

UNIVERSIDADE TIRADENTES

DANIELA DE OLIVEIRA

ELIEDJA BARROS DE SOUZA SILVA

O IMPACTO DA REABILITAÇÃO ORAL NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE  
DESDENTADO PARCIAL – RELATO DE CASO

Aracaju

2018

DANIELA DE OLIVEIRA  
ELIEDJA BARROS DE SOUZA SILVA

O IMPACTO DA REABILITAÇÃO ORAL NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE  
DESDENTADO PARCIAL – RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Profa. Dra. Luana Menezes de Mendonça Feitosa

Aracaju  
2018

DANIELA DE OLIVEIRA  
ELIEDJA BARROS DE SOUZA SILVA

O IMPACTO DA REABILITAÇÃO ORAL NA QUALIDADE  
DE VIDA DE PACIENTE DESDENTADO PARCIAL –  
RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Profa. Orientadora: Luana Menezes de Mendonça Feitosa

1º Examinador:\_\_\_\_\_.

---

2º Examinador:\_\_\_\_\_

---

Aracaju

2018

## **AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC**

Eu, LUANA MENEZES DE MENDONÇA FEITOSA orientadora das discentes: DANIELA DE OLIVEIRA E ELIEDJA BARROS DE SOUZA SILVA atesto que o trabalho intitulado: “O IMPACTO DA REABILITAÇÃO ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE DESDENTADO PARCIAL – RELATO DE CASO” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Profª. Dra. Luana Menezes de Mendonça Feitosa

Orientadora

*“O sucesso nasce do querer,  
da determinação e  
persistência em se chegar a  
um objetivo. Mesmo não  
atingindo o alvo, quem busca  
e vence obstáculos, no mínimo  
fará coisas admiráveis.”*

*José de Alencar*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar às dificuldades e não somente nestes anos como universitárias, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A Universidade Tiradentes, pela oportunidade de fazer o curso e pelo ambiente criativo e amigável que proporciona.

A nossa orientadora Luana Menezes de Mendonça Feitosa, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções, incentivos, apoio e confiança.

Agradecemos a todos os professores por nos proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a nós, não somente por terem nos ensinado, mas por terem nos feito aprender.

Agradecemos aos nossos familiares que nos apoiaram até aqui e que foram a nossa fonte de inspiração. Sabemos o quanto vocês se doaram para a realização desse sonho. Que entenderam a nossa ausência, acompanharam a nossa dedicação e torceram por nós.

Somos gratas aos colegas de Universidade que lutaram junto conosco todos os dias.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada.

## RESUMO

### **O IMPACTO DA REABILITAÇÃO ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE DESDENTADO PARCIAL – RELATO DE CASO**

**<sup>1</sup>Daniela de Oliveira, <sup>1</sup>Eliedja Barros de Souza Silva, <sup>2</sup>Luana Menezes de Mendonça Feitosa**

*<sup>1</sup>Graduanda em Odontologia-Universidade Tiradentes; <sup>2</sup> PHD. Professora Titular do Curso de Odontologia-Universidade Tiradentes*

#### **Resumo**

A perda dentária pode acarretar alterações funcionais, estéticas e psicológicas, influenciando diretamente na qualidade de vida de um indivíduo. A reposição de dentes, por meio de próteses dentárias, visa restaurar a função mastigatória e fonética e devolver a aparência estética perdida ao paciente desdentado parcial ou total, garantindo a este um estado de bem estar físico, mental e social. Desta maneira, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de uma reabilitação oral com prótese total e parcial removíveis e o impacto deste tratamento na qualidade de vida da paciente. O caso relatado é de uma paciente de 50 anos, gênero feminino, desdentada parcial que apresentava doença periodontal nas unidades remanescentes. O plano de tratamento consistiu em realização de múltiplas exodontias, seguida de instalação de próteses imediatas, tratamento periodontal e próteses definitivas. A terapia reabilitadora mostrou-se eficaz, visto que foi possível obter um alto grau de satisfação da paciente, melhorando sua qualidade de vida. Logo, as próteses removíveis continuam sendo uma excelente opção de tratamento para pacientes desdentados.

*Palavras chave:* Qualidade de vida, Reabilitação Oral, Prótese Total, Prótese Parcial

#### **Abstract**

Dental loss may cause functional, aesthetic and psychological changes, that will influence directly on the subject quality of life. The replacement of teeth, by dental prostheses, aims to restore the masticatory and phonetic function and recover the aesthetic appearance lost to the partially or totally edentulous patient, and then guaranteeing a state of physical, mental and social well-being. In this way, the objective of this study was to report a clinical case of the treatment of oral rehabilitation with total and partial removable prosthesis and the impact of this treatment on the patient's quality of life. The 50-year-old female, partially edentulous, and with periodontal disease in the remaining teeth. The treatment plan consisted in the achievement of several extractions, followed by installation of immediate prostheses, periodontal treatment and definitive prostheses. The rehabilitation therapy proven to be effective, since it was possible to get a high degree of satisfaction of the patient, improve his quality of life. Therefore, removable prosthesis remain an excellent treatment option for edentulous patients.

*Keywords:* Quality of life, Oral Rehabilitation, Total Prosthesis, Partial Prosthesis

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. RELATO DE CASO.....	10
3. DISCUSSÃO.....	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
5. REFERÊNCIAS.....	17



## 1.Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu a “Saúde” como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença”. Esta perspectiva na Odontologia sugere que o objetivo final dos cuidados dentários não é apenas a ausência de cáries ou de doença periodontal, mas também o bem-estar mental e social do paciente (ASSIS, 2013).

Qualidade de vida (OV) é um termo que pode indicar a presença de saúde física e psíquica, acesso a uma boa educação, boa alimentação, a um serviço de saúde adequado como também a inserção no meio social (CARVALHO et al, 2018). A (QV) é marcadamente afetada pela satisfação ou insatisfação com a saúde bucal. As preocupações dos pacientes são principalmente relacionadas ao conforto, à função e à estética. Quando esses fatores não atendem às expectativas do paciente, respostas psicossociais típicas são ansiedade, insegurança, diminuição da autoestima e introversão. Os pacientes edêntulos sentem-se insatisfeitos com sua imagem e acabam por se ausentar dos círculos sociais (BARBIERI, RAPOPORT, 2009; CARVALHO et al, 2018).

Após a remoção dos dentes, ocorrem mudanças em todas as estruturas envolvidas no processo de mastigação. Quanto maior for o número de dentes ausentes, maior será a probabilidade de o indivíduo ver a sua satisfação comprometida, quando relacionada com a saúde oral. As modificações envolvem tecido ósseo, gengival, muscular, articulação temporo-mandibular, repercutindo diretamente na mastigação, fonação, estética e conforto do paciente (BRUM, 2013; CARVALHO et al, 2018).

A presença de uma mastigação dificultada reflete na alimentação inadequada e pode se tornar um fator de risco para o surgimento de doenças como a obesidade, diabetes mellitus e

doenças cardiovasculares (RIBEIRO et al, 2016).

Uma das causas de perda dentária, é a doença periodontal crônica. É uma infecção que resulta na inflamação dos tecidos periodontais de suporte, causada por diferentes microorganismos presentes no biofilme dental, levando a formação de bolsas periodontais, perdas ósseas, recessões gengivais, lesões de furca, mobilidade aumentada e se não tratada, ocorre a esfoliação do dente (ANDRADE, BRANDÃO, BARROS, 2018; FERREIRA et al, 2013).

A substituição dos dentes perdidos por tratamento protético pode melhorar o bem-estar dos indivíduos, recuperando a integração familiar e social, o resgate da cidadania e a manutenção da saúde geral. O sucesso da reabilitação de pacientes edêntulos requer uma adaptação funcional e psicológica (BARBIERI, RAPOPORT, 2009).

A prótese dentária é a ciência que provê substitutos para a porção coronária dos dentes e os tecidos moles perdidos, tendo por objetivo, restaurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto, a saúde do paciente, a fonética, a postura e restabelecer um equilíbrio no sistema estomatognático (BRUM, 2013).

As terapias disponíveis para o paciente edêntulo incluem: as próteses totais mucossuportadas, as próteses apoiadas sobre implantes em conjunto ou não com a mucosa do rebordo residual, próteses parciais fixas (PPF) apoiadas sobre dentes, próteses parciais removíveis dentomucossuportadas e mucossuportadas. Todas essas alternativas possuem suas vantagens e desvantagens e para definir qual delas resultará no melhor tratamento, aspectos sistêmicos, financeiros e físicos, além de técnico, precisam ser avaliados (JACOMETTI, 2011).

Em casos clínicos que envolvem a necessidade de exodontias múltiplas, uma opção de reabilitação protética imediata é a prótese imediata (PI). Consiste em um aparelho reabilitador construído previamente à extração dos

dentes remanescentes, com o objetivo de restabelecer a função e estética imediatamente após a exodontia desses elementos dentários. Após a obtenção do período de cicatrização, a PI pode ser substituída pela prótese definitiva recém-fabricada (CAPUTI, 2014).

Desta maneira, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de uma reabilitação oral com prótese total e parcial removíveis em paciente desdentada parcial, com dificuldade de convívio social e o impacto deste tratamento na qualidade de vida da paciente.

## 2. Relato de Caso

Paciente A.O.S., gênero feminino, 50 anos de idade, compareceu à clínica odontológica da Universidade Tiradentes, apresentando como queixa principal: “Vim arrumar meus dentes e colocar uma prótese” (SIC) (Figura 1). Durante a anamnese, nenhuma alteração sistêmica foi identificada. Entretanto, a paciente relatou que não frequentava o dentista há mais de 10 anos, sentia-se incomodada com seu sorriso, devido à disposição dos incisivos centrais inferiores vestibularizados, frequentes dores de cabeça, dificuldade na mastigação e constrangimento com sua aparência bucal, dificultando seu convívio social com os colegas de trabalho.



Figura 1. Foto frontal extraoral inicial da paciente com a prótese dentária.

Ao exame clínico intraoral foi observado presença de tórus palatino, língua saburrosa e gengiva inflamada na região ântero-inferior. Na arcada superior, as únicas unidades dentárias 13, 23, 25 e 26 presentes tinham mobilidade grau 3 (Figura 2). A arcada inferior possuía os pré- molares, caninos e incisivos, porém as unidades 31 e 41 estavam com mobilidade grau 2 (Figura 3).

A paciente usava uma prótese parcial removível superior há 14 anos, desadaptada, com formação de cálculo, desgaste dos dentes artificiais e consequente perda de Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) (Figura 4). O índice de biofilme foi de 86 % e PSR código 4 no 2°, 3°, 5° e 6° sextante, código 3 no 4° sextante e ausência do 1°.

Radiograficamente, verificou-se acentuada perda óssea em todos os dentes superiores presentes e incisivos centrais inferiores (Figuras 5). E após o exame periodontal, a paciente foi diagnosticada com Periodontite Crônica Generalizada Severa, com um prognóstico ruim.



Figura 2. Vista oclusal da arcada superior.



Figura 3. Vista oclusal da arcada inferior



Figura 4. Prótese antiga



Figura 5. Radiografias periapicais iniciais. A) Unidade 13. B) Unidade 23. C) Unidades 25 e 26. D) Unidades 31 e 41.

Diante do quadro clínico existente, o plano de tratamento apresentado para esta paciente consistiu em realizar o tratamento periodontal e a exodontia das unidades dentárias 13, 23, 25, 26, com instalação de prótese total imediata (PTI) provisória superior. Finalizada esta etapa, seria feita uma reavaliação das unidades 31 e 41 para definir entre exodontia ou manutenção das mesmas. A resolução protética final seria uma prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior.

Depois da aprovação do planejamento pela paciente, iniciou-se o tratamento periodontal com raspagens supra gengival de todos os sextantes e sub gengival do 2°, 3°, 5° e 6° sextante. Seguiu-se com as moldagens

anatômicas superior e inferior utilizando alginato (Jeltrate - Dentsply, São Paulo-SP, Brasil), seguida de registro intermaxilar (plano de cera), montagem em Articulador Semiajustável (ASA), prova dos dentes em boca, remoção dos dentes, a serem extraídos, no modelo de gesso e acrilização da prótese total provisória superior. Com a PTI pronta, foram realizadas as exodontias de todas as unidades dentárias superiores e na mesma sessão foi instalada, após ser realizado um reembasamento da PTI com resina macia Soft Confort (Dencril, Pirassununga-SP, Brasil). Após um período de 3 meses foi realizada um novo reembasamento com resina rígida Soft Confort (Dencril, Pirassununga-SP, Brasil). A prótese foi instalada no mesmo dia das exodontias, devido a preocupação de a paciente não ficar sem dentes em nenhum momento, o que poderia piorar seu estado psicológico e seu convívio social.

Após o tratamento periodontal e a instalação da PTI superior, avaliou-se as unidades inferiores remanescentes e observou-se que as unidades 31 e 41 continuavam com prognóstico ruim, tanto pela continuidade da mobilidade, quanto pela vestibularização e extrusão, que desfavorecia esteticamente a reabilitação protética. Mas a paciente estava relutante em extrair estes dentes, por isso optou-se em dar continuidade à prótese total superior definitiva para depois reabilitar a arcada inferior.

Após um período de 3 meses, tempo para a cicatrização do rebordo, foi realizada uma nova moldagem anatômica da arcada superior com alginato (Jeltrate - Dentsply, São Paulo-SP, Brasil), para obtenção do modelo de estudo, vazado com gesso pedra tipo III (Dentsply, São Paulo-SP, Brasil).

A partir do modelo de estudo, foi confeccionada uma moldeira individual, utilizando resina acrílica autopolimerizável incolor Vipi Flash (VIPI, São Paulo-SP, Brasil). Esta moldeira foi utilizada para realização da moldagem funcional. Na moldagem funcional, foi utilizada godiva em bastão Godibar baixa fusão (Lysanda, São Paulo-SP, Brasil) plastificada,

aplicada em toda a borda da moldeira para fazer o selado periférico seguida da moldagem funcional propriamente dita com o uso de poliéter (Impregum Soft - 3M, Sumaré-SP, Brasil). Nesta moldagem, a paciente foi orientada a fazer todos os movimentos funcionais da maxila e músculos da mastigação. O molde foi vazado com gesso Pedra Especial Durone Tipo IV (Dentsply, São Paulo-SP, Brasil).

Confeccionou-se o plano de orientação superior sob o modelo de trabalho, seguido com o ajuste do mesmo em boca. Foram ajustados: plano oclusal, utilizando a régua de Fox (Tecnodont, Indaiatuba-SP, Brasil); suporte de lábio; corredor bucal; altura incisal e demarcação das linhas de referência (linha alta do sorriso, dos caninos e linha média). Em seguida, foi realizado o registro intermaxilar na DVO adequada para a paciente. Para isso, desgastou-se em altura o bordo incisal das unidades 31 e 41.

O caso foi montado em ASA e a cor selecionada do dente artificial foi 2A Trilux (VIPI, São Paulo-SP, Brasil).

Realizou-se a prova dos dentes na paciente, as relações oclusais entre os dentes superiores e inferiores foram verificadas e a estética foi aprovada pela mesma. A cor da gengiva escolhida foi "Black" da escala Vipi Cril Plus (VIPI, São Paulo-SP, Brasil).

Após a instalação da prótese total superior, a paciente ficou muito satisfeita e sentiu mais confiança em realizar o tratamento da arcada inferior, permitindo a extração das unidades 31 e 41 (Figura 6).



Figura 6. Prótese total removível superior

Antes de realizar a exodontia, foi confeccionada uma PPR imediata provisória, seguindo o mesmo protocolo

realizado na superior. E no dia da cirurgia, instalou-se a PPRI.

Após 3 meses, iniciou-se à confecção da prótese parcial removível inferior para a paciente parcialmente desdentada Classe I modificação 1 de Kennedy.

Foi realizado moldagem anatômica com alginato (Jeltrate, Dentsply, São Paulo-SP, Brasil) para obtenção de modelo de estudo inferior vazado com gesso pedra Tipo III (Asfer, São Paulo-SP, Brasil) e foi realizado o planejamento do caso. Após o delineamento do modelo, observou-se a necessidade de criar paralelismo na parede distal da unidade 35. Planejou-se um grampo APT nas unidades 35 e 45, MDL nas unidades 32 e 42, apoio na mesial do 35 e 45 e lingual do 32 e 42. Conector maior escolhido foi a barra lingual (Figura 7).



Figura 7. Desenho esquemático do planejamento da PPR inferior enviado juntamente com o modelo de trabalho para o laboratório

Foi realizado então o preparo de boca, com preparo dos nichos com o uso de ponta diamantada tronco cônica 2130 (KG Sorensen, Cotia-SP, Brasil) nos dentes pilares e desgaste na distal da unidade 35 utilizando o casquete de desgaste confeccionado com resina acrílica vermelha (Dencril, Pirassununga-SP, Brasil) e com o uso de ponta diamantada cilíndrica 3145 (KG Sorensen, Cotia-SP, Brasil), polimento e aplicação tópica de flúor para prevenir sensibilidade dentinária nas unidades desgastadas.

Foi realizada uma nova moldagem anatômica para obtenção de modelo de



trabalho inferior com alginato Hydrogum (Zhermack, São Paulo-SP, Brasil) e foi vazado o molde com gesso pedra especial tipo IV (Durone-Dentsply, São Paulo-SP, Brasil) (Figura 8).



Figura 8. Modelo de trabalho

O modelo foi enviado para o laboratório de prótese para confecção de armação metálica inferior. Foi feita a prova da estrutura metálica e confeccionado o plano de orientação com resina acrílica incolor (base) e cera 7 (Dentbras, Pirassununga-SP, Brasil), realizou-se os ajustes no plano de cera e registro interoclusal (Figura 9) e a seleção da cor dos dentes inferiores A2 Trilux (VIPI, São Paulo-SP, Brasil). A prótese total superior foi moldada com alginato para se obter o modelo antagonista e os modelos foram montados em ASA e enviados para o laboratório para a montagem dos dentes. Na sessão seguinte, foi realizada a prova dos dentes, moldagem funcional utilizando a pasta zincoenólica nas extremidades livres (Lysanda, São Paulo-SP, Brasil) e escolha da cor da gengiva “Black” utilizando a escala Vipi Cril Plus (VIPI, São Paulo-SP, Brasil) e, após aprovação da paciente, o trabalho foi enviado para o laboratório acrilizar (Figura 10).



Figura 9. Registro intermaxilar



Figura 10. Prótese parcial removível inferior

Nas consultas de instalação, tanto da PT superior quanto da PPR inferior foram avaliadas a adaptação e áreas de desconforto, realizados ajustes oclusais e observado o grau de satisfação da paciente com as próteses. A paciente recebeu orientações e instruções quanto ao uso e higiene das mesmas. Uma semana após a instalação, foi feito um novo ajuste oclusal das próteses e áreas de desconforto. Foi observada a relação intermaxilar das próteses total superior e parcial removível inferior, a harmonia facial e estética (Figura 11).



Figura 11. Imagem intra oral da adaptação das próteses

Durante a consulta de controle a paciente relatou que após a reabilitação

oral passou a sentir o sabor dos alimentos, melhorou a sua mastigação, aliviaram-se as dores de cabeça e que sentiu-se satisfeita com a estética do sorriso, sentindo mais conforto no convívio com amigos, colegas de trabalho e familiares (Figura 12).



Figura 12. Foto final

### 3. Discussão

É verificado que a ausência de dentes influencia diretamente o cotidiano das pessoas, afetando a sua QV (ASSIS, 2013; CARVALHO et al, 2018). Assim, mais que restabelecer a função mastigatória, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam reconstituir sua imagem pessoal, social e seu bem-estar (BELONI; VALE; TAKAHASHI, 2013).

Neste caso relatado, a paciente apresentou-se na clínica odontológica com a higiene bucal insatisfatória e alto índice de biofilme. Segundo Andrade,

Brandão, Barros (2018) e Ferreira et al. (2013), o biofilme bacteriano induz o surgimento de patologias infecciosas na cavidade oral, como doença periodontal e cárie dentária. Afirmaram ainda que, medidas regulares para a remoção do biofilme devem ser instituídas para que a saúde bucal seja mantida e doenças prevenidas, pois, a perda dos dentes devido a doença periodontal, está relacionada com uma terapia de suporte irregular ou suspensão da mesma. Isso explica o que pode ter acarretado a doença periodontal avançada na mesma paciente. Ela relatou que não frequentava o dentista há mais de 10 anos.

Em casos de doença periodontal avançada, tendo os dentes remanescentes com extrema redução dos tecidos de suporte, em conjunto com uma mobilidade dentária progressiva, pode haver risco de que as forças geradas durante a função possam romper mecanicamente os constituintes remanescentes do ligamento periodontal, levando à extração dentária (MAIER, 2014).

Dentes não pilares de PPR com periodonto reduzido a menos de 50% de suporte periodontal, porém não ultrapassando 75% de perda de inserção podem ser saudavelmente mantidos em boca, desde que apresentem um bom controle de placa (BUDKE, 2012). E a condição mínima de inserção óssea para um dente pilar é uma proporção de 1:1 coroa/raiz, sendo que a proporção ideal é de 2:3 (PHOENIX et al., 2007). Estes estudos corroboram para a escolha do tratamento em realizar exodontia de todas as unidades dentárias superiores, que apresentavam perda de inserção óssea, mais de 75% e mobilidade em dentes que serviriam de suporte para uma PPR. Já os incisivos centrais inferiores também apresentavam grande perda de inserção óssea e mobilidade, mas não seriam suporte de PPR, caso fossem mantidos em boca, podendo assim optar em não extrai-los.

Entretanto, por conveniência protética, decidiu-se em realizar as exodontias das unidades 31 e 41 que estavam extruídas e vestibularizadas.

Maier (2014) observou que a decisão a respeito das possibilidades tratamento e manutenção dos dentes em função, em casos avançados, pode estar associada a fatores não diretamente relacionados às condições periodontais, nos casos dos planejamentos protéticos.

Para Kriger et al. (2015), a perda dos dentes constitui um evento dramático na vida das pessoas, com profundos reflexos sobre a parte física, social e emocional do indivíduo, além de constituir uma severa mutilação bucal e as sequelas resultantes são de ordem funcional, estética, biomecânica e psicológica. Segundo Zaid, et al. (2017), com relação às limitações funcionais causadas pela falta dos dentes anteriores, seja pela falta dos dentes ou com prótese mal ajustada e instável, está a dificuldade de mastigação e captura do alimento pelo paciente, que acaba evitando alguns alimentos, tornando a dieta insatisfatória, além da questão social, afetada pela estética e fonética.

No caso relatado, a paciente ao iniciar o tratamento apresentava com uma prótese superior mal adaptada e ausência de prótese inferior, optando por uma alimentação mais líquida e pastosa, com uma dieta restrita, com falta de nutrientes, dores de cabeça frequentes e com dificuldade de se relacionar com outras pessoas, por ter vergonha do sorriso. Estes últimos aspectos estão em concordância com Nepomuceno et al. (2018) o qual afirmou que a perda dentária pode interferir na autoestima e nos relacionamentos interpessoais, deixando o indivíduo intimidado/ retraído.

Apesar da crescente preocupação com a saúde bucal, observa-se ainda um grande número de pessoas totalmente desdentadas, que necessitam de próteses totais (FAIS et al., 2007). Mesmo após Odontologia ter evoluído notavelmente nos últimos 100 anos, os cirurgiões-dentistas chegam ao início do século XXI ainda tendo que tratar um parcela significativa de pacientes, em especial aqueles que sofreram perdas dentárias, de forma não muito diferente do que

faziam ao fim do século XIX (TELLES, 2014).

A prótese total convencional, tendo em vista que ainda é o tratamento mais difundido para os casos de edentulismo, melhora consideravelmente a qualidade de vida desses pacientes, devolvendo a eles a aceitação no meio social, uma vez que pessoas “mais atraentes” são consideradas, mesmo que por preconceito, mais qualificadas e confiáveis e, em geral, recebem melhor tratamento (BRUM, 2013). Para pacientes desdentado parciais, existem casos nos quais PPF sobre implantes ou convencional sobre dentes não constituem uma alternativa viável, seja por questões biológicas, técnicas ou financeiras (NETO, CARREIRO, BARBOSA, 2011).

A principal alternativa para estes casos seria a PPR convencional, que restauram-se tanto os arcos que perderam só um dente, como aqueles que ficaram com apenas um. Além disso, ela apresenta algumas vantagens em relação a outros recursos reabilitadores que a mantém consolidada dentro de um contexto social e profissional. São elas: relação custo/benefício, requer pouco desgaste da estrutura dentária, fácil manutenção quando comparada a outros tipos de prótese, solução eficiente para situações mecanicamente difíceis de resolver, menor tempo para a sua realização, quando comparada com outros tipos de próteses e versatilidade (ASSIS, 2013).

Outra opção seria a PPR retida por encaixe, embora esta apresente um maior custo financeiro e biológico (NETO; CARREIRO; BARBOSA, 2011; CARREIRO et al., 2008). Foi planejado, para a paciente, prótese total superior e prótese parcial removível inferior por se tratar de próteses com menor custo, de confecção rápida e que devolvem adequadamente as funções mastigatória, fonética e estética.

Neste relato de caso, a paciente teve necessidade de fazer múltiplas exodontias e por não aceitar ficar sem dentes em nenhuma etapa do tratamento proposto, foi necessária a confecção de PIs provisórias. Shibayama et al. (2006)

descreveram que muitos pacientes não suportam a situação de permanecerem desdentados após as extrações dos dentes remanescentes, em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea. Além do fator psicológico, outros fatores como estética, fonética, mastigação e convívio social estão envolvidos em tal situação.

Para Gomes et al. (2014), a PI proporciona vantagens, tais como: anatômicas, impedindo a perda imediata da dimensão vertical de oclusão (DVO); funcionais, permitindo aos músculos afetados permanecerem em suas posições normais; estéticas, evitando o colapso facial e o arqueamento da linha de selamento dos lábios e comissura, condição que evidenciam o aspecto de envelhecimento e tristeza; e psicológicas, eliminando o desconforto e constrangimento que os pacientes sofrem ao se apresentarem sem dentes.

Enquanto Turano (2012) afirmou que a base da PI servirá como proteção da ferida cirúrgica, pois controla a hemorragia, diminui o período de cicatrização e é confeccionada tomando como referência para seleção e montagem dos dentes artificiais os dentes naturais do modelo anatômico, que o técnico duplica para comparação durante a montagem, de maneira que a prótese fique o mais natural possível.

Após a instalação das próteses definitivas, a paciente relatou satisfação estética e funcional, já que o tratamento

#### 4. Considerações Finais

A satisfação da paciente frente ao tratamento reabilitador proposto, mostrou que a reabilitação oral com próteses removíveis continua sendo uma solução viável para determinados casos

atendeu suas expectativas e, conseqüentemente, sentiu-se mais incluída nas conversas sociais e mais à vontade para sorrir, sem o desconforto psicológico anterior. Em 2013, Brum também observou que a reconstrução da aparência estética por meio de prótese resolverá o problema emocional que havia sido criado, desde que atenda às expectativas do paciente.

Conforme o relato de caso e corroborando com os autores Assis (2013), Barbieri, Rapoport, (2009), Beloni, Vale, Takahashi (2013), BRUM (2013), Carvalho et al. (2018) Kriger et al. (2015), Nepomuceno et al. (2018), o edentulismo traz problemas funcionais como a redução da capacidade mastigatória, mas também afeta a autoestima do paciente. A instalação de próteses dentárias, além de repor os dentes e os tecidos moles perdidos, estabiliza e aumenta a eficiência mastigatória, incrementa a estética levando a uma autossatisfação e satisfação em relação ao outro, acarretando num melhor convívio social e proporcionando uma melhoria significativa na QV dos pacientes.

Logo, é de extrema importância que a classe odontológica não se preocupe somente com as alterações físicas decorrentes das perdas dentárias, mas sim com suas repercussões na vida diária das pessoas, de modo que devolvam o bem-estar físico e mental do indivíduo.

de edentulismo, levando em consideração a condição financeira e biológica do paciente. Esta terapia foi eficaz pois devolveu função mastigatória, fonética, estética e qualidade de vida para a paciente.



## Referências

- 1- ANDRADE N. K. DE, BRANDÃO R. L. DE C. M., BARROS A. W. DE. Avaliação da eficácia das terapias periodontais básicas realizadas pelos graduandos de odontologia do centro universitário, **RVACBO**, Maceió, Vol.8, No.1,2018.
- 2- ASSIS A. C. M. DE P.. **Estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de prótese dentária removível**. 34p. Monografia de investigação mestrado integrado em medicina dentária. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, 2013.
- 3- BARBIERI C. H., RAPOPORT A., Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 38, nº 2, abril / maio / junho, 2009.
- 4- BELONI W.A B., VALE H. F. DO, TAKAHASHI J. M. F. K.. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, maio/ago. 2013.
- 5- BUDKE D. A. **A interface prótese parcial removível/periodontia: revisão de literatura**. 25p. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.
- 6- BRUM G. R.. **O impacto do uso de próteses totais convencionais na autoestima dos pacientes idosos: uma revisão de literatura descritiva**. 32p. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- 7- CAPUTI S, MURMURA G, RICCI L, VARVARA G, SINJARI B. Immediate denture fabrication: a clinical report. **Ann Stomatol**, Roma, v. 4, Feb,2014.
- 8- CARREIRO A. F., MACHADO A. L., GIAMPAOLO E.T., SANTANA I.L., VERGANI C.E, Dual path: a concept to improve the esthetic replacement of missing anterior teeth with a removable partial denture. **J Prosthodont**, Rio Grande do Noerte, vol. 17, 2008.
- 9- CARVALHO L. F. DE, MELO J. R. O., RAMOS J. G., LIMA R. A., CARVALHO F. A. A. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edentulos. **RvACBO**, Maceió, Vol.8, No.1, 2018.
- 10- FAIS L. M. G., PINELLI L. A. P., MOLLO F. A. J., CABRINI J.. A idade influencia na satisfação de pacientes usuários de próteses totais? **RFO**, Araraquara v. 12, n. 2, maio/agosto 2007.
- 11- FERREIRA A. C. R., QUEIROZ A. P. G., PAMPONET G. P., COSTA C. R., BELIZÁRIO I. C., FERREIRA K. E., ROCHA L. R., PEREIRA V. F. G. C. Doença periodontal: um mal que pode ser evitado? **Braz J Periodontol**, São Paulo, Vol.23, nº3, 2013.
- 12- GOMES AC, GOMES AC, VENÂNCIO GN, GONÇALVES FC, TAKAHASHI JMFK, BRAGA FP. Reabilitação bucal com prótese total imediata. **Full Dent. Sci**, Manaus, vol. 5, 2014.
- 13- JACOMETTI P. M. **Análise das possibilidades reabilitadoras contemporâneas para pacientes edentados totais: uma revisão de literatura**. 28p. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- 14- KRIGER, L., MOYSÉS, S. J., MOYSÉS, S. T., MORITA, M. C.. Prótese total e prótese parcial removível. **Artes Médicas**, São Paulo, 2015.
- 15- MAIER J. **Ligamento periodontal residual em dentes extraídos – amostra representativa do serviço público de Santa Maria – RS**. 64 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria Centro de

Ciências da Saúde Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas, 2014.

16- NEPOMUCENO N. V. DE A., MACHADO C. T. DE A., LIMA A. L. DE O., RIBEIRO C. M. B., VANDERLEI A. D. REABILITAÇÃO PROTÉTICA: sua influência na qualidade de vida. **RvAcBO**, Maceió, Vol.28, No.1, jan., 2018.

17- NETO A. F., CARREIRO A DA F. P., BARBOSA C. M. R. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, vol. 10, abr./jun., 2011

18- PHOENIX, R. D., CAGNA, D. R., DEFREEST, C. F.; **Prótese parcial removível: clínica de Stewart**. 3ªed. São Paulo: Quintessense, 2007.

19- RIBEIRO C. G., CASCAES A. M., SILVA A. E. R., SEERIG L. M., NASCIMENTO G. G., DEMARCO F. F. Edentulism, severe tooth loss and lack of functional dentition in elders: a study in southern Brazil. **Brazilian**

**dental journal**, Ribeirão Preto, vol.27, nº 3, maio/jun, 2016.

20- SHIBAYAMA, R.; et. al. Próteses totais imediatas convencionais. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.27, n.1, 2006.

21- TELLES, DANIEL DE MORAES. **Prótese total: convencional e sobre implantes**. São Paulo: Ed. Santos, 2014.

22- TURANO, L. M.; CERATTI, T. J.; VILLAS-BÔAS, T.; SANTOS, M. **Fundamentos de Prótese Total** - 9ª ed. São Paulo: ed. Santos, 2012.

23- ZAID A., BAKER S.; BARABARI P., MARTIN N. Efficacy of Removable Partial Denture Treatment: A Retrospective Oral Health-Related Quality of Life Evaluation. **European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry**, Sheffield Vol.25, 2017.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, **Arlete de Oliveira dos Santos**, portador do C.I n° **807247**, faço uso deste bastante documento a fim de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

*Arlete de Oliveira dos Santos*

**Arlete de Oliveira dos Santos**