

Prevalência do planejamento em prótese parcial removível na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil

Prevalency of the planning in removable partial denture in Feira de Santana, Bahia, Brazil

Mario Cezar S Oliveira¹

Lydia de Brito Santos²

Alex Correia Vieira³

Nélia de Medeiros Sampaio⁴

Viviane Maia B Oliveira⁵

1- Professor Assistente de prótese dentária da Universidade Estadual de Feira de Santana

2- Professora Adjunta de clínica integrada da Universidade Estadual de Feira de Santana

3- Professor substituto da área de Clínica Odontológica da Universidade Federal da Bahia

4- Doutora em Prótese pela Universidade de Campinas (Unicamp-Piracicaba/SP)

5- Professora Adjunta de prótese total da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Correspondência:

Endereço: Av. Universitária s/n, BR 116, módulo VI, área de Odontologia, Feira de Santana – BA

Email: mcezar11@gmail.com

Tel.: 75-3224-8088

RESUMO

É papel do Cirurgião-Dentista estabelecer um correto diagnóstico e, em seguida, planejar, para obter um ótimo resultado na confecção de uma prótese parcial removível. Ao verificar um laboratório de prótese dentária, observa-se que a absoluta maioria dos modelos não apresenta planejamento ou qualquer preparo de boca, desenho ou delineamento. O presente trabalho se refere a uma pesquisa realizada na cidade de Feira de Santana – Bahia, onde a proposta foi verificar os modelos encaminhados aos laboratórios de prótese dentária de Feira de Santana e discutir esta relação com a grande quantidade de insucessos ocorridos em reabilitações orais com esse tipo de prótese.

Palavras-chave: Prótese Dentária, Prótese Parcial Removível, Planejamento.

ABSTRACT

A correct diagnostic is responsible of the dentist and, after that, to plan, to get a good result in the making removable partial denture. When verifying a dental laboratory, is observed that the absolute majority of the models do not present any planning, absence of any preparation of mouth, drawing or delineation. The present study is a research project developed in Feira de Santana-Bahia, where the objective was to analyze models sent to dental laboratories and to verify the relationship between the quality of those models and the large amount of failures in oral rehabilitation cases.

Key words: Dental Prosthodontics, Removable Partial Denture, Planning.

INTRODUÇÃO

A prótese parcial removível (PPR) é um tipo de prótese freqüentemente utilizada na odontologia, por propiciar ao paciente um custo menor, além de possibilitar a reabilitação de elementos ausentes e estruturas circunvizinhas de uma só vez. É uma das reabilitações mais complexas realizadas em prótese dentária, exigindo várias sessões para sua realização. A perfeita inter-relação entre o dentista e técnico de prótese dentária (TPD) é fator sine qua non para obtenção de um trabalho satisfatório na reabilitação bucal do paciente. Sendo assim, o profissional deve estar preparado para coletar e interpretar todos os dados necessários para que a PPR respeite mecanicamente as estruturas biológicas e se integre fisiologicamente ao sistema estomatognático¹⁻⁵.

Perante a sociedade, esse tipo de

prótese possui a imagem de pouco eficiente, danosa aos dentes, periodonto e fibromucosa, além de pouco confortáveis e antiestéticas. Todo esse negativismo, na maioria das vezes, é consequência de iatrogenias, em que o profissional, por não saber planejar, delega esta função ao técnico de laboratório, a quem não cabe esta obrigação, e, muito menos, participa das inúmeras variáveis de ordem biológica, mecânica e psicológica que envolve o tratamento protético^{1, 6, 7}.

O objetivo mais nobre do dentista é a preservação dos dentes remanescentes, mais do que a meticulosa substituição dos dentes ausentes. Para a construção da PPR, devem ser observados princípios que regem o funcionamento destes aparelhos^{8, 9}.

Apesar do envolvimento destas próteses com o sistema estomatognático, a maioria dos cirurgiões dentistas não participa do planejamento da armação metálica,

delegando esta etapa aos técnicos em prótese dentária. Sabe-se que o profissional mais qualificado para a realização deste importante passo do trabalho é o cirurgião dentista. O sucesso do trabalho depende de uma interação harmônica entre esses profissionais, cabendo ao cirurgião dentista o preparo da boca e o planejamento da peça protética; e ao técnico em prótese a execução da seqüência laboratorial para obtenção do que foi previamente planejado. Não se pode deixar que conhecimentos empíricos sejam os condutores de tão importante etapa na reabilitação bucal dos pacientes^{4, 10, 11}.

Planejar significa arquitetar planos com vistas a atingir um determinado objetivo, previamente estabelecido. Portanto o ato de planejar sugere uma disposição criativa e dinâmica do operador¹². É o ato de projetar, estruturar e programar. É a elaboração mental da PPR sob bases científicas¹³.

Moraes e Araújo (1987)¹ dividiram didaticamente o planejamento da PPR em duas etapas: inicial, que é executado assim que o exame clínico, exame radiográfico e exame dos modelos de estudos delineados estão concluídos, e final ou protético, em que o caso clínico será reavaliado para iniciar-se o preparo da boca específico para receber a prótese.

Segundo Kliemann e Oliveira (1999)¹³ o planejamento prévio é uma idéia aproximada do tipo de reabilitação protética a ser utilizada, e em função deste planejamento, o preparo de boca será executado. O planejamento protético é a confirmação ou adequação do planejamento prévio frente às respostas dos tecidos. O número de modificação do planejamento prévio para o protético é inversamente proporcional à experiência clínica do profissional.

Tendo em vista as etapas necessárias para um bom planejamento, pode-se afirmar que ao cirurgião dentista compete, na confecção de uma PPR, o diagnóstico e plano de tratamento correto que vise preservar ao máximo as estruturas remanescentes em princípios fisiológicos. De posse de modelos de estudo corretamente executados e outros elementos de diagnóstico, o cirurgião dentista tem condições de estudar e planejar a futura prótese, preparando convenientemente a boca como um todo e enviando ao laboratório modelos de trabalho corretamente executados^{3, 4, 14}.

Navarro (1996)⁸, afirmou que o dentista deveria realizar todas as fases do tratamento que exijam seu conhecimento e habilidades especiais, podendo delegar, sob sua supervisão, aquilo que julgar possível e indagou: "Se ao protético é delegada toda a responsabilidade do planejamento e execução, haveria a necessidade de um intermediário apenas para obter o molde?" Com base no exposto, este trabalho se propõe a discutir, através de uma pesquisa de campo nos laboratórios de prótese dentária, os problemas envolvidos com a grande quantidade de insucessos verificados em reabilitações orais com esse tipo de prótese e a situação do planejamento das mesmas na cidade de Feira de Santana - Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em 06 laboratórios comerciais de Prótese Dentária na cidade de Feira de Santana - Bahia, escolhidos aleatoriamente, no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006.

Nestes laboratórios, foi verificado o número de PPRs confeccionadas durante o período citado; quantos modelos recebidos apresentavam desenho da estrutura metálica; quantos estavam delineados e quantos possuíam preparo de boca (nichos, planos-guia, apoios de cingulo). Utilizaram-se como critério de inclusão apenas modelos enviados por cirurgiões-dentistas que trabalham na cidade.

Todos os dados foram tabulados e foi realizada uma avaliação descritiva.

RESULTADOS

No período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006 foram confeccionadas 1314 próteses parciais removíveis distribuídas entre seis laboratórios de prótese dentária, nomeados com as letras A, B, C, D, E e F (Gráfico 1).

Das 1314 PPRs confeccionadas, apenas 86(6%) modelos foram desenhados (Gráfico 2 e 3), 27 (2%) modelos foram delineados (Gráfico 4 e 5), 114 (8%) modelos apresentaram preparo de boca (Gráfico 6 e 7).

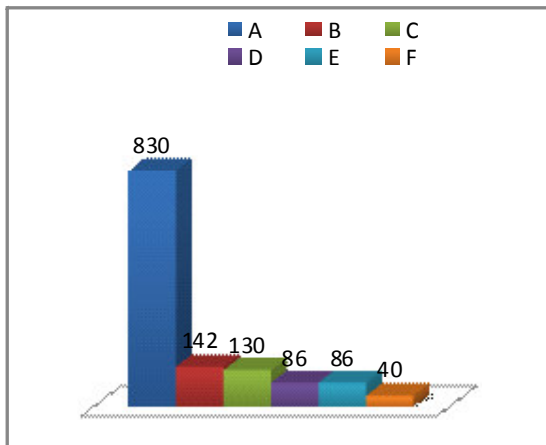


Gráfico 1 – Números absolutos de PPRs confeccionadas por laboratório no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006, na cidade de Feira de Santana, Bahia.

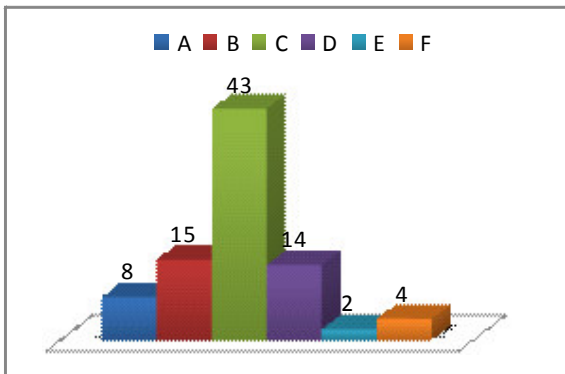


Gráfico 2 – Números absolutos de modelos com desenho por laboratório.

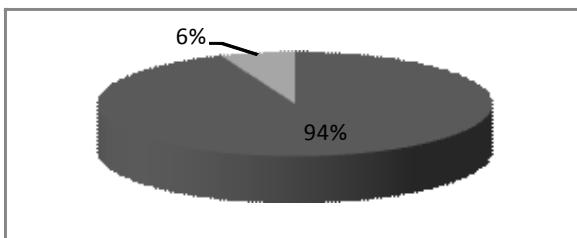


Gráfico 3 - Percentual de modelos com desenho.

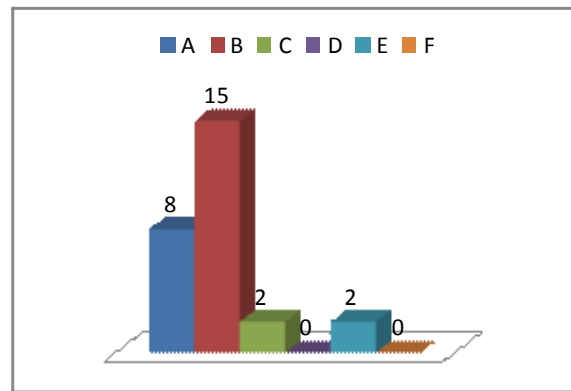


Gráfico 4 – Números absolutos de modelos delineados por laboratório.

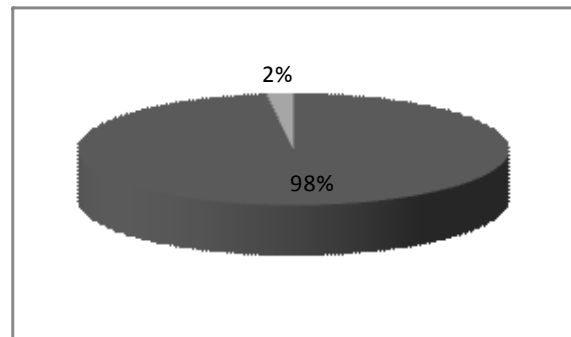


Gráfico 5 - Percentual de modelos delineados.

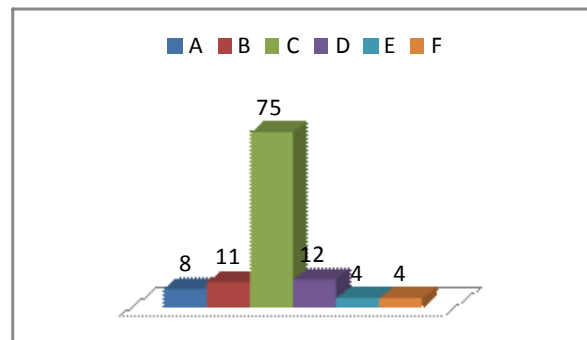


Gráfico 6 – Números absolutos e de modelos com preparo de boca por laboratório.

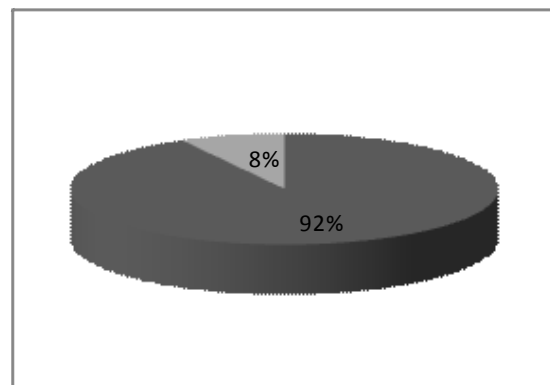


Gráfico 7 - Percentual de modelos com preparo de boca.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo corroboram com outros trabalhos encontrados na literatura^{1, 4,8,15,16}. A maioria dos modelos recebidos pelos laboratórios não tinha qualquer planejamento, o que denota real falta de interesse dos dentistas em cumprir esta importante etapa da confecção das PPRS.

Ainda hoje, percebe-se que os profissionais responsáveis pela saúde bucal da população, cirurgiões-dentistas, não atingiram o grau de conscientização necessário a essa árdua tarefa. Muitos continuam se comportando como meros intermediários entre o paciente e laboratório, que acaba por se tornar o responsável final pelo trabalho executado. Verifica-se, assim, que a maior parte de culpa pelos fracassos das PPRS pode ser atribuída ao dentista, pelo descaso ou até pela falta de conhecimento para estabelecer o diagnóstico e o planejamento para executar o tratamento proposto¹⁶.

Não se pode criticar ou negar competência aos laboratórios de prótese, no que diz respeito à parte de execução das PPR, e sim salientar que, devido à sua formação, os protéticos nem sempre dispõem de conhecimento de anatomia, de fisiologia e de biomecânica, indispensável na confecção e funcionamento de uma PPR. Muitas vezes foi possível observar peças protéticas de excelentes confecções, mas que, quando usadas pelos seus portadores, poderiam causar sérios transtornos aos elementos de suporte ou à oclusão^{15, 17}.

A grande maioria dos profissionais se limita apenas em moldar a boca de seus pacientes, nem sempre corretamente, encaminhando o molde ou algumas vezes o modelo ao laboratório de sua preferência, deixando para os técnicos a responsabilidade de planejar, desenhar e executar a prótese, procedendo apenas à instalação, geralmente à custa de desgastes improvisados e ajustes com alicates^{4,5}. Sendo assim, ainda prevalece o questionamento de Navarro (1996)⁸ "Qual a responsabilidade do dentista para os procedimentos de laboratório nos casos de PPR?" A resposta seria: Total responsabilidade.

CONCLUSÃO

Através da pesquisa ficou evidenciado

que na cidade de Feira de Santana, mais de 90% dos modelos encaminhados aos laboratórios de prótese dentária não têm qualquer tipo de planejamento, desenho, delineamento ou preparo de boca.

É necessária a conscientização dos dentistas quanto a sua indispensável atenção no estabelecimento do diagnóstico, plano de tratamento e posterior execução das reabilitações bucais com prótese parcial removível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moraes JV Araújo JEJ. Planejamento e desenho das próteses parciais removíveis de classe IV de Kennedy. *Rev bras Odontol* 1987; 44: 22-9.
2. Ahmad BDS, Sherriff M, Waters NE. The effect of reducing the number of clasps on removable partial denture retention. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 1996; 68: 928-33.
3. Bassanta AD, Srna MA. Planeamento para retentores en prótesis parcial removable. *Revista Fola Oral* 1997; 3: 166-69.
4. Ulbrich NL, Vaz MAK, Morozowski, GFN, Miranda CCA. Eficiência no planejamento de armações metálicas de próteses parciais removíveis em 10 laboratórios de prótese dentária. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica* 1998; 2: 40-4.
5. Costa B, Galvan R, Navarro H, Muench A, Todescan R. Apoios de cingulo em resina composta para prótese parcial removível: aspectos da sua viabilidade clínica. *Rev Assoc Paul Cirug Dent* 1991; 45: 495-99.
6. Cucci ALM, Giampaolo ET, Vergani CE. Prótese parcial removível: uma alternativa estética para a reposição de dentes anteriores. *RGO* 1992; 40: 350-55.
7. Gil C. Avaliação comparativa dos sistemas de classificação dos arcos parcialmente edentados: uma revisão crítica de oitenta anos. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo* 1998; 12: 65-74.
8. Navarro H. Avaliação da construção das próteses parciais removíveis. *RGO* 1996; 44: 111-13.
9. Soo S, Leung T. Hidden clasps versus C clasps and I bars: a comparison of retention. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 1996; 75: 622-25.
10. Stegun RC. A influência de aparelhos protéticos na incidência de cáries. *Revista RPG* 1998; 5: 39-46.
11. Zuim PRJ, Sousa V, Garcia AR, Pellizzer EP, Villa LMR. Influência da higiene oral e do planejamento da estrutura metálica nas condições periodontais dos dentes suportes em casos de prótese parciais removíveis de extremidade livre. *Revista de Odontologia da UNESP* 1996; 25: 49-59.
12. Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. 1ª ed. São Paulo: Santos; 1998.
13. Kliemann C, Oliveira W. Princípios biomecânicos em PPR. *Rev Assoc Paul Cirug Dent* 1998; 52: 135-42.
14. Miraglia SS, Fonseca DM, Rocha MPC, Bonachela WC. Uso da prótese parcial removível na recuperação e manutenção periodontal. *Rev Assoc Paul Cirug Dent* 1995; 49: 37-39.
15. Oliveira WB, Vinha D, Panzeri H. Eficácia dos laboratórios de prótese em projetar próteses parciais removíveis. *RBO* 1987; 44: 14-19.
16. Barros C, Bezzon OL, Ribeiro RF, Mattos MGC. Situação atual da prótese parcial removível a grampos na reabilitação oral. *Revista de*

- Odontologia da Universidade de São Paulo 1994;
8: 225-30.
17. Todescan R, Romanelli JH. Por que fracassam os
aparelhos parciais removíveis. Rev Assoc Paul
Cirug Dent 1971; 25: 13-23.