

MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES REMOVÍVEIS: UMA REVISÃO NARRATIVA¹

CLEANING METHODS FOR REMOVABLE PROSTHESES: A CRITICAL REVIEW

Clarissa Julieti Montagner Pires², Ana Carolina Oliveira², Milena Kurrle²,
Pâmela Gutheil Diesel³, Graciela Schneider Vitalis³ e Vinícius Felipe Wandscher⁴

RESUMO

No presente estudo, tem-se o objetivo de fazer uma revisão de literatura sobre os meios de higienização para prótese parcial removível e prótese total com o intuito de desenvolver um material informativo destinado aos pacientes atendidos nas clínicas odontológicas da Universidade Franciscana. Entre os meios para desinfecção estão os mecânicos (escovas, micro-ondas e ultrassom), químicos (peróxidos alcalinos, hipocloritos alcalinos, ácidos, desinfetantes e enzimas) e o método combinado (mecânico e químico associados). Nas próteses com metal, os hipocloritos alcalinos, o micro-ondas e os ácidos não podem ser utilizados, pois causam danos a esse material. Os estudos demonstram que somente as escovas não são suficientes para remoção completa de placa bacteriana, e o uso de escovas duras pode desgastar a superfície da resina, deixando-a mais porosa e com maior possibilidade de acúmulo de placa e, assim, causar patologias na mucosa do paciente. Conclui-se que o melhor método de limpeza é o associado, que consiste na escovação e imersão em alguma substância química; as escovas indicadas são as macias do tipo cônicas e cilíndricas de tamanho compatível; para imersão de próteses, indica-se utilizar vinagre branco para Prótese Parcial Removível (PPR) e hipoclorito de sódio para Prótese Total (PT).

Palavras-chave: desinfecção, meios de higienização, prótese dentária.

ABSTRACT

In the present study, the objective is to review the literature on the means of hygiene for removable partial dentures and total prosthesis in order to develop an information brochure for patients attended at the dental clinics of the Franciscan University. Among the means for disinfection are mechanic ones (brushes, microwaves and ultrasound), chemical ones (alkaline peroxides, alkaline hypochlorites, acids, disinfectants and enzymes) and the combined methods (mechanical and chemical associated). In metal prostheses, alkaline hypochlorites, microwaves and acids can not be used as they cause damage to this material. Studies have shown that only the brushes are not sufficient for complete removal of plaque, and the use of hard brushes can deplete the surface of the resin, leaving it more porous and with a greater possibility of plaque buildup, which may cause disease of the mucosa. We conclude that the best method of cleaning is the associated one, which consists in the brushing and immersion in some chemical substance; the brushes indicated are the soft ones of the conical and cylindrical type in a compatible size; for immersion of prostheses, it is indicated to use of white vinegar for Partial Removable Prosthesis (PRP) and sodium hypochlorite for Total Prosthesis (TP).

Keywords: *disinfection, hygiene means, dental prosthesis.*

¹ Trabalho produzido a partir dos trabalhos finais de graduação *Revisão de literatura sobre a eficácia dos meios físicos e químicos na remoção do biofilme de próteses totais e Avaliação de métodos de higienização de próteses parciais removíveis: uma revisão de literatura.*

² Acadêmicas do curso de Odontologia - Universidade Franciscana. E-mails: clarissamp@hotmail.com; ols.anac91@gmail.com; kurrlemilena@gmail.com

³ Colaboradoras. Docentes do curso de Odontologia - Universidade Franciscana. E-mails: pameladiesel@yahoo.com.br; gsvitalis@gmail.com

⁴ Orientador. Docente do curso de Odontologia - Universidade Franciscana. E-mail: vinicius.wandscher@ufn.edu.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, 16 milhões de pessoas são totalmente desdentadas, o que representa 11% dos brasileiros. Esses dados são de um levantamento de saúde do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2013. Segundo o IBGE, existem cerca de 17,6 milhões de idosos no Brasil, sendo que 4 milhões (65 a 74 anos) necessitam de prótese parcial (em uma das arcadas) conforme dados coletados pelo senso Saúde Bucal (SB) Brasil, de 2010.

Os pacientes procuram o cirurgião-dentista (CD) já com perdas dentárias ou por indicação de extração. Como a expectativa de vida nos últimos anos vem aumentando, muitos pacientes procuram atendimento odontológico para repor as perdas dentárias e, assim, recuperar a autoestima (SILVA; SEIXAS, 2008) e ter uma melhor qualidade de vida.

A reabilitação oral com aparelhos protéticos tem como principal finalidade a restauração das funções do sistema estomatognático por meio da reposição de dentes ausentes e tecidos adjacentes perdidos, com o objetivo de devolver ao paciente a função mastigatória, fonética e estética (CARREIRO et al., 2008). As próteses removíveis são alternativas para repor esses elementos, pois, no que tange ao valor econômico, essas são, muitas vezes, a opção mais acessível para a maior parte da população (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

O CD deve ser criterioso em todas as etapas da confecção da prótese, e os cuidados após sua entrega não podem ser dispensados, pois a instalação da prótese parcial removível (PPR) e da prótese total (PT) não ocorre somente no ato de entrega ao paciente. É preciso que haja orientação e motivação quanto à higienização e a manutenção da prótese e dos tecidos bucais (GOIATO et al., 2005), pois fazem parte do tratamento (CARVALHO; CORMACK, 2003), visto que a instalação de uma prótese dentária traz alterações quantitativas e qualitativas da placa bacteriana, aumentando, desse modo, os processos inflamatórios do meio bucal, a predisposição ao desenvolvimento de cárie e doenças periodontais (FONSECA et al., 2007).

A deficiente higienização, ou mesmo a falta dela, pode acarretar problemas para a saúde bucal, pois o acúmulo de placa bacteriana sobre a resina da prótese pode levar a lesões. A espécie mais comum de microorganismo encontrado na cavidade oral é *C. albicans*, um fungo dimórfico que vive como comensal na cavidade oral de pessoas saudáveis, seguida da *C. tropicalis* e *C. krusei* (CROCCO et al., 2004; MIMICA et al., 2009; SALERNO et al., 2011), assim como os *streptococos* e os *estafilococos*. A mucosa e os tecidos de suporte do paciente sofrem alterações que facilitam a colonização de microorganismos, podendo ocorrer lesões como estomatite protética (a mais prevalente), que afeta cerca de 65% dos usuários de prótese (ALDANA et al., 1994), candidíase atrófica crônica, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular e hiperplasia papilar inflamatória (MACIEL et al., 2008).

Idealmente, os métodos de limpeza das próteses devem ser simples, de baixo custo, ter gosto agradável, atóxicos, compatíveis com todos os materiais da prótese, efetivos na remoção de manchas, bactericidas e fungicidas (SILVA, 2005). Os métodos de higienização consistem em: métodos mecânicos, em que é feita a higienização por remoção mecânica com o auxílio de uma escova protética macia, com sabão neutro ou dentifrício pouco abrasivo, ou o ultrassom (que converte energia elétrica em mecânica com uma frequência de 20.000 ciclos/s); métodos físicos, em que é utilizado algum produto químico para auxiliar na higienização, como o hipoclorito de sódio, peróxidos alcalinos, ácidos, enzimas e gluconato de clorexidina; método combinado, no qual é feita uma associação de métodos mecânicos e físicos (BASTOS et al., 2015).

Para auxiliar na limpeza da Prótese Parcial Removível (PPR), alguns métodos químicos de limpeza são contraindicados. É o caso dos ácidos, dos peróxidos alcalinos e dos hipocloritos alcalinos, pois prejudicam ou alteram os materiais componentes da prótese, provocando corrosão ou enfraquecimento do metal, manchamento da resina acrílica, não removem manchas e cálculos e apresentam efeitos deletérios à resina resiliente do reembasamento (KAZUO et al., 2008).

Atualmente, o curso de Odontologia da Universidade Franciscana (UFN) entrega aproximadamente 150 próteses removíveis (entre próteses totais e parciais removíveis) por ano em suas diversas clínicas de atendimento à comunidade, uma média de 84 PPRs e 66 Próteses Totais (PTs). Assim, o objetivo da presente revisão narrativa é avaliar os métodos para higienização das próteses (PT e PPR) e gerar um material informativo para entrega aos pacientes nas clínicas odontológicas, bem como em ações extensionistas promovidas pelo curso de Odontologia da UFN.

MATERIAL E MÉTODOS

A revisão de literatura foi baseada em artigos científicos publicados em diferentes bases de dados, como: Bireme, PubMed, Medline, Scielo e Google Acadêmico. O período de pesquisa utilizado foi entre 1979 e 2018 e nas línguas inglês e português. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Prótese Dentária, Prótese Parcial Removível, Métodos de Higienização, Métodos Químicos, Limpeza e Controle do biofilme.

REVISÃO DE LITERATURA

MATERIAIS E MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO

Há, no mercado, vários mecanismos para remoção de placa, manchas e cálculos das próteses, que podem variar entre meios físicos, químicos ou métodos de associação, em que são utilizados métodos físicos e químicos. Entre as formas de higienização, as mais utilizadas pelos usuários de

próteses são: a escovação com dentifrício, a imersão em hipoclorito de sódio, imersão em clorexidina e utilização de peróxido alcalino e vinagre.

Sempre que um método de higienização de prótese é indicado, deve-se lembrar de que o principal objetivo é a eliminação do biofilme e da placa presentes na superfície protética, pois há, nesse local, associações microbianas, mesmo em pessoas clinicamente saudáveis (PARANHOS et al., 2000). O método ideal é considerado aquele simples de se usar; de baixo custo; atóxico; que seja compatível com os materiais da prótese; capaz de remover depósitos orgânicos e inorgânicos não apenas de superfícies polidas, mas principalmente das superfícies rugosas que ficam em contato com a mucosa; efetivo; fungicida e bactericida e que não corroa o metal, no caso das PPRs (SILVA; SEIXAS, 2008). Porém alguns estudos mostram que muitos usuários de prótese não sabem fazer essa higienização por não terem sido devidamente orientados por seus cirurgiões-dentistas ou por não seguirem as orientações passadas (KAZUO et al., 2008).

MÉTODO MECÂNICO

O método mecânico é o meio mais utilizado pelos pacientes para a higienização de suas próteses. Consiste na combinação de escova e sabão ou dentifrício, uma técnica simples e de baixo custo, porém que requer certa destreza manual e, muitas vezes, as cerdas da escova não conseguem atingir áreas de difícil acesso, como algumas regiões dos grampos e das áreas profundas do acrílico, não eliminando totalmente o biofilme dessas regiões, pois as escovas não têm um formato anatômico para que o usuário alcance toda a superfície da prótese (SILVA; SEIXAS, 2008). Além disso, as escovas com cerdas duras e pastas dentárias, que, além de não possuírem componentes que eliminem a placa bacteriana já instalada, são excessivamente abrasivos, o que, em longo prazo, causa rugosidades e irregularidades na superfície da prótese, danificando a resina acrílica, deixando-a mais porosa e suscetível ao acúmulo de biofilme (PURNAVEJA et al., 1982; TANOUE et al., 2000; KAZUO et al., 2008). Por essas razões, alguns estudos recomendam a associação desse método com algum método químico (SESMA et al., 1999).

O ultrassom também é considerado um método mecânico alternativo para a desinfecção de próteses. Seu princípio de funcionamento é a conversão de energia elétrica em mecânica em uma frequência de 20.000 ciclos/s. Esse método, geralmente de uso profissional, é bastante eficiente na remoção de cálculo, placa bacteriana e manchas de café e cigarro. É comumente utilizado em hospitais, clínicas de repouso, ou mesmo em consultórios odontológicos e é indicado para pacientes que tenham alguma deficiência motora (SHAY, 2000). Realiza a limpeza por meio de vibradores sônicos e ultrassônicos, e a desinfecção da prótese é complementada pela ação do agente de imersão, sendo o mais indicado o hipoclorito de sódio, seguido de efervescentes comerciais (SHAY, 2000).

Há ainda a desinfecção por micro-ondas, que consiste em imergir a prótese em água e deixar o conjunto por 6 minutos no micro-ondas. Nesse processo, a desinfecção é feita por irradiação.

No caso das próteses removíveis, esse método só pode ser usado nas próteses temporárias sem nenhum tipo de grampo (SILVA, 2005).

MÉTODOS QUÍMICOS

Os métodos químicos também são uma alternativa para a higienização de próteses. Entre eles, podem ser citados os realizados com os seguintes produtos:

Peróxidos alcalinos: encontrados na forma de pós ou tabletes. Quando dissolvidos em água, formam peróxido de hidrogênio, ocorrendo uma efervescência criada pela liberação de bolhas de oxigênio, que promovem, além da limpeza química e mecânica, a remoção de restos de alimentos e manchas suaves. Apresentam odor agradável, são compatíveis com os materiais da PPR, têm pequeno efeito bactericida e fungicida (JAGGER; HARRISON, 1995). Uma de suas desvantagens é a durabilidade limitada, pois a natureza de seus componentes é instável, quando acaba a efervescência do produto acaba o efeito, e tem a possibilidade de também clarear a resina acrílica (SILVA et al., 2006).

Hipocloritos alcalinos: apresentam-se na forma de solução. Seu uso é contraindicado nas PPRs por ser corrosivo ao metal (NEILL, 1968). Dissolvem matriz orgânica, evitando a formação de tártaro, apresentam boa efetividade na remoção de manchas, além de apresentar efeito bactericida e fungicida (SESMA et al., 1999). Apresentam-se com várias concentrações, mas, para a desinfecção da prótese, devem ser usados na forma de hipoclorito de sódio a 0,525%, em imersão de 10 minutos, desde que seguido de enxague e imersão em água toda noite para minimizar o dano ao metal. Sua única desvantagem para próteses totais seria o clareamento da resina acrílica em longo prazo (BUDTZ, 1979). Além disso, o gosto desagradável pode permanecer na prótese, caso o paciente não a lave de maneira adequada após a imersão na solução.

Ácidos: causam enfraquecimento do metal da prótese. Por isso, não são indicados em PPR convencional, mas podem ser usados nas próteses provisórias. Devem ser aplicados sobre a prótese com o auxílio de uma escova ou esponja em um curto período de tempo. Os ácidos são efetivos na remoção de manchas e tártaro e têm ação fungicida sobre a *Candida albicans* (ALDANA et al., 1994). Os tipos usados são: ácido clorídrico 5%, ácido benzoico ou ácido fosfórico 15%. Em razão do seu grau de acidez, geralmente não são indicados, pois requerem cuidados especiais de manipulação, já que são nocivos aos olhos e à pele (PARANHOS et al., 1991).

Desinfetantes: o mais conhecido é o digluconato de clorexidina 2%. Seu uso constante pode causar manchamento na resina (manchas amarelas ou marrons), além de apresentar gosto amargo

(BUDTZ, 1979). Têm como vantagem a redução na formação de biofilme e melhora da mucosa dos tecidos em contato com a prótese, diminuindo estomatites protéticas (KAZUO et al., 2008). Recomenda-se embeber um chumaço de algodão ou gaze na solução de clorexidina e deixar sobre a base da prótese por, pelo menos, 15 minutos (SESMA et al., 1999).

Enzimas: (mutanase e protease) agem quebrando a parede da *Candida albicans* e enzimas proteolíticas. Causam menos danos ao metal e à resina da prótese se comparados a outros limpadores químicos. As enzimas são capazes de remover a *Candida albicans* da superfície da resina acrílica (NAKAMOTO et al., 1991; TAMAMOTO et al., 1985). Comercialmente, estão disponíveis na forma de tabletes solúveis em água (BUDTZ, 1979).

Vinagre: Basson et al. (1992) afirmam que o vinagre (solução de ácido acético) apresentou eficácia na destruição da aderência dos microrganismos em seu estudo, embora menos eficaz que os alvejantes caseiros. Demonstrou um efeito antifúngico elevado contra *Candida albicans*. Devido à facilidade de obtenção do produto, ao seu baixo custo e à facilidade de diluição, os resultados encontrados são promissores em relação à utilização dessa substância no combate a infecções por estomatite protética, porém o contato com essas superfícies pode causar danos ao material e trauma à mucosa de suporte. Uma indicação de uso seria dissolver duas colheres de sopa de vinagre branco em um copo de água e deixar agir de 10 a 15 minutos e, após, enxaguar a prótese e usá-la normalmente. É importante orientar o paciente para não fazer uso de vinagre de vinho tinto que pode causar o manchamento das próteses.

MÉTODO COMBINADO

O método combinado consiste na associação do uso de escova e dentifrício sem abrasivo ou sabão neutro e, em seguida, na imersão em uma solução química. Esse método é efetivo na limpeza das próteses, pois agentes químicos têm atividade microbiana superior à limpeza manual com escova. Sendo assim, a limpeza manual remove debris alimentares, e as soluções químicas atuam contra microrganismos não removidos pela escovação situados mais profundamente (MARCHINI et al., 2001).

DISCUSSÃO

Muitas pesquisas têm sido feitas com o intuito de saber qual é o melhor método e qual o tempo de imersão adequado para que a desinfecção e higienização da prótese sejam eficazes. O meio mais utilizado pelos pacientes é o método combinado. Um estudo realizado por Silva et al. (2006) demonstrou que esse é o método mais utilizado pelos pacientes desde 1989, quando o primeiro levantamento

da pesquisa foi feito. Na época, 93,87% dos pacientes relataram utilizar esse método, e mais de 80% dos entrevistados relatavam não terem recebido instrução quanto à higienização ou à necessidade de visitas periódicas ao dentista. Essa realidade mudou um pouco com o passar dos anos, visto que, em 2004, quando pacientes foram avaliados novamente, 52% diziam não ter recebido orientação sobre higienização, e 77% não receberam a informação sobre as visitas periódicas ao CD.

O CD não deve limitar-se ao método mecânico na hora de recomendar ao seu paciente, pois as substâncias químicas servem como coadjuvantes auxiliares na limpeza das próteses, e segundo estudos, somente o método mecânico não promove a remoção total do biofilme (CATÃO et al., 2007).

O vinagre como meio de imersão pode ser utilizado para reduzir a contagem de *Candida albicans* e, conseqüentemente, diminuir os índices de estomatite protética (PINTO et al., 2008). Por meio de tempos diferentes de imersão, Pereira (2014) conseguiu demonstrar a eficiência do vinagre em ser um agente antibacteriano e concluiu que, em longo prazo, não causa diferença na rugosidade ou dureza, além de ser um produto de uso comum e de fácil acesso aos pacientes portadores de próteses totais. No estudo do tipo caso-controle realizado por Lopes et al. (2009), os pacientes que fizeram a utilização de vinagre para imergir suas próteses durante a noite, conseguiram um controle de placa de 49%, enquanto o grupo que imergiu as próteses em água, teve um aumento de 4% da placa. Esse estudo demonstrou a eficiência do ácido acético na melhora da higienização de próteses.

Para muitos pesquisadores, o hipoclorito de sódio está entre as soluções mais eficazes quando se espera remover a placa e o biofilme de próteses totais. A solução apresenta resultados significativos e demonstra eficiência. Assim, o cirurgião dentista pode indicá-lo como um método coadjuvante de higienização (BARNABÉ et al., 2004; CATÃO et al., 2007; SILVA et al., 2011; PERACINI, 2012; PORTA, 2012; ROSSATO et al., 2011). A água sanitária convencional (hipoclorito de sódio 2-3%) pode ser recomendada como imersão esporádica. O produto deve ser diluído em água, em uma proporção de 15 ml de solução para 300 ml de água, com um tempo de imersão não superior a 20 minutos e, após, deve-se enxaguar em água corrente e fazer imersão em água para remover o gosto desagradável do hipoclorito (KAZUO et al., 2008). Porém seu uso é contraindicado para próteses parciais removíveis por ser corrosivo ao metal (NEILL, 1968). Logo, esse meio químico será indicado no material informativo para uso somente em próteses totais.

A associação do método mecânico e com o químico foi considerada a conduta de eleição para a higienização de próteses parciais removíveis por grande parte dos autores, tendo em vista que o método mecânico promove remoção de placa, debris alimentares e cálculo, e o método químico é eficaz contra os micro-organismos presentes no biofilme (PARANHOS et al., 1991; JAGGER; HARRISON, 1995; CUNHA; MARCHINI, 2007).

Em relação à necessidade de a prótese ser removida para dormir, houve consenso entre vários autores que os pacientes devem dormir sem as próteses (JACOPINO; WATHEN, 1992; PARANHOS et al., 1991).

O peróxido alcalino é um meio químico bastante utilizado. Para Catão et al. (2007), o peróxido alcalino em forma de tablete (Corega Tabs), dissolvido em água, removeu 50% do biofilme da superfície da protética, servindo assim como um meio eficiente na limpeza da prótese. Uma pesquisa publicada por Rossato et al. (2011), o peróxido alcalino, mesmo sendo utilizado por imersão em 30 minutos, tem a mesma eficiência que escovar apenas com escova e sabão líquido. Para Peracini (2012), além de não remover com eficiência, as pastilhas efervescentes causam alteração de cor e manchamento. Para Cruz et al. (2011), a associação de tabletes efervescentes com dispositivos ultrassônicos, quando utilizados separadamente, ou concomitantemente, apresentou resultados favoráveis para serem indicados como métodos auxiliares para desinfecção de próteses. Em artigo publicado, Kiesow et al. (2016) concluíram que tabletes efervescentes utilizados por 5 minutos de tratamento são eficazes na eliminação de todos os tipos de microrganismos testados e causam poucos danos aos materiais das próteses.

O uso de ácidos deve estar restrito ao CD, pois esses materiais causam enfraquecimento da porção metálica da PPR, são de difícil manipulação pelo paciente e nocivos aos olhos e à pele.

Para Andrade et al. (2012), a clorexidina, em determinadas concentrações, consegue remover o biofilme, o que é fundamental para a eliminação das bactérias, e serve como método de limpeza das próteses totais. Já para Silva et al. (2011), ainda não é o meio ideal, pois não remove totalmente as células viáveis presentes na superfície protética. Em uma pesquisa realizada em 2007, Catão et al. também não observaram diferença quando compararam próteses previamente coradas para eliminação de biofilme, com próteses após a imersão em clorexidina. Além disso, a clorexidina pode alterar a dureza da resina acrílica se exposta a períodos prolongados de imersão (ASAD et al., 1992), podendo manchar as próteses.

Para pacientes que têm dificuldade motora e/ou visual deve ser indicado o uso do aparelho de ultrassom. O uso pelo CD no consultório também é indicado por apresentar efetividade na remoção de manchas de café e cigarro, debris livres e cálculo. O uso de micro-ondas mostrou-se eficiente, podendo ser utilizado nas próteses removíveis provisórias sem grampo, pois a presença de metal inviabiliza o uso desse método.

Alguns materiais não foram usados no material informativo: os ácidos, por serem nocivos e de difícil manipulação; os desinfetantes, devido ao manchamento da resina acrílica; as enzimas, por serem materiais caros e pouco acessíveis e o micro-ondas, por danificar o metal das próteses com grampo.

Assim, diante da importância da preservação dos casos realizados, foi confeccionado um material informativo referente à higienização desses aparelhos protéticos (Figura 1). Esse material poderá ser entregue nas clínicas das disciplinas: “Estágio Supervisionado V: Odontogeriatria, Clínica Integrada V: Prevenção e Promoção no Processo Saúde-Doença Bucal e Estágio Supervisionado VII: Vivência Profissional” (6º, 7º e 8º semestres do curso, respectivamente), bem como em campanhas que o curso de Odontologia realiza fora da instituição.

Figura 1 - Material informativo desenvolvido a partir da presente revisão narrativa

FASE DE ADAPTAÇÃO

No período inicial pode haver uma sensação desagradável do aumento do volume dos lábios e bochechas, que passará em um curto tempo;

A sensação de afrouxamento tende a aumentar nos primeiros dias de uso. Porém, após alguns dias isso se normaliza;

Pode ocorrer uma perda de sensação de paladar;

Lembrando-se que a prótese inferior pode levar mais tempo para se adaptar adequadamente.

MASTIGAÇÃO:

Na fase inicial, comer alimentos macios, cortados em pequenos pedaços e mastigando nos dois lados. Isso previne que alimentos mais consistentes gerem injúrias a mucosa alveolar;

O aumento de saliva é comum nessa fase, o que pode dificultar o processo mastigatório. Isso se normalizará com o tempo.

Secretaria do Laboratório
(55) 3025.9070

GUIA DE ORIENTAÇÃO
USUÁRIOS DE PPR E PT

Odontologia Universidade Franciscana UFN Universidade Franciscana

FONÉTICA/FALA:

Para melhorar a fala é recomendável ler/cantar em voz alta, repetir palavras e frases que sejam de difíceis pronúncias;

DURANTE ESSE PERÍODO PODE APARECER:

- ▶ Desconforto de uso
- ▶ Sensação de apertamento
- ▶ Dificuldades fonéticas
- ▶ Regiões avermelhadas
- ▶ Dificuldades mastigatórias
- ▶ Sensação de Prótese "ficar frouxa"
- ▶ Aparecimento de "regiões doloridas"

HIGIENE

Para aceitação da PPR e PT, necessitamos de uma higiene satisfatória, englobando a prótese e as estruturas bucais (língua, bochecha e gengiva).

Mecânica: escovar a prótese com escova dental macia juntamente ao uso de sabão neutro. Cremes dentais não são indicadas pela sua abrasividade.

Química: para PPR uma vez por semana deixá-la submersa por 15 minutos em um copo de água com duas colheres de sopa de vinagre branco; para PT uma vez na semana deixá-la submersa por 15 minutos em um copo de água com uma colher de sopa de água sanitária. Lavar bem a prótese com escova e sabão neutro para utilizá-la

OBSERVAÇÕES:

Deve-se permitir que a mucosa descanse: removê-la para dormir (manter num ambiente úmido) ou então remover as próteses em alguns momentos por dia, por exemplo, durante o banho.

Água sanitária é contraindicada para PPR devido a corrosão do metal (grampos).

Recomenda-se visitas ao dentista inicialmente a cada 6 meses e posterior a cada ano.

IMPORTANTE!

A prótese total deve ser trocada em aproximadamente cinco anos de uso.

5 ANOS DE USO.

CONCLUSÃO

Para uma higienização correta da prótese, é necessário que o CD, além de fazer um bom planejamento da prótese, sem excessos que dificultarão a limpeza dos componentes protéticos pelo paciente, instrua o paciente quanto ao método de higienização mais adequado ao seu caso. É importante, também, que o laboratório siga corretamente o ciclo de polimerização da resina acrílica e que esta esteja perfeitamente polida. Cabe ao dentista analisar corretamente os materiais da prótese quando esta for entregue ao paciente.

A maneira como o paciente pode higienizar sua prótese deve ser uma preocupação do cirurgião dentista, pois a saúde do meio bucal está diretamente ligada ao fato de o paciente conseguir remover corretamente as bactérias que estarão presentes na superfície da prótese. O dentista deve informar ao paciente que somente escova convencional e dentifrício, que é o método mais utilizado por grande maioria dos pacientes, não consegue remover com eficiência o biofilme; o indicado é o uso de escovas cônicas e cilíndricas de tamanho compatível, e que a higienização mais eficiente é aquela que utilizada o método associado.

Quanto ao material informativo, pretende-se realizar um acompanhamento (proservação) dos pacientes que receberão esse material avaliando aspectos como durabilidade, higienização e satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALDANA, L. et al. Effects of candida treatment regimens on the physical properties of denture resins. **Journal of Prosthodontics**, v. 7, n. 5, p. 473-478, 1994.

ANDRADE, I. M. et al. Effect of Chlorhexidine on Denture Biofilm Accumulation. **Journal of Prosthodontics**, v. 21, n. 1, p. 2-6, 2012.

ASAD, T.; WATKINSON, A. C.; HUGGET R. The effect of disinfection procedures on lexural properties of denture base acrylic resins. **The Journal Prosthetic Dentistry**, v. 68, n. 1, p. 191-195, 1992.

BARNABÉ, W. et al. Efficacy of sodium hypochlorite and coconut soap used as disinfecting agents in the reduction of denture stomatitis *Streptococcus mutans* and *candida albicans*. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 31, n. 5, p. 453-459, 2004.

BASTOS, L. P. et al. Métodos e higienização em próteses dentais removíveis. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 6, n. 2, p. 129-137, 2015.

BASSON, N. J.; QUICK, A. N.; THOMAS, C. J. Household products as sanitising agents in denture cleansing. **Journal Canadian Dental Association**, v. 47, n. 10, p. 437-439, 1992.

BUDTZ, J. E. Materials and methods for cleaning dentures. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 42, n. 6, p. 619-623, 1979.

CARREIRO, A. F. P. et al. Aspectos biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes suportes. **Revista Periodontia**, v. 18, n. 1, p. 105-113, 2008.

CARVALHO, L. C.; CORMACK, E. F. O cuidado dos idosos com suas próteses dentárias. **Revista Brasileira Odontológica**, v. 60, n. 3, p. 167-169, 2003.

CATÃO, C. D. S. et al. Chemical substance efficiency in the biofilm removing in complete denture. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 1, p. 53-60, 2007.

CROCCO, E. I. et al. Identificação de espécies de *Candida* e susceptibilidade antifúngica in-vitro: estudo de 100 pacientes com candidíases superficiais. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 689-697, 2004.

CRUZ, P. C. et al. The effectiveness of chemical denture cleansers and ultrasonic device in biofilm removal from complete denture. **Journal of Applied Oral Science**, v. 19, n. 6, p. 668-673, 2011.

CUNHA, V. P. P.; MARCHINI, L. **Prótese total contemporânea na reabilitação bucal**. São Paulo: Santos, 2007.

FONSECA, P.; AREIAS, C.; FIGUEIRAL, M. H. Higiene de próteses removíveis. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 48, n. 3, p. 141-146, 2007.

GOIATO, M. C. et al. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 1, p. 85-90, 2005.

JAGGER, D. C.; HARRISON, A. Denture cleansing - the best approach. **British Dental Journal**, v. 78, n. 11, p. 413-417, 1995.

JACOPINO, A. M.; WATHEN, W. F. Oral candidal infection and denture stomatitis: oral comprehensive review. **The Journal of the American Dental Association**, v. 123, n. 1, p. 46-51, 1992.

KAZUO, S. D. et al. Higienização em prótese parcial removível. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 168-174, 2008.

KIESOW, A. et al. Material compatibility and antimicrobial activity of consumer products commonly used to clean dentures. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 115, n. 2, p. 189-198, 2016.

LOPES, D. M. et al. Avaliação da influência do ácido acético na eficiência da higienização de próteses totais. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 150-154, 2009.

MACIEL, S. S. S. V. et al. Prevalência das lesões de tecidos moles causadas por próteses removíveis nos pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integral**, v. 8, n. 1, p. 93-97, 2008.

MARCHINI, L. et al. Prótese dentária na terceira idade. **Revista APCD**, v. 55, n. 2, p. 83-87, 2001.

MIMICA, L. M. J. et al. Diagnóstico de infecção por *Candida*: avaliação de testes de identificação de espécies e caracterização do perfil de suscetibilidade. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 45, n. 1, p. 17-23, 2009.

NAKAMOTO, K.; TAMAMOTO, M.; HAMADA, T. Evaluation of denture cleansers with and without enzymes against *Candida albicans*. **Journal Prosthetic Dentistry**, v. 66, n. 6, p. 792-795, 1991.

NEILL, D. J. A study of materials and methods employed in cleaning dentures. **British Dental Journal**, v. 124, n. 6, p. 107-115, 1968.

PARANHOS, H. D. F. O.; MALACHIA, A.; PARDINI, L. C. Materiais para limpeza de dentaduras: revisão de literatura. **Revista da Faculdade Odontologia de Lins**, v. 4, n. 2, p. 19-24, 1991.

PARANHOS, H. F. O. et al. Capacity of denture plaque/biofilm removal and antimicrobial action of a new denture paste. **Brazilian Dental Journal**, v. 12, n. 2, p. 97-104, 2000.

PERACINI, A. **Soluções higienizadoras de prótese total**: avaliação da remoção de biofilme e efeito sobre propriedades da resina acrílica termopolimerizável. 2012. 171f. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

PEREIRA, C. J. **Influência de imersões em vinagre sobre a rugosidade e a dureza de uma resina acrílica de termoativação**. 2014. 36f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, RS, 2014.

PINTO, T. M. S. et al. Vinegar as an antimicrobial agente for control os *Candida* spp. In complete denture wearers. **Journal of Applied Oral Science**, v. 16, n. 6, p. 385-390, 2008.

PURNAVEJA, S. et al. Compatibity of denture cleansers with some new self-curing denture base materials. **Biomaterials**, v. 3, n. 4, p. 251-252, 1982.

PORTA, S. R. S. **Avaliação do hipoclorito de sódio a 0,5% como limpador de prótese: estudo clínico**. Piracicaba, SP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2012.

ROSSATO, M. B. et al. Analysis of the Effectiveness of Different Hygiene Procedures Used in Dental Prostheses. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 9, p. 221-227, 2011.

SALERNO, C. et al. *Candida*-associated denture stomatitis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 2, p. e139-e143, 2011.

SESMA, N. et al. Eficiência de métodos caseiros de higienização e limpeza de próteses parciais removíveis. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 53, n. 6, p. 463-468, 1999.

SHAY, K. Denture hygiene: A review and update. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, Winter Issue, v. 1, n. 2, p. 1-7, 2000.

SILVA, C. H. L. et al. Levantamento do grau de instruções e dos materiais e métodos de higiene utilizados por usuários de próteses totais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 2, p. 125-131, 2006.

SILVA, R. J.; SEIXAS, Z. A. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. **International Journal of Dentistry**, v. 7, n. 2, p. 125-132, 2008.

SILVA, P. M. B. et al. Microscopical analysis of *Candida albicans* biofilms on heat-polymerised acrylic resin after chlorhexidine gluconate and sodium hypochlorite treatments. **Mycoses**, v. 54, n. 6, p. 712-717, 2011.

SILVA, M. M. **Efetividade da irradiação por micro-ondas na desinfecção de próteses totais**. 2005. 140f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Araraquara, SP, 2005.

TANOUE, N.; MATSUMURA, H.; ATSUTA, M. Wear and surface roughness of current prosthetic composites after toothbrush/dentifrice abrasion. **Journal Prosthetic Dentistry**, v. 84, n. 1, p. 93-97, 2000.

TAMAMOTO, M. et al. Ability of enzymes to remove Candida. **Journal Prosthetic Dentistry**, v. 53, n. 2, p. 214-216, 1985.

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.