ser vista pelo paciente como um produto de qualidade inferior. O termo permanente (definitiva) sugere ao paciente que visitas e controles periódicos não serão necessários e que a prótese irá durar tanto quanto ele puder usar.

Kliemann, Oliveira (1999) definiram a prótese provisória como aquela que é confeccionada com resina quimicamente ativada e fio ortodôntico. O autor a contra indicou como terapêutica definitiva por não proporcionar suporte vertical adequado (como a prótese não tem apoios, resulta na intrusão da mucosa), ausência de braço de estabilização e falta de rigidez (o conector maior da Prótese Parcial Removível convencional funciona como “chassis”, distribuindo as forças, o que não ocorre com as próteses só confeccionadas em resina). Podem ser utilizadas em pacientes jovens em fase de crescimento, quando uma prótese removível convencional poderia interferir no mesmo, o que, no entanto, justifica um controle rígido de seu uso.

3.2 Critérios para a confecção da PPRA

Wilson (2009) afirmou que a PPRA poderia ser considerada uma prótese permanente e uma opção de tratamento de baixo custo, desde que fossem obedecidos critérios tais como, a seleção de pacientes, a sua “educação” e adesão a

princípios para o desenho das mesmas. Este seria mais importante do que o material usado na confecção das próteses. O autor considerou a obtenção do suporte dental (em lugar de serem suportadas pelo tecido ósseo e tecidos moles) como principal objetivo do desenho e da construção, o que seria obtido pelo preparo de apoios com fio de aço e de nichos dentais nos dentes pilares, além dos grampos, também em aço (grampos em C, grampo em bola, grampo em anel, grampo com *approach* gengival) que estariam unidos a sela acrílica, que funcionaria como conector maior, à semelhança da PPRCocr. Recomendou também preparo da região do cíngulo dos caninos, quando pilares, que receberiam extensões da sela acrílica, que funcionariam como apoios. A largura do fio de aço inoxidável recomendada para a confecção de grampos foi 1,0 mm, quando os dentes pilares apresentassem boa saúde periodontal e de 0,9 mm, em caso de haver comprometimento periodontal presente. O autor enfatizou ainda que a sela acrílica (conector maior) precisaria contatar o equador protético dos dentes pilares (elemento de estabilização), não devendo haver espaço entre eles, provendo uma incidência de forças no sentido do longo eixo dental, minimizando movimentação e acúmulo de alimentos no local. Ainda advertiram que o sucesso biológico e mecânico das próteses seriam de responsabilidade do dentista e do técnico, cabendo ao primeiro a tarefa do desenho, delineamentos de modelos diagnósticos, mandatários nestes casos. Prosseguiu afirmando que os mesmos princípios da PPRCocr cabem para a PPRA, a saber: extensão da sela, suporte, retenção, reciprocidade, conector, estabilidade horizontal. Preconizou a confecção de planos-guias, com a finalidade de obter um único caminho de inserção da prótese (retenção passiva). Concluiu orientando que a seleção do paciente e as visitas após inserção das próteses deveriam receber especial atenção dos dentistas.

3.3 Comunicação entre cirurgiões-dentistas e laboratórios – detalhes técnicos, relativos à confecção de PPRA

Basker, Davenport (1978) investigaram o significado da comunicação entre dentistas e laboratórios de prótese e ainda se os desenhos das próteses parciais (acrílicas e cobalto-cromo) foram realizados pelo dentista ou delegados ao técnico, além de saber em qual extensão são seguidos os bem estabelecidos critérios com respeito a ambos os tipos de próteses parciais. Participaram da

pesquisa três laboratórios de prótese comerciais situados em três cidades da Inglaterra, mas que atendiam também ao país de Gales. Foram incluídas no estudo todas as próteses realizadas em cobalto-cromo (80 casos no arco superior e 41 no arco inferior) e todas as próteses acrílicas realizadas para o arco superior (27 casos), que foram fotografados. Com relação à comunicação entre dentistas e laboratórios, apenas 124 casos de cobalto-cromo participaram da pesquisa. Os autores passaram um dia em cada laboratório, avaliando os casos. Os resultados mostraram que a responsabilidade do desenho nesta amostra foi delegada aos técnicos. Mostraram também que 91% das próteses parciais acrílicas substituíram seis dentes ou menos, mas que, apesar do pequeno número de dentes recolocados, em somente dois casos foi solicitado que se fizesse a prótese de forma que se mantivesse afastada da margem gengival. Os autores citaram ainda um tipo de prótese chamada *Every Denture* (Dyer, 1972; Every, 1949), afirmando que houve sete casos nos quais se aplicariam a mesma (detalhada no produto técnico desta pesquisa), mas que em nenhum houve solicitação para tal. Em cada um dos oito casos nos quais as próteses foram feitas para recolocar um único dente anterior, todo o palato e a gengiva foram cobertos. Ainda afirmaram que o maior achado desta parte da pesquisa foi o grande número de dentes naturais colocados em risco para um número relativamente menor de dentes substituídos. Os autores concluíram que houve falta de fornecimento de informações pelos dentistas no desenho das próteses parciais, como difundido em outros estudos, mas que os laboratórios incluídos na investigação produziram, para próteses metálicas, desenhos bem próximos a muitos critérios aceitáveis como mantenedores da saúde oral. O mesmo não poderia ser concluído com relação às próteses acrílicas.

Radhi, Lynch e Hannigan (2006) estudaram sobre a qualidade da comunicação e da moldagem final para a fabricação de próteses parciais dentais removíveis (RDP) no reino de Bahrain (Golfo Árabe), que possui 650.000 habitantes, 213 dentistas (127 trabalhando em clínicas privadas e 86 para o ministério da saúde). Participaram da pesquisa cinco laboratórios de prótese privados, que forneceram 131 orientações escritas dos dentistas, coletadas por um período de dois meses, para realização das próteses, sendo que 11% delas foram para prótese cobalto-cromo e 89% para próteses acrílicas. Após as análises estatísticas, os resultados mostraram a variação na orientação com relação ao desenho das

próteses nas instruções escritas para ambos os tipos. O técnico foi requisitado para desenhar a prótese em 57% das próteses cobalto-cromo e em 79% das acrílicas. A qualidade das instruções escritas, segundo os autores, foi considerada inadequada, principalmente para as próteses acrílicas, para as quais somente 8% fizeram considerações sobre o desenho, contra 43% das próteses cobaltocromo, evidenciando a melhor qualidade de prescrição destas. O alginato foi o material de impressão mais usado nas moldagens finais de ambos os tipos de prótese. Relataram ainda que na amostra, o vazamento do modelo foi realizado entre um a três dias depois de feito, enfatizando que o aceitável é que fosse imediato ou, no máximo, até 24 horas após a moldagem. Concluíram que está difundido naquela localidade o uso inapropriado de moldeiras e materiais de impressão, que a responsabilidade das RDP relativas ao desenho é largamente delegada ao técnico, além da má qualidade das instruções escritas encontradas no estudo. Afirmaram que há necessidade de capacitações com relação a oferta de RDP para os profissionais daquela região.

3.4 Arco Dental Reduzido

Kayser (1981) realizou uma investigação clínica *cross-sectional*, no intuito de adquirir mais informações com relação às mudanças que ocorrem nas funções orais, na presença do arco dental reduzido, condição frequentemente encontrada quando a maioria dos dentes posteriores foi perdida. Participaram do estudo 118 pacientes, que procuraram atendimento na Escola Dental de Nijmegen, Guéldria, Holanda. Destes, 90 tinham o arco reduzido há mais de 2 anos e 28 possuíam a dentição completa (grupo controle). As idades variaram entre 19-71 anos. Os participantes foram divididos em seis classes, de acordo com o grau de simetria do arco reduzido e ao número de unidades oclusais (UO) presentes, ou seja, pares de dentes posteriores em oclusão (um molar correspondendo a 2 unidades oclusais de pré-molares). A classe I representou o grupo-controle (10-12 UO), as classes IIa e IIb, os arcos reduzidos assimétricos e as classes IIIa e b, os arcos reduzidos simétricos, sendo que as letras a e b indicavam os números de UO. A classe IV representou o arco reduzido extremamente curto. O método foi baseado nas medições de variáveis, as quais foram derivadas das funções orais. Os indivíduos se submeteram ao teste de mastigação, além de terem sido questionados quanto às suas queixas

sobre sua dentição remanescente. A influência do arco reduzido na dentição remanescente foi medida com as seguintes variáveis: altura do osso alveolar, relação interdental de contato, presença de atrição dental, *overbite* medido nos elementos 21 e 31, os contatos entre dentes anteriores e arco inferior na oclusão habitual. A altura do osso alveolar foi medida nas radiografias, realizando-se comparações entre as classes. Os resultados mostraram uma correlação altamente significativa entre capacidade mastigatória e número de UO. Em arcos dentais reduzidos assimétricos, relataram que a mastigação é feita unilateralmente ao longo do arco e, nos extremamente reduzidos, é feita com os dentes frontais. Os indivíduos apresentaram queixas com relação à mastigação, quando o número de UO foi menor do que 4, nos arcos reduzidos simétricos e, menor do que 6 UO, nos arcos reduzidos assimétricos. Como achado principal, obtiveram que pode ser observado dois tipos de mudanças: função oral que muda lentamente quando 4 UO são deixadas e depois mudam rapidamente (altura do osso alveolar, estética e contato interdental); e função oral que muda progressivamente, sem repentina mudança (capacidade mastigatória, contato entre os dentes anteriores na oclusão habitual). Concluíram, sugerindo aos cirurgiões-dentistas que tenham como referência os resultados da pesquisa, na indicação de PPR de extremo-livre.

Bonachela, Telles (1998), referindo-se à PPR (prótese cobaltocromo), ao se dedicarem ao estudo do arco dental reduzido, afirmaram que conceitos baseados na capacidade mastigatória e na capacidade de adaptação de cada paciente recomendam que a reposição de molares deve ser evitada e, se for possível, preencher requisitos estéticos e de estabilidade funcional sem tratamento restaurador, pois a reposição de molares perdidos constitui-se de uma causa iatrogênica comum de doença periodontal. Prosseguiram afirmando a existência de capacidade mastigatória suficiente em indivíduos quando, pelo menos, quatro Unidades Oclusais (pares de dentes antagonistas posteriores) estão presentes, preferencialmente em uma posição simétrica na arcada dentária. Ainda os mesmos autores, quando se referiram ao espaço protético, disseram que os parâmetros clínicos para avaliá-lo são basicamente, além da largura mesiodistal, a manutenção da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e a correta orientação do plano oclusal.

3.5 Avaliações do Uso de PPRA

Carlsson et al. (1976) pesquisaram o resultado tardio de tratamentos realizados com próteses parciais removíveis, após treze anos da instalação, em um grupo de 58 pessoas, que as receberam em 1959 (somando 68 próteses, considerando aqueles que tiveram os dois arcos reabilitados), atendidos na Universidade de Umea, Suécia, avaliados através da resposta a um questionário enviado para seus endereços. De uma amostra original de 54 pacientes que foram reabilitados com prótese total superior e parcial inferior, 27 atenderam ao convite para comparecer à faculdade e foram submetidos a exames clínicos e radiográficos pelos mesmos examinadores, utilizando os mesmos critérios de uma primeira investigação de acompanhamento, realizada em 1960 (foram realizadas mais duas, após dois e depois de quatro anos da instalação das próteses). Como resultado, em relação à amostra pesquisada através dos questionários, 22 das 58 pessoas ainda usavam as próteses “originais”. Quatro das próteses parciais ainda estavam com seus grampos de aço (uma média de 17%, comparada com 30% da primeira revisão). Os autores afirmaram que, neste estudo, as próteses parciais simples retidas por grampos de aço foram substituídas com mais frequência por próteses totais ou fixas do que as próteses cobalto-cromo. Atribuíram a sua “vida curta” a fragilidade do material (a julgar pela alta frequência de fratura e necessidade de reparo) e não unicamente ao fato de muitos pacientes terem se adaptado a elas, a despeito de seu aparentemente pobre prognóstico para a dentição residual. Afirmaram que a escolha do material foi frequentemente ditada por fatores econômicos e a julgar pelos resultados do estudo, uma pobre economia ao longo do caminho levou a escolhas mais baratas. Concluíram que as injúrias periodontais observadas raramente foram sérias (não especificando o tipo de prótese) e que, independente da construção e qualidade das próteses, o resultado poderá ser pobre, se uma boa manutenção através da higiene oral e de visitas regulares ao dentista não for realizada.

Tuominen, Ranta e Paunio (1989) estudaram a ocorrência de bolsa periodontal em usuários de próteses parciais removíveis (em sua maioria, próteses acrílicas, sendo que apenas 8,1% das próteses foram do tipo cobalto-cromo, que não compuseram o estudo) e não usuários, entre adultos na Finlândia. A pesquisa foi realizada através de entrevistas e exames clínicos, sendo que de 8.000 pessoas

da amostra original, 7.190 participaram de ambos. A condição periodontal foi registrada. Os resultados apresentaram maior probabilidade de bolsas periodontais na maxila do que na mandíbula, mesmo quando o número de dentes remanescentes foi controlado. A idade e o número de dentes remanescentes estiveram altamente associados com a probabilidade aumentada de bolsas periodontais e homens teriam 10-20% mais probabilidade de apresentarem bolsas periodontais que mulheres. Encontraram ainda forte associação, estatisticamente significativa, entre o uso de próteses parciais e a ocorrência de bolsas periodontais, o que pode ser devido à irritação mecânica pela estrutura da prótese acrílica, segundo os autores. Concluíram sugerindo que os dentistas deveriam cuidar para que os seus pacientes usuários de próteses parciais removíveis fizessem retornos frequentes, somada a responsabilidade individual, que deveria ser acordada durante as visitas, dando mais atenção à sua condição periodontal.

Allen et al.(2006) realizaram um estudo *cross-sectional* entre cirurgiões-dentistas na Inglaterra (KU), que objetivou identificar os fatores que modelaram o padrão de oferta de próteses parciais, no ano de trabalho anterior. Utilizaram-se de um questionário enviado a 796 cirurgiões-dentistas, ao qual 385 responderam (20% destes trabalhavam exclusivamente no Sistema de Saúde Público, 3% apenas no privado e 77% em ambos) ,que contemplou as sessões: média de prescrições dos dois tipos de próteses parciais (acrílicas e cobalto-cromo), fatores que influenciavam o sucesso ou falha das próteses cobalto-cromo, fatores que influenciaram o processo de confecção da prótese, a extensão do nível de acordo ou desacordo com algumas considerações a respeito das próteses parciais, além de informações que caracterizavam o cirurgião-dentista e sua prática. Após submeterem os dados a análises estatísticas, obtiveram que foram ofertadas mais próteses parciais acrílicas do que cobalto-cromo, em maior número para o arco superior. Os percentuais ficaram em 58% (entre 10 e 50 “prescrições”) para as prótese acrílicas e em 43% (entre 5 e 20 “prescrições) para as próteses cobalto-cromo, realizadas por cirurgiões-dentistas sem pós-graduação ou treinamento e provavelmente realizadas pelos profissionais que trabalhavam apenas no Sistema Público de Saúde ($p < 0,01$). Os autores afirmaram que estes resultados poderiam refletir considerações financeiras ou demandas de pacientes advindos de áreas socioeconomicamente desprovidas. Por outro lado, a maioria dos profissionais deram suporte a visão de

que o sucesso da prótese cobalto-cromo deveria ser positivamente influenciado se o dentista desenhasse a mesma. Entretanto, somente metade de todos os dentistas relataram desenhar suas próprias PPR co-cr. Possivelmente e mais uma vez, tais resultados estariam relacionados com dificuldades de administrar tempo e custo. Outro ponto que os autores discutiram foi que o estudo claramente realçou que havia divergência entre a prática e conhecimento, entre os cirurgiões-dentistas do estudo. Prosseguiram afirmando que os custos e pagamentos recebidos do Sistema de Saúde Público foram fatores importantes na decisão do processo de confecção de PPRco-cr, que segundo os respondentes, estariam longe de refletir o trabalho envolvido na realização das mesmas. Estes influenciaram a opção pelas próteses acrílicas, embora disseram que prefeririam fazer a co-cr no Sistema Público de saúde, que teriam mais chance de sucesso. Alguns profissionais disseram ser impossível contrabalançar qualidade, tempo e lucro, dentro das diretrizes do serviço Público de Saúde, no que se refere às próteses co-cr. Discutiram também que enquanto a maioria dos cirurgiões-dentistas relataram que cuidados após a instalação melhoram as chances de sucesso da prótese co-cr, alguns dentistas na prática não seguem o que acreditam e falham em organizar a rotina de retornos para os pacientes ou no encaminhamento para o higienista. Entretanto, como fator mais importante na decisão do tipo de prótese a ser ofertada, os autores colocaram o desejo do paciente em ter uma prótese parcial associado ao valor estético que ele dá a ela. Concluíram afirmando estar claro que a oferta da prótese parcial é conduzida pelo paciente, mas o processo de sua execução é ainda influenciado por fatores incluindo tempo, custo e pagamentos do Sistema Público de Saúde.

Pun et al. (2011) realizaram um estudo que se propôs a investigar os padrões de perdas de dentes em pacientes que receberam prótese dental parcial removível (RPD) e também apresentar em detalhes como este tratamento foi ofertado em Wisconsin oriental (USA), cobrindo uma área metropolitana de 1,7 milhões de pessoas. A pesquisa utilizou estritamente a definição de prótese parcial removível, avaliando próteses com estrutura metálica e não metálica (acrílicas e flexíveis). Novecentas e três RDP feitas por cinco laboratórios foram analisadas através de fotografias digitais (1502 no total), realizadas por técnicos de laboratórios de prótese calibrados para tal, durante um período de quatro meses. Quaisquer prescrições solicitadas pelos dentistas (escrita ou desenhada no modelo) foram

fotografadas também, sendo que foram atribuídos créditos aos mesmos pelas orientações. As imagens foram realizadas na chegada dos modelos ao laboratório (bem como as orientações do dentista) e imediatamente antes da devolução ao dentista pela primeira vez. Um investigador calibrado analisou as fotografias para realizar a classificação de Kennedy para as RPD, tipo de RPD, tipo de conector maior entre outros detalhes. O estudo revelou que mais de 40% das orientações para confecção das RPD não tiveram a contribuição de dentistas e que uma em cada cinco RPD não tinham apoios. Mostrou também que 66,8% de todas as RPD foram fabricadas com estrutura metálica, que 33,2% tinham conector maior não metálico (acrílico) e 5,2% não metálico flexível. Os autores concluíram que: As RPD de todos os tipos continuam a ser um tratamento comum naquela região, de igual incidência em ambos os arcos dentais; que as próteses não metálicas raramente incluem apoios; que a classe I de Kennedy foi a mais comum no estudo (38,4%) seguida pela classe III (31,2%); que a participação do dentista nas orientações para a realização da RPD foi mínima; que o percentual de próteses acrílicas foi maior que o de estudos anteriores; que houve uma alta incidência de próteses nas quais faltou algum suporte dental (21,3%) e que houve um aumento do uso de conector maior metálico volumoso naquela amostra, quando comparada com outras.

Rovani et al. (2011) estudaram a prevalência de patologias decorrentes do uso de próteses parciais e totais removíveis, incluindo as próteses parciais acrílicas removíveis, a partir da avaliação clínica bucal. Avaliaram qualitativamente a conduta dos usuários quanto à higiene das mesmas. Participaram do estudo 308 indivíduos que compareceram à triagem da faculdade de Passo Fundo, RS, Brasil. A presença de doenças sistêmicas foi o critério de exclusão. Compôs a pesquisa um questionário com questões tais como: fumante, idade, sexo, tipo de prótese, hábito de dormir com a prótese, formas de higienização das próteses. O examinador preencheu um relatório clínico e radiográfico sobre as condições da cavidade bucal examinada. Como resultado, obteve-se que, dos 45 usuários de prótese parcial removível acrílica, observou-se a presença de lesão em 25 das 30 mulheres e em 9, dos 15 homens que compuseram a amostra. Com relação a dormir com as próteses, o percentual foi de 80% para homens e 86,7% para as mulheres. Sobre receber orientações de higiene quanto ao uso das próteses, o percentual foi de 20% para ambos. Com relação ao tipo de lesão presente, distribuídas entre candidíase,

hiperplasia papilar inflamatória do palato, granuloma piogênico, hiperplasia inflamatória, ceratose friccional e úlcera traumática, realizaram uma comparação entre o uso da PPR, da prótese parcial acrílica removível e da conjugação PPR/PTR. Observou-se a presença da maioria dos tipos de lesão nos três tipos de uso considerados, com uma maior prevalência das lesões nos usuários de PPR acrílica. Nestes, houve predominância da candidíase e, em segundo lugar, da hiperplasia inflamatória do palato. Por outro lado, o estudo mostrou a ausência de ceratose friccional, hiperplasia inflamatória e úlceras traumáticas nos usuários de prótese acrílica removível, lesões presentes nos demais tipos de uso. As lesões estavam presentes em 66,9% da amostra. Nos usuários de prótese parcial acrílica removível, houve maior prevalência de placa bacteriana clinicamente visível, tanto na prótese quanto no meio bucal (em 90% dos usuários), de gengivites, periodontites e cáries. Destes, 100% afirmaram dormir com a prótese, só removendo para higienização. Concluíram que a má higiene e o uso prolongado de próteses antigas foram os principais fatores etiológicos de patologias nos tecidos de suporte das próteses removíveis.

3.6 Ensino da Prótese Parcial Removível

Lynch, Allen (2007) pesquisaram sobre o ensino da prótese dental parcial na Irlanda e Reino Unido, em maio de 2005. Participaram do estudo, 15 escolas de odontologia, para as quais foram enviados questionários, que buscaram investigar os métodos usados no ensino da prótese parcial removível (cobalto-cromo e acrílica). Os questionários foram distribuídos por email aos co-orientadores do ensino da prótese parcial, buscando informações sobre o ensino pré-clínico e clínico de ambas as próteses e continham questões abertas (onde havia espaço para escrever o que quisessem) e fechadas (onde escolhiam a opção mais apropriada). Os resultados, obtidos de 11 respondentes (o mais *senior* da equipe, responsável pela oferta da disciplina) foram descritos (*Microsoft Excel Data sheet*) e relataram que o número de horas dedicadas a fase pré-clínica foi em média de 67 horas (24-200 horas), a duração do “*hands-on*” / componentes da prática foi de 54 horas em média (25-175 horas), a duração do ensino didático de componentes foi de 13 horas em média (5-25 horas), as quais foram divididas entre o uso de tutoriais com 9 horas em média (1-19 horas) e leitura formal, com 4 horas em média (1-10 horas). Todas

as escolas responderam que ensinaram o uso do delineador, utilizando, em média, 8 horas para este objetivo (2- 28 horas). Sobre as orientações escritas para os laboratórios, utilizando 2,5 horas (1-6 horas) para tal. Os autores relataram ainda, como resultado, que, como requisitos clínicos para a graduação, os alunos precisavam concluir em média duas próteses parciais acrílicas (0-3) e 3 em cobalto-cromo, em média (2-5). Os respondentes colocaram como desafios no ensino da disciplina: A falta de pacientes adequados, a falta de uma equipe treinada, pressões com relação ao tempo advindas de outras disciplinas e o aumento do número de estudantes. Os autores concluíram que foram notadas variações entre conteúdo e programas de ensino nas escolas, que refletem a pressão a que está submetida a educação.

Sander et al. (2011) descreveram um projeto de extensão do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, intitulado “Próteses Provisórias: quatro anos de contribuição para a qualidade de vida”. Tratou-se da captação de pacientes das várias disciplinas da graduação para serem atendidos pelos alunos do 7º e 8º períodos, com a participação dos estudantes do 6º período. Tais pacientes, desde 2007, receberam todos os tipos de restaurações provisórias, inclusive a PPRA, enquanto esperavam condições clínicas e de agenda para a prótese definitiva. O projeto foi avaliado semestralmente. Os pacientes foram informados sobre a estimativa da longevidade de sua prótese provisória e, também, sobre os cuidados necessários para seu uso. Receberam um termo de consentimento no qual declaravam estar cientes que o referido procedimento teria durabilidade limitada.

3.7 Higienização das Próteses Parciais

Milward, Katechia e Morgan (2013) pesquisaram sobre deficiências no conhecimento sobre higienização de próteses dentais parciais removíveis (RDP) por seus usuários, visando obter melhoramentos neste campo. Objetivaram investigar as informações dadas aos usuários de RDP sobre higiene das mesmas; avaliar o conhecimento sobre higienização de suas próteses e a consciência dos usuários sobre sua importância, refletida por pacientes colocados em um regime de limpeza de suas próteses; identificar quaisquer possíveis mudanças que deveriam ser implementadas na prática. Como metodologia, os autores utilizaram uma auditoria,

da qual participaram três centros universitários americanos, de abril a outubro de 2012. Para tal, 196 usuários de RDP responderam a primeira sessão de perguntas de um questionário. A segunda foi respondida por clínicos ou estudantes que acompanharam os pacientes no seu dia, para informar sobre o tipo de RDP e higienização. Os dados foram submetidos a análises estatísticas. Como resultados, obtiveram que houve significativa relação entre o tipo de RDP e a sua limpeza ($p < 0,01$). Dos participantes usuários de RDP cobalto-cromo, 69% exibiram uma higienização considerada boa. Daqueles usuários de RDP acrílicas, esta condição foi encontrada em 34,7% dos usuários. Dos usuários de RDP, 91,8% dos participantes indicaram que receberam instruções de higiene quando da instalação, 60,2% mostraram um nível de higienização menor do que o apropriado e 9,2% relataram que dormiam com as próteses na boca. Os autores concluíram que a falta de conhecimento sobre higienização de próteses foi demonstrada entre os participantes e que como parte de um processo de auditoria, a educação em saúde de usuários de RDP precisa melhorar e os níveis de consciência do papel da equipe odontológica deveriam ser levantados.

4 ETAPAS CLÍNICAS DE EXECUÇÃO DA PPRA

4.1 Etapas realizadas pelo (a) cirurgião (a)-dentista (da APS):

- a) Moldagem com hidrocoloide irreversível (alginatos);
- b) Confecção de modelos em gesso tipo III;
- c) Desinfecção dos modelos através de imersão em solução de hipoclorito de sódio a 1%, durante 10 minutos, 24 horas após o vazamento do gesso.
- d) Desenho e delimitação da prótese sobre o modelo de trabalho;
- e) Acerto de planos de orientação e registro oclusal (escolha de cor dos dentes).
- f) Prova de dentes (caso não seja do tipo imediata);
- g) Inserção;
- h) Proservação.

4.2 Passo a passo laboratorial de execução da PPRA

Segue Quadro 1, baseado em considerações de Semedo (2012).

Quadro 1 - Passo a passo das etapas laboratoriais de confecção da PPRA

ETAPAS LABORATORIAIS DE CONFECÇÃO DA PPRA

- Aliviar as áreas retentivas nas proximais dos dentes do modelo de trabalho com gesso comum (tipo II-Paris) ou argila (laboratórios credenciados com a PBH usam cera), que possam impedir o futuro assentamento da peça protética;
- Reproduzir o modelo de trabalho utilizando um gel (hidrocoloide reversível – Ágar-ágar, que sofre a geleificação através de aquecimento e endurece após resfriamento) para duplicação de modelos e vazar gesso-pedra. Este será usado para adaptação da peça após a prensagem, já que se perde o modelo original e para a confecção e adaptação dos grampos ortodônticos (os laboratórios credenciados pela PBH utilizam o alginato para a duplicação do modelo original aliviado, no qual fazem os grampos. Após a prensagem, realizam a adaptação da prótese utilizando carbono, no modelo duplicado).
- Delimitação da área chapeável:
 - Nas áreas desdentadas, seguir as delimitações, tais como nas próteses totais removíveis;
 - Nas áreas dentadas, apoiar-se sobre os dentes, por lingual ou palatino, sem permitir interferência nos movimentos excursivos, principalmente nos caninos.
- Montagem em articulador (charneira);
- Confecção dos planos de cera (em cera nº 7) - seguir o rebordo residual e a altura dos dentes remanescentes (os laboratórios credenciados pela PBH confeccionam a base de acrílico, previamente ao assentamento dos planos de cera).
- Montagem de dentes;
- Ceroplastia gengival final;
- Inclusão - cuidado especial para a inclusão na base da mufla (mufla inferior), no que se refere à eliminação de áreas retentivas na superfície do gesso e do modelo a ser incluído, prevenindo-se a fratura do gesso que será vertido na contra-mufla. Isto pode acontecer quando da abertura da mufla para eliminação da cera, anteriormente à prensagem. Assim, como regra geral, deve-se recortar a incisal dos dentes anteriores, recortar a superfície oclusal, desgastar a inclinação da face vestibular no sentido cervicoincisal-oclusal, em um ângulo de 45 graus, nos dentes anteriores e posteriores. Estes desgastes são realizados com broca fissurada 703 ou, quando possível, no recortador de gesso. Deve-se cuidar para não danificar os dentes de acrílico, a ceroplastia da peça e os grampos de retenção (quando presentes). Observação: o desgaste será no sentido médio incisal/oclusal, quando da presença de grampos de retenção (que estarão alojados na região cervical).

Fonte: SEMEDO, 2012.

Para se executar a inclusão deve-se ter à disposição:

- a) o modelo preparado;
- b) mufla nº 6;
- c) gesso comum;
- d) gesso pedra;
- e) cubeta;
- f) espátula p/ gesso;
- g) isolante (vaselina/Cel-lac);
- h) antibolhas;
- i) pincel médio fino.

Os procedimentos são: isolar a mufla nº 6 com vaselina. Preparar e verter gesso comum na metade inferior da mufla. Em seguida, colocar o modelo preparado, pela sua base, sobre o gesso fluido, incluindo-o parcialmente, observando o cuidado de deixar sempre aparente a ceroplastia e os dentes acrílicos. Colocar gesso comum nos desgastes da face vestibular dos dentes em gesso preparado e alisar a superfície do gesso (parcialmente fluido), dando-lhe uma inclinação expulsiva para baixo e para fora, deixando a mufla e a superfície livres de retenções. Aguardar a presa do gesso e isolar com Cel-lac. Passar antibolha nos dentes e na ceroplastia (secar). Fazer “boneca” com gesso-pedra (laboratórios credenciados com a PBH usam sílica) sobre os dentes acrílicos e a ceroplastia. Colocar a contramufla e preencher o restante com gesso comum em excesso, comprimindo o excedente ao fechar a mufla com a tampa e aguardar a presa do gesso por 40 minutos. (SEMEDO, 2012).

Fazer a prensagem, conforme o autor recomenda, que exigirá:

- a) Mufla pronta com o gesso após a presa;
- b) Broca esférica;
- c) Isolante Cel-lac;
- d) Pote de vidro p/ resina;
- e) Espátula;
- f) Resina rosa;
- g) Pincel;
- h) Plástico ou celofane. (laboratórios credenciados pela PBH não usam).

Em seguida, o Quadro 2 com os procedimentos finais da PPRA.

Quadro 2 - Procedimentos finais de confecção da PPR

PROCEDIMENTOS FINAIS

- Colocar a mufla em água fervente por 6 minutos;
- Abrir a mufla e contra-mufla com cuidado, retirando toda a cera e lavar em água fervente (ambas);
- Furar os dentes acrílicos, com broca esférica, na sua base para aumentar a retenção com a resina a ser prensada;
- Isolar a contramufla com Cel-lac, evitando os dentes acrílicos;
- Preparar a resina (fases: arenosa, fibrosa, plástica - que é a de trabalho, borrachoide, rígida);
- Entulhar a resina (fase plástica) nos espaços protéticos;
- Colocar celofane úmido ou plástico sobre a resina;
- Fechar e prensar lentamente até o fechamento da mufla;
- Abrir novamente a mufla, remover o plástico ou celofane e recortar os excessos de resina;
- Isolar a mufla inferior com Cel-lac e esperar secar;
- Fechar a mufla numa prensagem final, com parafusos ou prensa de cocção;
- Fazer a cocção (seguir os passos da PPR);
- Fazer a demuflagem;
- Fazer os ajustes da PPR provisória no modelo duplicado anteriormente;
- Dar acabamento e polimento.

Fonte: SEMEDO, 2012.

Quando houver necessidade de retenção além da proporcionada pela área chapeável (principalmente nas arcadas inferiores), confeccionar os grampos de retenção: os mais usados são os adaptados, em forma de C, em fio de 0,7mm (edital de contratação dos laboratórios preconiza 0,8mm), simples ou duplos, com sua ponta ativa atuando por vestibular e por proximal, nas zonas retentivas. Fixar os grampos (por vestibular) com godiva ou cera pegajosa (laboratórios da PBH não utilizam estes materiais e sim cera 7 ou 9). (SEMEDO, 2012).

5 METODOLOGIA

O município de Belo Horizonte possui atualmente 2.502.557 habitantes (IBGE) com 560 Equipes Saúde da Família (ESF), com um percentual de 75% de cobertura da população. Com relação à saúde bucal, a atenção básica soma 359 cirurgiões-dentistas, vinculados a 238 Equipes de Saúde Bucal (ESB), com percentual de cobertura de 41,62% da população.

Este estudo foi baseado no consolidado de produção de PPRA das UBS do município de Belo Horizonte referente ao período de agosto de 2010 até setembro de 2016. Fizeram parte da amostra **155** cirurgiões-dentistas da rede básica selecionados, através de sorteio (amostra aleatória simples). Para conhecer o número de cirurgiões-dentistas do estudo, foi realizado um cálculo amostral por estimativa de proporção, com erro amostral de 7%, prevalência da condição 50% (sem estudos anteriores sobre a visão dos cirurgiões-dentistas sobre a PPRA) e nível de significância de 95%. Em seguida, foi realizado novo cálculo com a população finita, dando um total de 129 cirurgiões-dentistas. A amostra foi acrescida de 20% para prevenir possíveis perdas, dando um número final de 155 dentistas. A amostra final foi distribuída proporcionalmente ao número de dentistas de cada distrito sanitário. Ao final, 159 CD responderam ao questionário.

Construiu-se um questionário estruturado com questões (72) inerentes à prática diária de execução da PPRA, contemplando sua indicação, seu planejamento, suas fases clínicas de execução, as possíveis dificuldades encontradas durante a sua realização e preservação, assim como a visão dos cirurgiões-dentistas sobre sua inclusão no rol dos procedimentos da atenção básica. Este instrumento foi primeiramente submetido a quatro *expertises* para avaliação. Posteriormente, foi aplicado em um grupo de 5 (cinco) cirurgiões-dentistas, não pertencentes à amostra selecionada para o estudo, para melhor adequação ao seu propósito.

A maior parte das questões apresentou 5 (cinco) opções de respostas na escala tipo *Likert*, a saber: sempre / quase sempre / às vezes / raramente / nunca. Dados sobre os cirurgiões-dentistas também foram coletados, tais como: ano de graduação, vínculo com a PBH, tempo de serviço na instituição. Para aplicação do

questionário e facilitar a análise dos seus resultados, utilizou-se a plataforma *SurveyMonkey* (*SurveyMonkeyInc.*, Palo Alto, California, EUA).

Realizou-se uma análise descritiva e estatística dos resultados, a partir das informações obtidas a partir do questionário proposto. Este estudo foi submetido ao COEP da UFMG e da PBH para avaliação sobre as questões éticas, sendo aprovado com o número CAAE: 57753816.6.0000.5149.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO (artigo)

Esse capítulo será apresentado no formato de artigo, submetido à Revista de Odontologia da Unesp, intitulado:

**A visão dos cirurgiões-dentistas sobre a prótese parcial acrílica
na Atenção Primária**

**The vision of dentists about the partial acrylic prosthesis
on primary attention**

Rita de Cássia SILVA*; Raquel Conceição FERREIRA**; Denise Vieira TRAVASSOS **;
Andrea Maria Duarte VARGAS**

* Mestrado Profissional em Saúde Pública, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, FOUFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

** Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado Profissional em Saúde Pública, FOUFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Introdução:

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam para a inclusão de próteses elementares no rol de procedimentos da Atenção Primária em saúde bucal.

Objetivos: Este estudo visou identificar as dificuldades e facilidades relativas à indicação, ao planejamento, confecção, instalação e preservação da Prótese Parcial Removível Acrílica, relatadas pelos dentistas da Atenção Primária em Saúde.

Metodologia: A amostra foi composta de 159 cirurgiões-dentistas (cálculo amostral por estimativa de proporção, com erro amostral de 7%, prevalência da condição 50% e nível de significância de 95%), da rede básica de Belo Horizonte, selecionados através de sorteio (amostra aleatória simples). Para a coleta de informações, construiu-se um questionário estruturado, com 72 questões inerentes à prática diária de sua execução. Para aplicação do questionário e facilitar a análise estatística dos resultados, utilizou-se a plataforma *SurveyMonkey*. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: Obteve-se que para a maioria dos profissionais, a inclusão da prótese parcial removível acrílica no rol de procedimentos da Atenção Primária foi uma iniciativa positiva e que gostaram da experiência com as diversas fases de sua confecção. Revelou, também, que os dentistas graduados em instituições privadas relataram ter mais insucessos do que os graduados em instituições públicas. Verificou-se que quanto mais preparado se sentiu o dentista, houve menos dificuldade e relato de insucesso e quanto mais satisfeito com a realização, maior ausência de insucesso.

Conclusão: Há necessidade de avaliação e monitoramento da prótese parcial removível acrílica pelo serviço e de qualificação dos dentistas, para sua confecção.

Descritores: Prótese parcial removível; cirurgiões-dentistas; satisfação no trabalho; protocolos clínicos.

ABSTRACT

Introduction:

The guidelines of the National Politics of Oral Health direct to the inclusion of the elementary prostheses in the list of procedures which constitute the Primary Attention in oral health.

Objectives:

This paper aimed at identifying the difficulties concerning confection of Acrylic Partial Denture, reported by dental surgeons of the attention primary health, satisfaction of dentists and failure.

Methodology:

The sample was composed by 159 dental surgeons (sample calculation through proportion estimate, sample error of 7%, condition prevalence of 50% and significance level of 95%), in Belo Horizonte, MG, Brasil, selected via raffle (simple random sampling). A structured questionnaire was built with 72 questions inherent to the daily practice of its execution, using the SurveyMonkey platform. This study was approved by the Research Ethics Committee.

Results and discussion: These results showed that for most of the surgeons dentists, the inclusion on the list of procedures in the health primary attention was a positive initiative and they enjoyed the experience in the various phases of making the Acrylic Partial Denture and also that the dental surgeons who had graduated in private institutions reported to have had more failures than those who had graduated in the public ones. The more prepared the dental surgeons felt, the less difficulties and failures were reported, and the more satisfied with the performance of Acrylic Partial Dentures, the higher the absence of failures. There is a need to evaluate and monitor the Acrylic Partial Denture for the service and to train the dental surgeons with regards to its making.

Descriptors: denture partial; dentists; job satisfaction; clinical protocols.

Introdução

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) orientaram para a “inclusão da reabilitação protética na atenção básica” e instruíram a considerar-se em cada local a possibilidade de inserção de “procedimentos relacionados com a fase da instalação de próteses dentárias elementares”. As mesmas diretrizes definiram ações de reabilitação como, “recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional”. Afirmaram que a inclusão de procedimentos complexos na atenção primária contribui para “aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura”. (BRASIL¹).

Dados do SB-BRASIL² apontaram que, na região Sudeste, entre 35-44 anos, a necessidade de prótese parcial em um maxilar era de 26,1%, 0,6% em dois maxilares e 0,3% quando conjugada com a prótese total. Já entre 65-74 anos, 20,1% necessitavam de prótese parcial em um maxilar, 17,9% em dois maxilares e 16,9 % quando conjugada com uma prótese total. O mesmo levantamento informou que o serviço público de saúde foi o mais utilizado em todas as regiões brasileiras.

Em 2006, o Protocolo para Atenção em Saúde Bucal da PBH³ recomendou oferecer “recuperação estética, através de restaurações diretas e/ou próteses totais ou parciais acrílicas removíveis”. No entanto, a oferta de próteses dentárias acrílicas (prótese total convencional e próteses parciais totalmente acrílicas com grampos de fio ortodôntico) pela atenção primária da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) se concretizou em 2010, a partir da adesão gradativa dos cirurgiões-dentistas da rede. A indicação de próteses totais e parciais acrílicas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) objetivou a reinserção social do usuário.

Ainda em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) passou a ofertar a Prótese cobaltocromo convencional (PPR) para usuários que concluíram o tratamento na atenção primária, a ser realizada na Atenção Secundária. Em 2011, estabeleceu-se um protocolo para a PPR, restringindo-a aos usuários com perdas de dentes anteriores e pré-molares, justificando-a através do referencial teórico da necessidade de restabelecimento “arco dental reduzido” (pelo menos, quatro “unidades funcionais” presentes), não estando indicada a Prótese Parcial Removível Acrílica (PPRA) neste caso, segundo o mesmo protocolo.

Em dezembro de 2015, a Coordenação de Saúde Bucal⁴ da PBH enfatizou a indicação, as características e limitações da PPRA. Acrescentou que ela se prestaria a “evitar constrangimentos estéticos”, a fim de eliminar falhas provocadas pela ausência dos dentes anteriores superiores, como prótese imediata após exodontias dos dentes anteriores; para falhas anteriores inferiores quando houver nítido constrangimento do pacientes. Nesses casos, o CD deve avaliar se o risco de fratura da prótese não contraindica sua confecção. Essas próteses não deveriam ser indicadas para o restabelecimento funcional e melhora da habilidade mastigatória. (CSB).

O objeto de estudo desta pesquisa foi a experiência dos cirurgiões-dentistas da rede básica da prefeitura de Belo Horizonte, com relação à Prótese Parcial Removível Acrílica com grampos ortodônticos, a partir de sua introdução no rol de procedimentos, no 2º semestre de 2010. Assim, considerou-se a experiência dos cirurgiões-dentistas, na sua produção, até setembro de 2016.

De agosto de 2010 a setembro de 2016, 27.297 próteses totais removíveis convencionais foram ofertadas pela atenção em saúde bucal da PBH (DATASUS⁵). A atenção em saúde bucal das UBS do município de Belo Horizonte ofertou 11.949 Próteses Parciais Removíveis Acrílicas, no mesmo período (DATASUS). No entanto, para a introdução da PPRA entre os procedimentos na atenção básica, não se observou a mesma conduta quando

da inserção da PTR na rede, no que se refere às capacitações técnicas e confecção de material didático de orientação. Assistiu-se à inserção da PPRA na atenção odontológica das UBS concomitantemente à prótese total acrílica convencional.

Na atenção odontológica básica da PBH, a PPRA acrílica se propõe exclusivamente a repor os dentes da bateria labial anterior, visando devolver uma condição estética satisfatória ao paciente.

Compreender a visão dos cirurgiões-dentistas sobre a PPRA na atenção em saúde bucal das UBS da PBH torna-se relevante como forma de oportunizar a sistematização de sua realização, buscando dar-lhe um caráter científico, considerando-se sua demanda. Hoje este procedimento se tornou parte da rotina de todas as 150 UBS da rede básica da PBH. Conhecer esse processo pode contribuir para repensar de maneira construtiva a oferta da PPRA, a partir das dificuldades relatadas. Tais informações, transformadas em dados, poderão contribuir para a avaliação da prestação do serviço e subsidiar discussões entre os profissionais envolvidos na sua realização e gestores.

Metodologia

Este é um estudo transversal, com cirurgiões-dentistas, sobre a Prótese Parcial Removível Acrílica (PPRA) e foi baseado no consolidado de produção de PPRA das UBS do município de Belo Horizonte, referente ao período de agosto de 2010 até setembro de 2016. Dos 359 cirurgiões-dentistas da rede básica, 155 fizeram parte da amostra, selecionados através de sorteio (amostra aleatória simples). Para conhecer o número de cirurgiões-dentistas do estudo, foi realizado um cálculo amostral por estimativa de proporção, com erro amostral de 7%, prevalência da condição 50% (sem estudos anteriores sobre a visão dos cirurgiões-dentistas sobre a PPRA) e nível de significância de 95%. Em seguida, foi realizado novo cálculo com a população finita, dando um total de 129 cirurgiões-dentistas. A amostra foi acrescida de 20% para prevenir possíveis perdas, dando um número final de 155 dentistas. A

amostra final foi distribuída proporcionalmente ao número de dentistas de cada distrito sanitário. Ao final, 159 CD responderam ao questionário.

Construiu-se um questionário estruturado com questões (72) inerentes à prática diária de execução da PPRA, contemplando a satisfação, a preparação e as dificuldades com relação a sua indicação, seu planejamento, suas fases clínicas de execução, as possíveis dificuldades encontradas durante a sua realização e preservação, assim como a visão dos cirurgiões-dentistas sobre sua inclusão no rol dos procedimentos da atenção básica. Dados sobre os cirurgiões-dentistas também foram coletados, tais como: ano de graduação, vínculo com a PBH, tempo de serviço na instituição, etc.

Este instrumento foi primeiramente submetido a cinco *expertises* para avaliação. Posteriormente, foi aplicado em um grupo de 5 (cinco) cirurgiões-dentistas, não pertencentes à amostra selecionada para o estudo, para melhor adequação ao seu propósito. As questões apresentaram 5 (cinco) opções de respostas com Escala de *Likert*, como, por exemplo: sempre / quase sempre / às vezes/ raramente / nunca.

Para aplicação do questionário e facilitar a análise dos resultados, utilizou-se a plataforma *SurveyMonkey* (*SurveyMonkeyInc.*, Palo Alto, California, EUA).

Realizou-se uma análise descritiva e estatística dos resultados, a partir das informações obtidas do questionário proposto. Foi realizada uma análise fatorial a partir da matriz de correlação policórica, para as questões de satisfação, dificuldade e preparação. Em seguida, foi estimado um escore, de acordo com a solução do modelo fatorial e realizada a correlação entre os escores, por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. Foram verificados os fatores associados ao insucesso na confecção das próteses, considerando os quesitos preparação, dificuldade, satisfação e demais co-variáveis estudadas.

Este estudo foi submetido ao COEP da UFMG e da PBH para avaliação sobre as questões éticas e foi aprovado com o número CAAE: 57753816.6.0000.5149.

Resultados

Os resultados referentes às características sociodemográficas e de trabalho dos cirurgiões-dentistas se encontram na Tab. 1, a seguir.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de trabalho dos CDs, PBH, Belo Horizonte

Características	N	Percentual
Faixa Etária – 154		
De 20-39 anos	60	38,96%
De 40-59 anos	81	52,59%
De 60-70 anos	13	8,44%
Gênero – 159		
Masculino	40	25,15%
Feminino	119	74,84%
Anos de Formado – 159		
Até um ano	1	0,62%
Entre 2-5 anos	10	6,28%
De 6 a 10 anos	25	15,7%
De 11 a 15 anos	26	16,35%
Mais de 15 anos	97	61,00%
Onde graduou – 158		
Privada	59	37,10%
Pública	99	62,26%
Vínculo com concurso – 159		
Sim	143	89,93%
Não	16	10,06%
Jornada de trabalho APS- 158		
20h	20	12,6%
40h	137	86,71%
Outras	1	0,63%
Modalidade de ESB – 154		
1	55	35,71%
2	78	50,64%
Apoio	21	13,6%

O N* significa o número de respondentes para a questão.

Com relação à indicação da PPRa, considerando-se o grupo de dentes ausentes, a maioria dos profissionais (81%) respondeu que realizaram a PPRa para restaurar

exclusivamente os dentes anteriores superiores. No entanto, deste percentual, 35% escolheram a opção “quase sempre”; 33%, “às vezes”; e somente 13% optaram por “sempre”. O percentual dos que fizeram “raramente” e “nunca”, nesta condição, somou 18%. Com relação à inclusão dos pré-molares superiores, 30,77% responderam que a realizavam “às vezes”.

A visão dos cirurgiões-dentistas sobre a satisfação, dificuldade e preparação nas diversas etapas de confecção da PPRA se encontra na Tab. 2, a seguir.

Tabela 2 – Visão dos CDs da PBH com relação à preparação, às dificuldades e à satisfação em cada etapa de confecção da PPRA

Etapas	Preparação		Dificuldade		Satisfação	
	N	%	N	%	N	%
Indicação						
Positivo	143	92,25	135	87,09	77	49,35
Negativo	12	7,74	20	12,90	79	50,64
Planejamento						
Positivo	140	89,74	131	84,51	85	54,83
Negativo	16	10,25	24	15,48	70	45,16
Execução de Moldagem						
Positivo	141	90,38	138	88,46	117	75,00
Negativo	15	09,61	18	11,53	39	25,00
Execução do Acerto						
Positivo	134	86,45	139	89,67	91	58,33
Negativo	21	13,54	16	10,32	65	41,66
Instalação						
Positivo	137	88,96	112	72,25	93	59,61
Negativo	17	11,03	43	27,74	63	40,38
Proservação						
Positivo	135	87,09	131	84,51	85	54,48
Negativo	20	12,90	24	15,48	71	45,51

Através da análise fatorial foram gerados escores para satisfação, preparação e dificuldade, o que mostrou também uma carga fatorial alta em todos os fatores de análise de cada uma delas, separadamente.

A Tab. 3, a seguir, mostra a correlação entre estes escores.

Tabela 3- Correlação entre os escores de preparação, dificuldade e satisfação

	Dificuldade	Preparação	Satisfação
Dificuldade	1,00		
Preparação	0,77	1,00	
Satisfação	0,68	0,65	1,00

A análise das correlações encontradas mostrou que estar mais preparado para realizar a PPRA implicou apresentar menos dificuldades em suas diversas fases. Estar mais satisfeito, considerando-se as diversas fases da sua realização, implicou estar mais preparado para executá-las. A seguir, a Tab. 4 apresenta as principais causas dos insucessos dos CDs.

Tabela 4 - Principais causas dos insucessos relatados pelos CDs da PBH na confecção de PPRA

Causas dos insucessos		%
Teve insucesso		
Sim	102	66
Não	53	34
Problemas laboratório		
Sim	127	96
Não	5	04
Problemas do Profissional		
Sim	81	62
Não	50	38
Problemas estéticos (paciente)		
Sim	54	41
Não	78	59
Problemas com desadaptação da sela acrílica		
Sim	102	77
Não	30	23
Problemas com o desenho		
Sim	81	62
Não	50	38
Problemas com grampos ortodônticos		
Sim	113	86
Não	19	14
Problemas com báscula		
Sim	106	82
Não	23	18

Em seguida, foi realizada uma correlação entre os escores de satisfação, preparação e dificuldade e o relato de insucesso (sim, não).

Quando correlacionados o insucesso e os escores de preparação, verificou-se que quanto menor o escore de preparação (mais preparado), maior ausência de insucesso.

Quando correlacionados os escores de satisfação com os de insucesso, verificou-se que quanto mais satisfeito (menor escore), maior ausência de insucesso.

Quando foram correlacionados os escores de dificuldade e os de insucesso, verificou-se que quanto mais dificuldade (escore menor), menos insucesso. Seria esperado o inverso. Algumas variáveis foram correlacionadas (análise bivariada) com o insucesso e estão apresentadas, a seguir, na Tab. 5:

Tabela 5 - Correlação entre variáveis sociodemográficas e de trabalho e insucesso na confecção de PPRA

Variáveis	Insucesso		Total	Valor de p
	Sim	Não		
Idade				
20-39 anos	18	40	58	p=0,458
>=40	34	58	92	
Sexo				
F	14	24	38	p= 0,92
M	39	78	117	
Tempo de formado				
Até 10 anos	14	21	35	p=0,410
Mais de 10 anos	39	81	120	
Instituição de graduação				
Pública	42	54	96	p= 0,001
Privada	10	48	58	
Indicação somente estética				
Sim	39	73	112	P=0,79
Não	14	29	43	
Indicação por outras razões				
Sim	6	15	21	P=0,559
Não	47	87	134	

Participação do paciente na prova dentes				
Sim	43	94	137	P=0,042
Não	10	8	18	
Avaliação inclusão PPRA na AP para CD				
Positiva	41	53	94	P= 0,003
Negativa	12	48	60	
Experiência com as diversas fases de Execução				
Gostou	34	30	64	P= 0,000
Não gostou	19	71	90	

Com relação às diversas variáveis do estudo e o relato de insucesso, a análise bivariada mostrou que os cirurgiões-dentistas graduados em instituição privada tiveram mais insucessos, a participação do paciente na prova de dentes também implicou mais insucessos. A avaliação negativa do CD sobre a inclusão da PPRA no rol de procedimentos da Atenção Básica levou a mais insucessos. Quem teve experiência negativa (não gostou) com as diversas fases da execução da PPRA relatou mais insucesso.

Complementando a análise estatística, realizou-se a regressão logística das variáveis mais significativas, cujos resultados estão apresentados na Tab. 6, a seguir.

Tabela 6 - Regressão Logística para variáveis que foram significativas para insucesso na confecção de PPRA

Variáveis	OR	p>z	IC95%
Avaliação da Inclusão PPRA na AP para o CD	1,71	0,050	1,00 – 2,94
Tipo de instituição	4,51	0,001	1,86 – 10,91
Participação do Paciente	0,19	0,009	0,55 – 0,66
Experiência com execução	3,85	0,004	1,54 – 9,57

Os resultados mostram que o CD que avaliou negativamente a inclusão da PPRA no rol de procedimentos da Atenção Primária tem 1,71 vezes mais chances de ter maior insucesso na confecção de PPRA.

Para o CD que se graduou em instituição privada existem 4,51 vezes mais chances de ter insucesso comparado ao que se graduou em instituição pública.

Quando o paciente participa da prova de dentes, existe 0,19 vezes mais chance de ter insucesso (falha que dificultaram ou impediram a instalação da PPRA).

Quando a experiência com a execução foi negativa, existem 3,85 vezes mais chances de ter insucesso.

Discussão

No contexto da realidade brasileira a PPRA tem mostrado sua importância com relação à solução dos problemas estéticos da população. O que seria muitas vezes considerada uma prótese temporária ou provisória, tem, na verdade, se tornado uma opção definitiva de tratamento, uma vez que os serviços públicos têm dificuldade de ofertar a PPR convencional (cobaltocromo). Considerando-se a casuística das próteses parciais em todo mundo, em pesquisa realizada por Tuominen et al.⁶, na Finlândia, na qual utilizou 7190 próteses, apenas 8,1% eram em cobalto- cromo, sendo o restante, acrílicas. Radhi et al.⁷ relatou que das 131 prescrições de dentistas do reino do Barhain, dirigidas aos laboratórios, 89% solicitavam próteses acrílicas. Allen et al.⁸ encontraram resultados semelhantes em pesquisa realizada no Reino Unido, 43% para próteses acrílicas. Bengt, Taylor⁹ informaram que na Suécia o percentual de próteses acrílicas realizada estava em torno de 35%, o que os autores relacionam com a falta de laboratórios equipados para confecção de próteses com estruturas metálicas, com a necessidade de redução de custos, ao fato de ser uma opção preferencial dos dentistas quando havia poucos dentes pilares presentes e a utilização da PPRA como prótese de transição para o trabalho final. Ressaltaram também que o procedimento não fazia parte

dos currículos escolares há anos, porém era pago pelos planos de saúde. Informaram ainda percentuais de 87% de próteses acrílicas entre os usuários de próteses parciais removíveis para a Polônia e de 90% para a Holanda, que atribuíram ao fato dos planos de saúde não pagarem pela estrutura metálica, concluindo que fatores técnicos e financeiros determinariam as indicações das próteses acrílicas. Pun et al.¹⁰ relataram que, nos USA, o percentual de próteses acrílicas utilizadas no estudo foi de 33,2%, que uma em cada três próteses parciais era acrílica ou flexível e uma em cada cinco não tinha apoios. Lewandowska et al.¹¹, em uma pesquisa sobre próteses parciais na Polônia, examinaram 1418 próteses parciais, das quais 1111 eram acrílicas.

Wilson¹² afirmou que a PPRA poderia ser considerada uma prótese permanente e uma opção de tratamento de baixo custo, desde que fossem obedecidos critérios tais como, a seleção de pacientes, a sua “educação” e adesão a princípios para o desenho das mesmas. Este seria mais importante do que o material usado na confecção das próteses.

Para a confecção da PPRA, os princípios são idealmente os mesmos da prótese definitiva (cromo-cobalto). A PPRA é confeccionada a partir de uma moldagem com alginato. No modelo obtido, modelo de trabalho, se executam todas as fases laboratoriais. O acerto dos planos de orientação e a prova dos dentes são realizados pelo CD, em sua maioria. Muitos dos CD da PBH, à época do início da confecção das próteses, estavam distantes da realização deste procedimento odontológico e, por isso, não houve adesão de todos, ocorrendo alguma rejeição à universalização deste procedimento em toda a rede de atenção primária (UBS).

A *British Society for the study of Prothetic Dentistry* publicou seu guia para implantes e prótese odontológica e deixam claro que o desenho da prótese parcial é de responsabilidade do cirurgião- dentista, segundo Lynch e Allen¹³.

Dos profissionais que responderam a questão relativa ao desenho da prótese relacionando-o com insucesso, 68% consideraram-no como causa do mesmo. Este resultado

encontrou respaldo na literatura, nos estudos que pesquisaram a comunicação entre dentistas e laboratórios, que relataram a produção de próteses acrílicas insatisfatórias, por falhas dos dentistas relativas ao desenho (Basker, Davenport¹⁴), a qualidade das instruções escritas, considerada inadequada e em pequeno percentual, principalmente para as próteses acrílicas, e largamente delegadas ao técnico (Radhi et al⁷), a mínima participação do dentista na orientação do desenho como no estudo *de Pun et al.*¹⁰. Na pesquisa de Allen et al.⁸, a maioria dos dentistas deu suporte à visão de que o sucesso da prótese cobaltocromo seria positivamente influenciado se o dentista a desenhasse, mas somente a metade deles relatou realizar o desenho de suas próprias próteses.

Este estudo mostrou que, para a maioria dos cirurgiões-dentistas, a inclusão da PPRA no rol de procedimentos da Atenção Primária foi uma iniciativa positiva e que gostaram da experiência com as diversas fases da confecção da PPRA. Revelou, também, que os CD graduados em instituições privadas relataram ter mais insucessos do que os graduados em instituições públicas. Verificou-se ainda, que quanto mais preparado se sentiu o CD, menos relatou insucesso e quanto mais satisfeito com a realização da PPRA, maior ausência de insucesso. Com relação à indicação, a maioria o fez segundo o protocolo da instituição (somente para dentes anteriores), mas muitos revelaram a confecção incluindo também os pré-molares. Quando perguntados sobre se a introdução da PPRA no rol de procedimentos das UBS de Belo Horizonte teria sido um ganho para os cirurgiões-dentistas e usuários, a maioria dos profissionais concordou (62% e 84%). Isso mostra que a maioria dos CD incorporou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) que orientam para a busca da qualificação da atenção primária, com a inclusão de próteses elementares no seu rol de procedimentos. A ideia era avançar na superação do quadro à época, quando sua inserção nos serviços especializados inviabilizou o acesso à prótese à maioria da população.

Os resultados deste estudo mostraram que os CD da PBH sentiam-se preparados e satisfeitos com a execução da maioria das fases de confecção da PPRA, porém apresentando consideráveis percentuais de dificuldade em todas elas. Tal divergência pode estar relacionada com o ensino da disciplina prótese parcial removível nas faculdades, conforme relatado também por Lynch, Allen¹⁴ em estudo conduzido no Reino Unido sobre os fatores que modelariam a oferta de próteses parciais removíveis, encontrando resultados que mostraram haver divergência entre a prática e o conhecimento adquirido nas faculdades:-

No mesmo estudo de Allen et al.⁸, realizado com profissionais com condições sociodemográficas e de trabalho semelhantes a esta pesquisa, estes que relataram que a possibilidade de sucesso seria maior se realizassem próteses cobaltocromo no lugar das acrílicas, no serviço público, o que poderia ser uma forma de pensar dos CD que participaram do nosso estudo também, embora não tenham sido arguidos diretamente sobre isto. Sobre esta opção Botazzo 16 afirmou que a prótese, que devia ser a evidência do fracasso da odontologia, foi erigida como totem e marco distintivo da profissão, e que nós, dentistas, já temos a ideia de que o trabalho mais sofisticado é sempre o melhor para o paciente, uma visão centrada na boca sem considerar sua integralidade.

É necessário discutir-se o alto percentual de dificuldade na fase de preservação, muito provavelmente por falta de priorização da etapa clínica nas agendas de atendimento ou pela falta do hábito da prevenção. Sobre a importância desta fase, vários autores (Carlsson et al.¹⁷, Tuominen et al.⁶, Rovani et al.¹⁸, Milward et al.¹⁹) enfatizaram a necessidade das visitas regulares ao dentista após a inserção das próteses, o compromisso individual do paciente com o autocuidado e a necessidade de se auditar os profissionais acerca dos conhecimentos relativos a esta fase. Sekele et al.²⁰, em um estudo realizado na República Democrática do Congo, observaram placa e do índice gengival maiores em usuários de PPRA quando comparados a não usuários. Afirmaram que haveria necessidade de melhorar a higienização

bucal e organizar visitas regulares aos dentistas destes usuários, o que se tornaria um problema para os serviços públicos de saúde.

Não existe na literatura estudos sobre a satisfação dos profissionais com a confecção de prótese parcial temporária, o que nos levou a discutir os resultados desse estudo à luz daqueles referentes à prótese total removível.

Marachglioglou et al.²¹, quando compararam as expectativas de dentistas, protéticos e pacientes, antes e após o tratamento com novas próteses totais removíveis, concluíram que pacientes mostraram maior expectativa com a prótese do que o dentista e o técnico. O dentista acreditou que as próteses trariam menos benefícios aos pacientes que os mesmos. Tais resultados podem indicar uma predisposição negativa do CD para esse tipo de prótese. Entretanto, há que se considerar a possibilidade de 62% dos CD terem apoiado a introdução da PPRA no rol de procedimentos, provavelmente, pelo simples fato de não contarem com outras opções de tratamento para oferecer aos usuários.

Para Garbin et al.²², a melhor *performance* do dentista graduado pela instituição pública, quando comparado com o que se formou pela rede privada, pode estar relacionada à autonomia e flexibilidade acadêmica, no que se refere à formação de profissionais na área de saúde. Esses autores explicam que as mesmas foram preconizadas pela Lei de Diretrizes e Bases (1996), que estabeleceu orientações para diretrizes curriculares no Brasil, e que a autonomia deveria buscar formar profissionais comprometidos com a relevância, a qualidade, o custo-efetividade e a equidade na atenção em saúde. Assim, há possibilidade de opção por disciplinas que ensinam procedimentos mais complexos, que são mais valorizados pelos profissionais e pelos próprios pacientes e que, também, são remunerados de forma mais adequada. O mesmo raciocínio pode ser possível se considerarmos um currículo que privilegiou a formação para o mercado liberal. Este geraria uma tendência maior de realizar procedimentos mais complexos, dirigidos à parcela da população mais elitizada, preterindo-se

a PPR e a PPRA, por serem de custo menor, dirigidas normalmente às populações de menor poder aquisitivo, gerando menores ganhos na clínica.

Goetz et al.²³ ao estudarem o impacto de fatores extrínsecos - de higiene (segurança no trabalho, salário e condições de trabalho) e intrínsecos - motivacionais (reconhecimento e responsabilidade) na satisfação dos profissionais no trabalho, concluíram ser essencial a presença de ambos os fatores, mas a oportunidade do uso de habilidades teve o impacto mais positivo na satisfação. Tal afirmação encontra consonância com o resultado deste estudo, que concluiu que quanto maior a satisfação do CD com a confecção da PPRA, menos insucesso nas diversas etapas de execução. De fato, quando existe motivação para realizar um trabalho, a chance de sucesso é alta.

Sobre a questão de ser mais preparado e relatar menos insucesso e menor dificuldade, o estudo de Kimoto et al.²⁴ mostrou que a experiência clínica tem influência no melhor resultado do tratamento com próteses totais, menor tempo com o paciente e menos ajustes. No caso dos CD deste estudo, a maioria tinha 15 anos ou mais de formado, e, portanto, já possuíam boa experiência clínica, o que provavelmente fez com que relatassem estar preparados e satisfeitos com o trabalho realizado.

Kimoto et al.²⁵ quando verificaram a relação entre experiência protética de cirurgiões-dentistas e satisfação de usuários com as próteses recebidas dos mesmos, mostraram que a experiência clínica, com relação à prótese, afeta a satisfação dos usuários que as recebem, apontando que, também, os usuários tem essa percepção, ou seja, a valorização da experiência do profissional. A literatura também mostra maior satisfação profissional ligada ao maior tempo de trabalho, ou seja, maior tempo de formação, principalmente devido às questões de melhores rendimentos, maior habilidade técnica, maior reconhecimento profissional e melhor relação com o paciente conforme Shugars et al.¹²

Carlsson,²⁶ em uma revisão crítica dos considerados “dogmas” ou velhas verdades em odontologia, a partir de revisão de revisões sistemáticas e de ensaios clínicos randomizados, concluiu que o cumprimento de requisitos técnicos e anatômicos na confecção de próteses totais tem menos importância do que fatores psicológicos do paciente e a personalidade do dentista para se atingir a satisfação dos usuários.

A variação na indicação das PPRA segundo os grupos de dentes a serem repostos, nos leva a pensar na necessidade de um protocolo construído com a participação dos CD e usuários, idéia compartilhada com Andrade et al.²⁷. Os autores validaram um protocolo clínico e de regulação para a saúde bucal, pela “técnica de Delphi”. Argumentam que os protocolos devem contar com a valorização e adesão dos profissionais da rede pública, sob o risco de serem negados por todos. Prosseguem afirmando que a co-gestão em saúde deve partir da percepção dos profissionais que lidam cotidianamente com situações adversas e são os responsáveis por realizar um diagnóstico global e identificar as necessidades prioritárias de tratamento, o que estimula autonomia e a co-responsabilização de todos, revertendo-se a forma cindida com que a prática odontológica tem sido tratada no âmbito do SUS.

Este estudo pode ter como limitação o viés de memória dos dentistas, porque foi considerada a produção de PPRA pelos CD das UBS, desde o início da oferta para os usuários, a partir de agosto de 2010.

Muito provavelmente, trata-se de um estudo inédito, uma vez que publicações que tiveram a PPRA como objeto e que trabalharam com a experiência e satisfação do CD na sua confecção não foram encontradas nas bases de dados. Apesar de ser uma prótese de relativamente fácil execução, sua confecção segue basicamente os mesmos princípios das demais e exige que sejam cumpridas etapas para um bom resultado. Nesse sentido, a PPRA precisa ser avaliada e monitorada pelo serviço e os CD qualificados para sua confecção. A prótese parcial acrílica tem sido realidade no contexto social brasileiro, antes mesmo de

compor o rol de procedimentos da Atenção Primária. Tal inclusão dimensiona a sua relevância, no entanto, faz-se necessário ter sua confecção sistematizada por um protocolo próprio nos serviços públicos.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 04 jan. 2016]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>.
- 2 Brasil. Projeto SBBrasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais. [livro online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 04 jan. 2016]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
- 3 Belo Horizonte. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo para atenção básica em saúde bucal. Compromissos da Saúde Bucal no SUS- BH. 2006.
- 4 Belo Horizonte, Prefeitura. Publicações da Atenção Primária. Normas Manuais Fluxos e Protocolos. Saúde. 2016. [acesso em 04 jan. 2016]. Disponível em www.pbh.gov.br.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. 2016. [acesso em 11 nov. 2016]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qamg.def>.
- 6 Tuominen, R, K Ranta, I Paunio. Wearing of removable partial dentures in relation to periodontal pockets. *Journal of oral rehabilitation*. 1989. 16: 119-126.
- 7 Radhi, A, Lynch, CD, Hannigan, A(2007). Quality of written communication and master impressions for fabrication of removable partial prostheses in the Kingdom of Bahrain. *Journal of oral rehabilitation*. (2007) 34(2), 153-157.
- 8 Allen, PF, Jepson, N, Doughty, J, Bond, S(2008). Attitudes and practice in the provision of removable partial dentures. *British dental journal*. (2008) 204(1), E2-E2.
- 9 Bengt, E O, Taylor, R L(1989). A survey of dentitions and removable partial dentures constructed for patients in North America. *The Journal of prosthetic dentistry*. (1989) 61(4), 465-470.

10 Pun, D K, Waliszewski, M P, Waliszewski, K J, Berzins, D. Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population. *The Journal of prosthetic dentistry*.(2011) 106(1), 48-56.

11 Lewandowska, A, Speichowicz, E, Owall, B. (1989). Removable partial denture treatment in Poland. *Quintessence international* (Berlin, Germany: 1985). 1989, 20(5), 353.

12 Wilson, V J. Acrylic partial dentures-interim or permanent prostheses?: communication. *South African Dental Journal*. (2009) 64(10), 434-440.

13 Lynch, CD, & Allen, P F. Why do dentists struggle with removable partial denture design? An assessment of financial and educational issues. *British dental journal*. (2006) 200(5), 277-281.

14 Lynch, C D, Allen, P F. The teaching of removable partial dentures in Ireland and the United Kingdom. *British dental journal*. (2007) 203(8), E17-E17.

15 Basker, R M, Davenport, J C(1978). A survey of partial denture design in general dental practice. *Journal of oral rehabilitation*. (1978) 5(3), 215-222.

16 Botazzo, C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. In *Tendências e perspectivas em saúde*. (1994) (Vol. 1). Instituto de Saúde.

17 Carlsson, G E, Hegegard, B, Koivumaa, K K. Late results of treatment with partial dentures. *Journal of oral rehabilitation*. (1996) 3(3), 267-272.

18 Rovani, G, Piccinin, F, Flores, M E, Conto, F D. (2011). Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. *Stomatos*. (2011) 17(32), 33-42.

19Milward, P, Katechia, D, Morgan, M Z (2013). Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *British dental journal*. (2013) 215(10), E20-E20.

20 Sekele, IB, Naert, I, Lutula, PS, Ntumba, MK, Bolenge, I, Kaba, K et al. Influence of the removable partial denture acrylic resin on oral health and quality of life. *Odonto-stomatologie tropicale= Tropical dental journal*. (2016) 39(153), 36.

- 21 Marachlioglou CRMZ, Dos Santos JFF, Cunha VPP, Marchini L. Expectations and final evaluation of complete dentures by patients, dentist and dental technician. *J of Oral Rehabilitation*. 2010 Feb 22; 37:518–524.
- 22 Garbin CAS, Saliba NA, Moimaz, SAS. O papel das Universidades na formação de profissionais na área de saúde. *Rev. Abeno*. 2006; 6(1); 6-10.
- 23 Goetz K, Campbell SM, Broge B, Dörfer CE, Brodowski M, Szecsenyi J. The impact of intrinsic and extrinsic factors on the job satisfaction of dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Oct;40(5):474-80.
- 24 Kimoto S, Kimoto, K, Tanaka K, Takeo A, Sugimura K, Imamichi Y, Asai H, Ito M, Hiromichi A, Toyoda M, Kobayashi K Effect of Clinicians' Experience on Chair Time and the Number of Denture Adjustment Visits Required for Complete Denture Treatment. *Prosthodont Res Pract*. 2007;6:166-172.
- 25 Kimoto S, Kimoto K, Kitamura A, Saita M, Iijima M, Kawai Y. Effect of dentist's clinical experience on treatment satisfaction of a complete denture. *J Oral Rehabil*. 2013 Dec;40(12):940-7.
- 26 Carlsson GE. Critical review of some dogmas in prosthodontics. *J of Prosthodontic Res*. 2009;53(1):3-10.
- 27 Andrade KM, Andrade SM, Jabali AM, Mestriner SF, Gullaci MCCacciaBava SMM, Mestriner WJR. Consensos em saúde bucal aprimorando a atenção básica, Ribeirão Preto, SP. *Medicina*. 2011; 44(4):355-66.

7 PRODUTO TÉCNICO

A Prótese Parcial Acrílica – Protocolo De Confecção

Público alvo: cirurgiões-dentistas da atenção primária

7.1 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 03 - 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%

7.2 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.



Foto 1 – Usuário da UBS Dom Cabral, PPRA instalada

7.3 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.



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

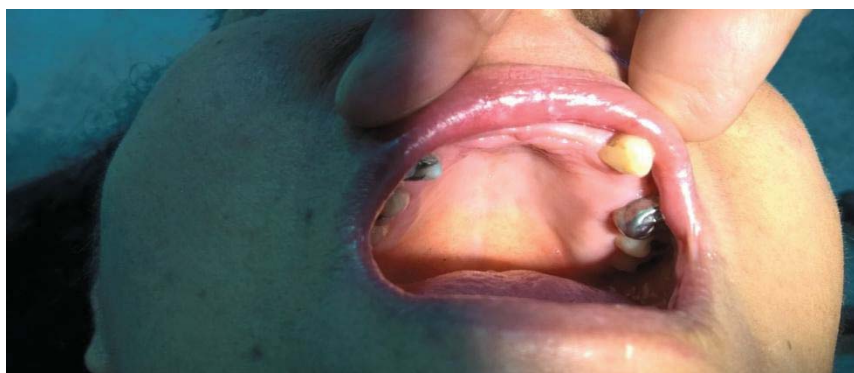


Foto 3-Aspecto do palato duro (ausência de lesão papilomatosa) Tecido edemaciado com pontos avermelhados sob PPRA confeccionada na rede privada (pac. UBS Dom Cabral)



Foto 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.

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 pré-molares 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 1- Stops e grampos em PPRA –
Fonte: VJ Wilson



Figura 2: Apoios caninos em PPRA
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:

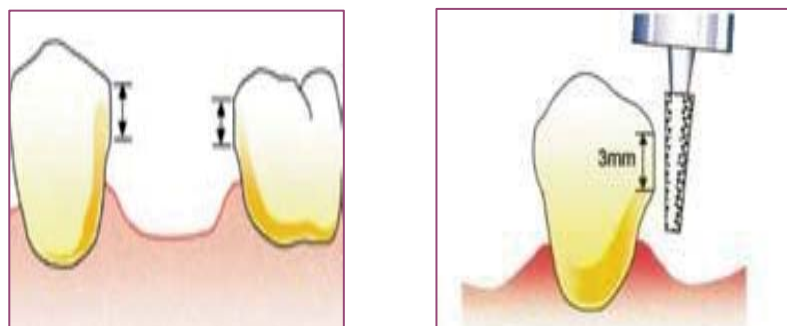


Figura 3- Confeção dos planos-guias em PPRA.
Devem estar afastados da gengiva, com desgaste máximo de 3 mm.
Fonte: VJ Wilson

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:

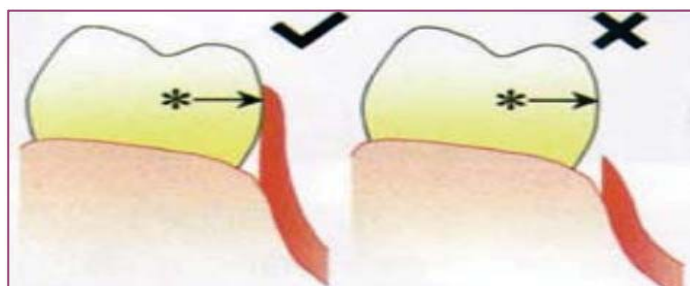


Figura 4- Término da sela em PPRA . Fonte: VJ Wilson

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).

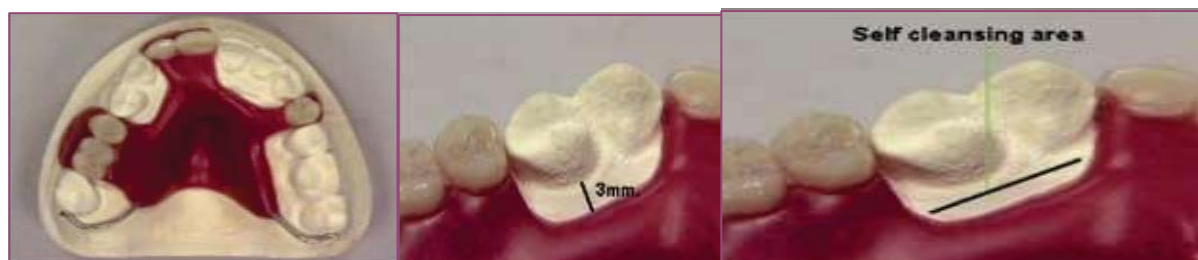


Figura 5- (Every denture com grampos na superfície distal localizados no dente natural mais distal- ajudam a prevenir movimento anterior da base da prótese e os movimentos dos dentes naturais/ áreas de alívio gengival-mínimo de liberação de 3mm é satisfatório para auto limpeza.

- Fonte:VJ Wilson

7.4 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).

7.5 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.

7.6 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).

7.7 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 desoclusão.

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.

7.8 Orientações para proervação (Passo 7)

Das fases de confecção da PPRA, a proervação 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 proervação imediata, consultas de avaliação com o CD e com o TSB (discutir a frequência com os CD da rede)

Referências

ANUSAVICE, Kenneth J. **Phillips materiais dentários**. Elsevier Brasil, 2013.

TELLES, Daniel de Moraes. **Prótese Total Convencional**. Santos, 2011.

WILSON, V. J. Acrylic partial dentures-interim or permanent prostheses?: communication. **South African Dental Journal**, v. 64, n. 10, p. 434-440, 2009.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de trazer para o meio científico a experiência de confecção da PPRA, uma prótese simples e de considerável demanda, talvez tenha sido o maior mérito deste trabalho. A recomendação de sua oferta pelas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (2004) imprime relevância ao tema. As mesmas Diretrizes enfatizam a importância de estudos desta natureza para o SUS, com o envolvimento de seus profissionais. Por ser um estudo inédito no Brasil, pretende-se que, através de seu produto técnico, seja construído um fazer novo e próprio, quando participarem cirurgiões-dentistas, usuários e gestores. A alta frequência de confecção da PPRA em vários países, financiada na maioria das vezes por sistemas públicos de saúde, aponta para a necessidade de estudá-la, e de capacitar os profissionais na sua execução, sob pena de se tornar um problema de saúde pública. Por outro lado, não há como desconsiderar seu papel social para significativa parcela da população.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, P. F. et al. Attitudes and practice in the provision of removable partial dentures. **British dental journal**, v. 204, n. 1, p. E2-E2, 2008.
- BASKER, Robin M.; DAVENPORT, John Chester; THOMASON, J. Mark. **Prosthetic treatment of the edentulous patient**. John Wiley & Sons, 2011.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Publicações da Atenção Primária. **Normas Manuais Fluxos e Protocolos**. Saúde. 2016. Disponível em: <www.pbh.gov.br>. Acesso em: 4 jan. 2016.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo para atenção básica em saúde bucal. **Compromissos da Saúde Bucal no SUS- BH**. 2006.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Sisreg - Sistema de Regulação Saúde Bucal**. 2014.
- BONACHELA, Wellington Cardoso; TELLES, Daniel de Moraes. Planejamento em reabilitação oral com prótese parcial removível. In: **Planejamento em reabilitação oral com prótese parcial removível**. São Paulo: Santos Livraria, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qamg.def.>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>>. Acesso em: 04 jan. 2016.
- BRASIL. **Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010-Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. 2011.
- CARLSSON, Gunnar E.; HEDEGÅRD, Björn; KOIVUMAA, Kalervo K. Late results of treatment with partial dentures. **Journal of oral rehabilitation**, v. 3, n. 3, p. 267-272, 1976.

KALK, W. O paciente pré-edêntulo. In: OWALL, B.; KAYSER, A. F.; CARLSSON, G. E. **Prótese dentária: princípio e condutas estratégicas**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. Cap. 4, p. 49-64.

KÄYSER, A. F. Shortened dental arches and oral function. **Journal of oral rehabilitation**, v. 8, n. 5, p. 457-462, 1981.

KLIEMANN, Cláudio; OLIVEIRA, Wagner de. Manual de prótese parcial removível. In: **Manual de prótese parcial removível**. Santos, 1999.

LEWANDOWSKA, A.; SPEICHOWICZ, E.; OWALL, B. Removable partial denture treatment in Poland. **Quintessence international (Berlin, Germany: 1985)**, v. 20, n. 5, p. 353, 1989.

LYNCH, Christopher Daniel; ALLEN, P. F. The teaching of removable partial dentures in Ireland and the United Kingdom. **British dental journal**, v. 203, n. 8, p. E17-E17, 2007.

LYNCH, C. D.; ALLEN, P. F. Why do dentists struggle with removable partial denture design? An assessment of financial and educational issues. **British dental journal**, v. 200, n. 5, p. 277-281, 2006.

MCGIVNEY, Glen P.; CASTLEBERRY, Dwight J.; MCCRACKEN, William L. **Prótese parcial removível de McCracken**. Artes Médicas, 1994.

MILWARD, P.; KATECHIA, Deepti; MORGAN, Maria Zeta. Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. **British dental journal**, v. 215, n. 10, p. E20-E20, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. **Sb Minas Gerais: pesquisa de condições de saúde bucal da população mineira: resultados principais**. 2013.

PUN, Deo K. et al. Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 106, n. 1, p. 48-56, 2011.

RADHI, A.; LYNCH, Christopher Daniel; HANNIGAN, A. Quality of written communication and master impressions for fabrication of removable partial prostheses in the Kingdom of Bahrain. **Journal of oral rehabilitation**, v. 34, n. 2, p. 153-157, 2007.

ROVANI, Gisele et al. Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. **Stomatos**, v. 17, n. 32, p. 33-42, 2011.

SANDER, Herbert Haueisen et al. Projeto próteses provisórias: Quatro anos de contribuição para a qualidade de vida. **Arquivos em Odontologia**, v. 47, p. 111-113, 2011.

SEMEDO, C. Teorias para TPD – **Próteses parciais removíveis provisórias**. 2012. Disponível em: <labor-dental.blogspot.com/2012/02/proteses-parciais-removiveis_11.html>. Acesso em: nov. 2016.

TUOMINEN, R.; RANTA, K.; PAUNIO, I. Wearing of removable partial dentures in relation to periodontal pockets. **Journal of oral rehabilitation**, v. 16, n. 2, p. 119-126, 1989.

TODESCAN, Reynaldo; SILVA, Eglas E.; SILVA, Odilon José da. Atlas de prótese parcial removível. In: **Atlas de prótese parcial removível**. Santos, 1998.

WILSON, V. J. Acrylic partial dentures-interim or permanent prostheses?: communication. **South African Dental Journal**, v. 64, n. 10, p. 434-440, 2009.

APÊNDICE A – Termo de livre consentimento e esclarecido (para cirurgiões-dentistas)



A Prótese Parcial Provisória Acrílica com Grampos Ortodônticos na Atenção em Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
Percepção dos cirurgiões-dentistas

Termo de livre consentimento e esclarecido



TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO

Prezado cirurgião-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte,

Você está sendo convidado (a) participar de uma pesquisa cujo objeto de estudo é a Prótese Parcial Removível Acrílica com Grampos Ortodônticos, ofertada pelas UBS da rede de atenção primária em saúde bucal da PBH. Essa pesquisa será realizada no Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG, pela aluna Rita de Cássia Silva. Para desenvolver essa pesquisa contamos com a sua experiência para entender todas as etapas da confecção dessa prótese.

Esclarecemos que:

1. As informações prestadas só servirão a essa pesquisa. Sua identidade não será revelada mesmo quando publicados os resultados da mesma.
 2. Esta atividade não oferece nenhum risco profissional e/ou pessoal, já que tem a anuência da PBH.
 3. Caso não haja mais interesse seu ou impedimento de participar da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento.
 4. Os resultados serão divulgados por meio de dissertação, artigos científicos e apresentações em congressos.
 5. A sua participação não implicará em nenhum custo ou pagamento.
-

6. Se tiver alguma dúvida ou problema você pode se comunicar com o Comitê de Ética em pesquisa da UFMG – COEP- na Av. Antônio Carlos 6627-Unidade Administrativa II, 2^o. Andar, sala 2005, telefone – 34094592 ou pelo e-mail coep@prpq.br. Você pode também entrar em contato com a responsável pela pesquisa Profa. Andréa Maria Duarte Vargas na Faculdade de Odontologia da UFMG pelo telefone 34092457.

Eu, _____,
após ler e entender o que se propõe, concordo em participar da pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2016

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora principal

APÊNDICE B – Termo de livre consentimento e esclarecido (para usuários)



TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO

Prezado usuário das Unidades Básicas de Saúde da PBH,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para avaliar a sua satisfação com relação à Prótese Parcial Removível Acrílica com grampos ortodônticos que utiliza, confeccionada na UBS (centro de saúde). Essa pesquisa será realizada no Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG, pela aluna Rita de Cássia Silva. Pretende-se contribuir para melhorar a qualidade do trabalho ofertado.

Esclarecemos que:

1. As informações prestadas só servirão a essa pesquisa. A sua identidade não será revelada, mesmo quando publicados os resultados da mesma.
2. Esta atividade não oferece nenhum risco pessoal já que tem a concordância da PBH.
3. Caso não haja mais interesse ou impedimento de participar da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento, sem que ocorram prejuízos a você.
4. Os resultados serão divulgados por meio de dissertação, artigos científicos e apresentações em congressos.
5. A sua participação não terá nenhum custo (é gratuita e você não receberá nenhum pagamento por ela).

6. Se tiver alguma dúvida ou problema você pode se comunicar com o Comitê de Ética em pesquisa da UFMG – COEP- na Av. Antônio Carlos 6627-Unidade Administrativa II, 2^o. Andar, sala 2005, telefone – 34094592 ou pelo e-mail coep@prpq.br. Você pode também entrar em contato com a responsável pela pesquisa Profa. Andréa Maria Duarte Vargas na Faculdade de Odontologia da UFMG pelo telefone 34092457.

Eu, _____,
depois de ler e entender o que foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2016

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora principal