

## Estética em prótese total

---

---

ELEN CAROLINE DIAS BERNAL(PG-UNINGÁ)<sup>1</sup>  
GIOVANI DE OLIVEIRA CORRÊA(UNINGÁ)<sup>2</sup>  
EDWIN FERNANDO RUIZ CONTRERAS(UNINGÁ)<sup>2</sup>  
JOANE AUGUSTO DE SOUZA JÚNIOR(UEPG)<sup>3</sup>

### RESUMO

Prótese total é um aparelho que tem como função a reconstituição das funções mastigatória, postural, fonética e estética em pacientes desdentados. A estética em prótese total envolve diversos fatores que unidos proporcionam uma harmonia com o restante da face, sendo indicada para pacientes que tiveram os dentes naturais condenados à extração. O profissional deve selecionar o melhor tipo de dente para cada caso individualmente e sempre consultar a opinião do paciente. Após a instalação da prótese, o restabelecimento das funções deve ser no mínimo satisfatório, para poder suprir a expectativa do paciente e até mesmo a dos profissionais envolvidos na confecção, atingindo assim os objetivos do tratamento protético.

**Palavras-chave:** Prótese total. Estética. Dentes artificiais.

### INTRODUÇÃO

A pessoa desprovida total ou parcialmente de sua dentição pode ser considerada um deficiente bucal, já que além de vulnerável, ela também está privada de várias funções, como mastigatória, postural, fonética e estética. Essa última pode ser considerada uma das piores privações, pois causa forte impacto físico e psicológico.

---

<sup>1</sup>Pós-Graduação Faculdade Ingá-UNINGÁ

<sup>2</sup>Professores Doutores Faculdade Ingá-UNINGÁ

<sup>3</sup>Professor Doutor Universidade Estadual de Ponta Grossa - PR

Dessa perda aparentemente irremediável, aliada ao ego humano e a sede de superação pela estética buscando incessantemente a perfeição nasceu a necessidade de se recompensar a perda dos dentes por falta de um cuidado adequado. Essa necessidade levou o homem desde tempos muito remotos a desenvolver uma prótese que simulasse o órgão mastigatório do ser humano, sob o prisma da reabilitação.

Essa prótese, que pode tanto ser parcial (reestruturando apenas alguns dentes perdidos) quanto total (reprodução artificial de toda a arcada dentária), foi evoluindo até os dias de hoje. Atualmente, a prótese total é um aparelho protético destinada a substituir todos os dentes do arco dental e a parte gengival degradada, a fim de restituir as funções, a estética e a saúde dos órgãos da mastigação. A estética em prótese total engloba diversos fatores que unidos são responsáveis pela harmonia com o restante da face. Dentre esses fatores é relevante mencionar a seleção dos dentes artificiais, que além de substituírem os dentes naturais devem suprir as necessidades estéticas e funcionais do paciente.

### REVISÃO DA LITERATURA

Desde os primórdios da civilização, o ser humano se preocupa com as perdas dentárias sofridas. Estudos comprovam que essa busca vem de milhares de anos atrás. No ano de 2500 a.C. foram encontrados dentes humanos em sarcófagos etruscos e fenícios, que na época teriam sido utilizados para substituição, o que hoje é considerado prótese. Na história descobrimos que os egípcios utilizavam além de dentes humanos também dentes de animais recortados e em formato parecido com o do humano e que eram interligados com fios de ouro, fixados aos dentes remanescentes.

Pode-se considerar que as primeiras “próteses” ou “dentaduras” postiças de adaptação perfeita foram produzidas no final do século XVI, pelo farmacêutico Alexis Guilhermeau, utilizando como matéria-prima o marfim de hipopótamo. No ano de 1774 o farmacêutico que usava prótese artificial teve a idéia de confeccionar os primeiros dentes em porcelana, porém a sua tentativa acabou fracassando, pois não era dotado de conhecimento anatômico suficiente para a escultura e disposição dos elementos. Mais tarde este se uniu a Nicholas Dubois de Chemant, e através desta união as primeiras próteses foram produzidas em porcelana.

Refugiado por causa da revolução francesa, Chemant se associou a Ash, e com isso fundou uma indústria que resiste até os dias de hoje.

Em 1830, Fonzi criou a prótese individual de porcelana, revolucionando o mercado de próteses. Desde esse momento a escolha dos dentes passou a ser essencial para a construção de próteses de qualidade. Williams, em 1914, visando eliminar a subjetividade presente nessa escolha, criou uma teoria que procurava harmonizar o formato da face humana com o incisivo central superior, criando mais uma vez um marco no ponto estético da prótese. Para ele, sob o prisma estético dos dentes artificiais, os incisivos centrais superiores são os mais importantes elos dessa cadeia, e, por isso, ele passou a criar formas mistas.

A principal dificuldade do profissional que confecciona as próteses seria a de combinar as formas dos dentes com a forma do rosto do paciente na aplicação clínica, por que a forma facial do ser humano se modifica com o passar do tempo e com ela muda também o formato dos dentes, e por isso esse fato deve ser levado em consideração na hora de selecionar o tipo de prótese mais adequado para o paciente. Os formatos dos rostos humanos dividem-se em: quadrado, ovóide e triangular, e o incisivo central deve ser escolhido entre esses formatos.

Wright comparou a forma da face com o formato dos dentes em pacientes adultos e jovens no ano de 1942 e observou que em 13% dos casos os formatos de dentes e rostos eram iguais, 27,3% eram semelhantes e 60,7 eram diferentes. Mazzo e Vieira (1998), o dente deve respeitar a forma harmônica da silhueta facial para que a escolha do dente artificial seja a mais correta possível. Para tanto, usa-se um compasso próprio, ou ainda duas régua que facilmente definem essas relações. O contorno dos dentes de um indivíduo é geometricamente semelhante ao contorno de sua face. Quando acontece de não haver um contato com o paciente, é possível se obter o formato dos dentes pela forma dos rebordos alveolares retirados dos modelos móveis.

Um outro fator de suma importância e que deve sempre ser levado em consideração é a seleção de cor que deve ser escolhida para o paciente. Para esta seleção, deve-se levar em conta fatores importantíssimos, como a cor de pele, pois quanto mais escura for a pele do paciente, mais escura terá que ser a cor do dente artificial. Estudos revelam que pessoas de pele negra não possuem dentes claros, é o contraste da pele com o esmalte dental que nos causa tal impressão. No geral, à medida que a pessoa envelhece, e com ela os dentes naturais, ocorre uma descalcificação dos dentes, por isso o escurecimento. Assim,

em pacientes jovens deve-se utilizar tons mais claros de dentes, e em pacientes mais idosos, por consequência, tons mais escuros.

Os dentes artificiais podem ainda ser confeccionados em porcelana ou em resina acrílica, e podem ser funcional ou anatômico sob o desenho da face oclusal. Os dentes artificiais produzidos em porcelana são compostos por quartzo, caolim e feldspato, e têm como corante o ácido metabólico. Esses materiais são fundidos e, em camadas, formam o corpo do dente e a porção incisal. A superfície externa do dente recebe uma camada de brilho e proteção, chamada glaze. Os dentes artificiais produzidos com este método são mais resistentes, possui uma eficiência mastigatória maior, uma melhor estabilidade de cor, contudo fazem ruído ao mastigar, possuem um grau de montagem um pouco mais complicado, apresentam uma dificuldade de ajustes oclusais, são friáveis e não adesivos á base da prótese. Os dentes que tem por matéria prima a resina são produzidos a partir de polimecritato de metila, cristais de quartzo, e têm como corantes óxidos metálicos. Assim como os de porcelana, os dentes de resina acrílica são constituídos por camadas prensadas, de maneira que a coloração seja intrínseca. As vantagens desse tipo em relação ao dente de porcelana são que o dente em resina apresenta uma maior facilidade de ajuste e montagem, uma maior abrasão fisiológica, ter o mesmo material de composição da base da prótese, contudo, esse tipo de prótese se desgasta rápido, além de perder o brilho e mudar de cor rápido também.

Sob um aspecto geral, dá-se preferência aos dentes de resina acrílica sempre que houver dificuldade em montagem, ou uma carência de ajustes oclusais extensos, ou quando o objetivo é diminuir o componente de força sobre o rebordo residual ou ainda quando se trata de próteses imediatas. A prótese postiça em porcelana é indicada nos casos que pedem uma estabilidade de cor. Toda vez que eles forem indicados é preciso que uma verificação precisa e equilibrada do equilíbrio oclusal seja feita. Esse tipo de prótese não é muito utilizado atualmente não só pelas suas restrições quanto ao uso, mas também por ser economicamente inviável comparado ao modelo produzido com resina acrílica, além de ser raramente encontrada no mercado. As próteses produzidas com resina passam por várias modificações e se aperfeiçoam constantemente, através da melhoria das propriedades físicas e mecânicas de seu material, no que diz respeito tanto ao aspecto funcional quanto ao aspecto estético. Por isso também eles são mais utilizados na construção de próteses totais removíveis.

O desenho da base total oclusal se baseia em pesquisas que têm por finalidade verificar se a eficiência da função mastigatória se dá às custas de uma superfície triturante, baseada nos dentes naturais, ou se a modificação da plataforma oclusal para adaptá-la às novas condições orais do paciente são viáveis.

Em situações especiais, pode-se recobrir as superfícies oclusais desses dentes com restaurações de amálgama ou metálicas, para aumentar a resistência do dente ao desgaste e a abrasão. Como exemplo podemos citar o caso de uma prótese total superior que tem como antagonista uma prótese metalocerâmica. Como é sabido, as porcelanas utilizadas nas confecções de dentes são de extrema dureza e que desgastam com facilidade o acrílico. A fim de evitar esse desgaste e aumentar a vida útil da prótese, é realizado o recobrimento oclusal dos dentes posteriores da prótese, que irão ocluir com a porcelana através de um processo conhecido como blindagem oclusal.

A cada cinco anos, o paciente deverá procurar o seu cirurgião-dentista para uma análise criteriosa para confecção de novas dentaduras. Estética harmonia facial, desgaste dos dentes, envelhecimento precoce, falta de retenção, reabsorção óssea e dores em algumas áreas são alguns itens importantes para indicação ou não de uma nova dentadura. A dentadura inferior leva quatro vezes mais tempo para que o paciente se acostume do que a superior. Quanto mais tempo ele empregar na mastigação, melhor será a adaptação. Não se deve comer porções grandes de alimentos no princípio. Deve-se dividir os alimentos em pequenas porções. No início toda dor e desconforto sentidos são normais; se aparecerem pontos dolorosos ou "calos" deve-se procurar o dentista, que dará ao paciente alívio necessário. O paciente deverá comer somente alimentos macios e cremosos nos primeiros dias; à medida que for progredindo, poderá comer alimentos mais sólidos, mastigando vagarosamente e por igual, a fim de controlar a dentadura e a pressão das gengivas ao morder.

Quase sempre as próteses irão provocar pequenas ulcerações na gengiva. É muito difícil fazer dentaduras que não traumatizem a fibromucosa, provocando dores. Quase sempre é necessário realizar controles posteriores, desgastes, ajustes oclusais etc. Não podemos esquecer que as dentaduras são duras, rígidas e o tecido da gengiva é muito delicado e sensível.

Nos dias de hoje, alguns fabricantes estão desenvolvendo dentes protéticos construídos a partir de resinas compostas, porém, no Brasil sua

utilização é pouco difundida. No nosso mercado hoje estão a disposição dentes protéticos com duas, três e até quatro prensagens, sendo que este último apresenta uma melhor qualidade na anatomia e na dureza. Estes dentes disponíveis em maior quantidade e tamanhos variados oferecem uma melhor estética e confere maior durabilidade às próteses. Os dentes protéticos de duplas prensagens são mais populares e de baixo custo, entretanto apresentam durabilidade menor e uma qualidade estética menor também.

Em 1941 foi apresentado o “Método do Índice Antropométrico Cefálico”, que verifica a largura dos dentes anteriores e superiores, que corresponde a aproximadamente 1/13 da circunferência transversal da cabeça ou largura da face dividida pela constante. Desse modo o tamanho dos dentes é tido pelo tamanho da sua base, e devem estar dentro do limite das linhas de referência demarcadas pelo cirurgião nos roletes de articulação. Método esse proposto por autores que não concordavam com a técnica de utilização do espaço entre as comissuras labiais para determinar a largura dos seis dentes anteriores.

O número de dentes pertinentes em cada prótese total deve ser igual a 14 e posicionados na distância de túber a túber, quando na maxila, e de trígono-retro molar ao outro, quando na mandíbula.

Quanto ao sexo, os contornos arredondados dos ângulos incisais produzindo efeito esférico dos incisivos laterais superiores, se harmonizam com o sexo feminino, enquanto os ângulos retos produzindo efeito cubóide nesses mesmos dentes, se harmonizam com o sexo masculino. Quanto ao fator personalidade, classificaram os indivíduos em tipo vigoroso (homens na maioria), médio (a maior parte da população), e delicado (mulheres em sua grande maioria). Quanto ao fator idade propuseram para indivíduos jovens uma montagem dos seis dentes anteriores superiores, com desníveis entre as bordas incisais, e para indivíduos senis, simulações de desgastes fisiológicos como erosão, abrasão ou diastemas, variações nos eixos longitudinais dos dentes e simulação de retrações gengivais. Para se obter uma boa estética deve-se considerar uma tomada correta da dimensão vertical, o plano oclusal protético, linha mediana, linha dos caninos e linha alta do sorriso, e com relação aos dentes artificiais três fatores: forma, tamanho e cor. Além da forma dos dentes, sua disposição é um fator fundamental para se construir uma prótese mais estética tornando-a mais natural. Já alguns autores realçam a importância da caracterização das bases de acordo com as necessidades de cada paciente. Outros fatores também têm influência na

composição estética, entre eles: a importância da consulta de entrevista para conhecer as expectativas do paciente, a tomada precisa de relação cêntrica e excêntrica, a localização do plano oclusal e a influência da própria entrega e manutenção. Fatores cosméticos e a reflexão artística devem ser considerados no arranjo dos dentes de uma prótese total.

O aspecto da morfo-psicologia, isto é, como uma pessoa vê a outra também deve ser avaliado. Desse ponto de vista, os incisivos centrais focalizam as características de personalidade, força, energia, autoritarismo, magnetismo, apatia ou retração. Os incisivos laterais concentram o abstrato: elementos artísticos, emocionais ou intelectuais da personalidade. Assim, o profissional, ao confeccionar uma prótese total pode alterar totalmente a imagem do paciente, positiva ou negativamente. Associado aos fatores para obter-se uma boa estética: tamanho dos dentes, cor, disposição, alinhamento, posição, cor da gengiva artificial, oclusão, enfim, todos os recursos utilizados para se promover um aspecto mais natural e harmônico possível, deve-se sempre consultar a opinião do paciente que deve dar a última palavra, pois o conceito do belo é de caráter totalmente pessoal e subjetivo, sofrendo influências culturais e sociais. Procedendo desta maneira, estaremos mais próximos de realizar seu desejo estético, obtendo uma maior satisfação e aceitação do trabalho.

### TIPOS DE MONTAGEM

**Montagem clássica:** essa montagem apresenta desníveis entre as bordas dos incisivos centrais e laterais correspondendo aos arcos dentais de indivíduos na primeira fase da maturidade, na sua plenitude física, quando ainda os dentes não sofreram desgastes fisiológicos ou mecânicos.

**Montagem com toque masculino:** os incisivos centrais superiores são expostos, projetando-se o lado distal para vestibular, e os incisivos laterais superiores deslocados de leve para palatino tornando-os menos evidentes. Com essas variações, salientam-se os incisivos centrais superiores e os caninos e a montagem torna-se mais agressiva.

**Montagem com toque feminino:** a distal dos incisivos central superiores é ligeiramente deslocada para palatino, e os ângulos méso-incisais dos incisivos laterais superiores são sobrepostos sobre a vestibular dos incisivos centrais superiores, colocando em evidência os incisivos laterais superiores.

**Montagem com diastemas:** as faces proximais dos incisivos centrais superiores e incisivos laterais superiores são desgastadas,

estreitando-os. Montados os dentes nas posições originais, os mesmos ficam separados entre si, simulando a migração daqueles ou o abrasionamento das faces proximais.

**Montagem senil:** as bordas incisais dos incisivos centrais superiores, incisivos laterais superiores e caninos são desgastadas, deixando-se os dentes com ângulos mais vivos e nivelados, simulando abrasão.

### **DUAS SUGESTÕES PARA SE OBTER EQUILÍBRIO OCLUSAL EM PRÓTESE TOTAL DUPLA**

Um dos objetivos a ser alcançado na construção de uma prótese total é o equilíbrio oclusal, pois ele é condição essencial para se manter e preservar o rebordo. Diante disso, são aqui sugeridos dois procedimentos diferentes que podem ser aplicados para tal objetivo.

Na primeira sugestão, usa-se a base da prótese ou dentadura como chapa de prova. Ao invés de se confeccionar uma chapa-de-prova, faz-se, antecipadamente, a base de cada uma das duas próteses com resina transparente termo-polimerizável prensada. Com isso, fica determinada desde o princípio, a relação que essa base terá com o rebordo alveolar. Essa base definitiva da prótese é, então, utilizada como chave-de-prova. A vantagem dessa manobra reside no fato de que a relação da base com o rebordo mantém-se a mesma até a finalização da prótese, já que essa base servirá durante o tratamento, para detectar os registros intermaxilares através do plano de cera e, ao final, será utilizada pelo paciente. Na segunda sugestão, plastifica-se a cera da prótese inferior. Após a prova estética e de relacionamento oclusal dos dentes montados com cera, deve-se plastificar a cera da prótese inferior, a fim de propiciar um ajuste oclusal fino. Este é feito pelo próprio paciente, por intermédio de movimentos mandibulares controlados pelo cirurgião. Para isso, mergulha-se a prótese inferior na água a 50 graus por cinco minutos.

### **PRINCIPAIS ERROS COMETIDOS NA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESES**

A maioria dos profissionais que saem da teoria para a prática na construção e montagem de próteses totais não possui embasamento



teórico suficiente para realizar tal procedimento com excelência na maestria e perfeição. A maioria dos cirurgiões que estão na estrada há algum tempo observam grandes erros cometidos na montagem que são cometidos por falta de aprofundamento teórico.

A grande maioria dos erros cometidos nessa área se dá pela inobservância nos dentes incisivos. Os detalhes que mais levam os profissionais da área a cometerem equívocos que podem causar sérios danos ao paciente são:

A falta de observância da papila incisiva para se obter a posição Antero-posterior dos incisivos centrais acaba causando a deformação da fisionomia de muitos pacientes, principalmente se olhados de perfil. Normalmente os incisivos são montados muito para posterior, acarretando transtornos na biomecânica articular e na estética. A papila incisiva deve estar posterior aos incisivos centrais e entre eles.

O maior dano à estética está em se colocar os dentes incisivos centrais com as superfícies cervicais em contato com o rebordo, qualquer que seja a quantidade de reabsorção óssea que o paciente tenha sofrido. Os dentes anteriores devem ser montados de acordo com o seguinte esquema de posição mesio-distal e vestibulo-lingual, referidos nos planos vertical e horizontal na imagem acima.

### **MONTAGEM DOS DENTES ANTERIORES SUPERIORES**

Deve-se traçar as linhas guias ântero-posterior e transversa anterior sobre a superfície oclusal do arco inferior. Elas nos guiarão na conformação dos arcos dentários. A posição por vestibular dos posteriores superiores será vertical, acompanhando o canino e a inclinação de suas coroas no sentido mesio-distal será vertical ou ligeiramente inclinada para a distal.

**POSIÇÃO QUANTO À CÚSPIDE:** no primeiro PMS somente a vestibular tocará o plano de cera inferior; no segundo PMS as cúspides vestibular e palatina tocarão o plano; no primeiro MS tocarão as cúspides méso-vestibular e méso-palatina; no segundo MS nenhuma das palatinas tocará o plano.

### **MONTAGEM DOS DENTES POSTERIORES SUPERIORES**

Deve-se conservar sempre os alinhamentos (colos vestibulares, cúspides vestibulares e palatinas e alinhamento dos sulcos méso-distais ou sulcos principais). A linha antero-posterior deverá coincidir com os sulcos méso-distais dos dentes posteriores. O segundo molar tende a fechar o arco dentário superior, fazendo a sua cúspide disto-vestibular tocar a linha antero-posterior.

### **MONTAGEM DOS DENTES ANTERIORES INFERIORES**

Existem três regras que devem ser obedecidas, onde a primeira diz que a borda incisal dos inferiores não pode tocar a superfície por lingual dos superiores em oclusão central, deve ficar afastado 1, 2 ou 3mm, conforme o caso, a segunda refere-se à grande mobilidade do músculo orbicular e sua potência em certos indivíduos, por isso deve-se cuidar para que os incisivos não fiquem muito por vestibular, e a terceira que diz que ao se observar as preparações anatômicas em corte sagital passando por incisivos centrais, nota-se que o eixo axial desses dentes coincide com o centro do osso, o que naturalmente resultará em equilíbrio e preservação do tecido ósseo.

No caso dos incisivos centrais, corta-se a cera exatamente na linha transversa e retira-se a porção vestibular; posiciona-se o incisivo central direito e tangendo a linha mediana que passa entre os incisivos centrais superiores. Em se tratando dos incisivos laterais, que são um pouco maiores do que os centrais, costuma-se normalmente posicioná-los com leve giroversão para um melhor efeito de ordem estética. Para os caninos, não existem próteses totais, pois se esses dentes trespassam os superiores no sentido vertical, travam os movimentos laterais. A vertente posterior da ponta do canino inferior deve trespassar horizontalmente a vertente anterior do canino superior.

### **MONTAGEM DOS DENTES POSTERIORES INFERIORES**

Para o primeiro molar, retira-se a porção de cera do arco de oclusão. Após a colocação do dente neste espaço, nota-se se seu sulco de escape

vestibular coincide com a cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior. No caso do segundo pré-molar, a ponta de suas cúspides vista por vestibular coincide entre as duas cúspides dos pré-molares antagonistas. No segundo molar, posiciona-se o dente, alinhando-o como dois já montados nesse hemi-arco. Finalmente, o primeiro pré-molar será o último dente a ser montado, a fim de compensar todas as variações de sobre-mordida e saliência dos dentes anteriores, quando será desgastado para que se ajuste no espaço restante.

### **MEIOS QUE TORNAM O UNIVERSO DA ESTÉTICA REALIDADE**

Por mais que o ser humano venha, através de séculos e séculos de evolução, buscando o perfeito para seu conforto e bem estar pessoal, na questão de estética, em se tratando de próteses tanto totais quanto parciais, o homem tem ainda muito que percorrer e conquistar. Muitas das imperfeições que faziam parte da rotina protética de antigamente hoje se tornam desafios a serem solucionados pelo universo da estética.

### **CARACTERIZAÇÃO DE RESINAS**

Atualmente, disponível em nosso mercado, tem-se disponível resinas pigmentadas e escalas policromáticas de gengivas, que auxiliam o profissional protético a simular com uma maior perfeição a gengiva humana, e tornam possíveis os resultados finais de próteses com uma estética mais próxima daquilo que o paciente objetiva, porém sem um aumento significativo no custo de produção dessa prótese.

Os dentes artificiais devem ser colocados na prótese total de modo que satisfaçam as necessidades estéticas e funcionais do paciente. Na busca de se alcançar tais metas, os especialistas em prótese têm diversificado seus procedimentos nas construções das próteses totais. As próteses podem ser imediatas (indicadas para pacientes que têm urgência na instalação de uma prótese total), de transição (aquelas que utilizam os dentes remanescentes e as próteses removidas do paciente, reposicionando-os numa PT, na mesma situação em que estavam na boca) Turano(2002) ou ainda podem ser *Overdentures* totais ou híbridas (tal procedimento é uma conduta preventiva através da qual o cirurgião

dentista trata a dentição terminal de um paciente, preservando dentes e raízes em bom estado de conservação. Também chamadas de próteses totais híbridas, as *Overdentures* podem ser ainda confeccionadas e instaladas em pacientes desdentados totais que tenham se submetido a implantes).

### **EXPECTATIVA DO PACIENTE EM RELAÇÃO À PRÓTESE TOTAL**

Embora o número de indivíduos totalmente desdentados tenha diminuído nas últimas décadas, há ainda uma efetiva demanda por tratamento com próteses totais, sendo que a prevalência e o padrão de idade relacionados ao edentulismo total é variável em diferentes grupos populacionais. Antes de tudo, o profissional deve trabalhar tendo em mente como resultado final a satisfação do paciente com o trabalho realizado. Para tanto, os passos para a confecção das próteses devem ser seguidos, procurando no momento da seleção, montagem e provas clínicas dos dentes, satisfazer as funções do sistema estomatognático, com a estética bem favorável e agradável. Deve-se levar em consideração as variáveis tais como: sexo, raça, cor, formato do rosto, relacionamento maxilo-mandibular e outras apresentadas por cada paciente.

Recomenda-se ao paciente portador de prótese total procurar o cirurgião-dentista a cada cinco anos para uma análise criteriosa para confecção de novas dentaduras. Estética, harmonia facial, desgaste dos dentes, envelhecimento precoce, falta de retenção, reabsorção óssea, dores em algumas áreas são alguns itens importantes para indicação ou não de uma nova dentadura.

As perdas dentais acarretam alteração significativa do esqueleto facial, morfologia e tecidos moles, em consequência do desequilíbrio funcional e oclusal. Muitos pacientes desdentado total, portadores de próteses totais duplas, queixam-se da instabilidade da prótese, dificuldades na mastigação e fala. A avaliação fonoaudiológica menciona-se alteração na deglutição, mastigação e fala.

Após instalação da prótese pode ocorrer que as pessoas se preocupem com o ruído que possam fazer com os dentes ao se tocarem; ou com um pequeno embaraço na conversação; outras reclamam a quantidade anormal de saliva na boca, certo número de pessoas preocupam-se com possíveis mudanças em sua expressão facial normal; ainda outras,

com a dentadura inferior deslocando-se continuamente. Quase todas as pessoas se queixam que ficam com a "boca cheia" ao colocarem dentaduras. Na maioria das vezes, estes "problemas", quando existirem, desaparecerão em curto espaço de tempo e para sempre. Muitos pacientes não ficam satisfeitos com a nova dentadura ao instalar. Existe um período de adaptação, sendo que a prótese inferior leva quatro vezes mais tempo do que a superior.

Em contrapartida existem pessoas que estão mais felizes e saudáveis com a prótese total, do que seus próprios dentes. Algumas inclusive acham que sua aparência tem melhorado e, muitos outros comentam que podem comer melhor e mais confortavelmente.

Esses quesitos positivos ou negativos podem corroborar com a expectativa do paciente em relação a prótese total. Baer et al (1992), estudou a satisfação dos pacientes em relação a prótese. Foram selecionados 29 pacientes (14 homens e 15 mulheres, idade média de 70 anos  $\pm$  3,5 anos). Após dez dias da instalação da prótese, foi entregue aos pacientes um questionário sobre grau de satisfação em relação a prótese utilizando uma escala. Correlação foi feita separadamente por gênero controlando a idade. O estudo sugere que o gênero do paciente deve ser um importante fator em relação ao grau de satisfação. Garrett et al. (1996), estudaram em 21 pacientes com prótese mal ajustada antes e depois do tratamento. Após ajustes os pacientes mostraram-se satisfeitos em relação a mastigação, retenção e fonética. Estudando o comportamento clínico nos pacientes em relação a dois tipos de próteses totais consideraram os fatores: mastigação, retenção, estabilidade, conforto e fonética. No que dizia respeito aos fatores retenção e fonética, as diferenças médias entre as duas próteses foram clinicamente pouco significativas. Diehl et al. (1996), investigaram 60 pacientes portadores de prótese totais antes e depois da instalação da prótese durante 18 meses. Não apresentaram significativa associação as características: sexo, raça, nível sócio-econômico, escolaridade, estado civil, anatomia das maxilas com o sucesso da prótese total. Variáveis psico-sociais, tal como expectativa antes do tratamento, satisfação com o serviço dentário e saúde mental mostraram uma acentuada associação com o sucesso da prótese, pois quando o paciente busca recursos odontológicos para substituição dos dentes perdidos, está também demandando a reconstrução de sua imagem pessoal e social.

## DISCUSSÃO

Ao analisar os trabalhos da revisão de literatura, pode-se notar que para que o paciente aceite a sua prótese total, é de fundamental importância que esta apresente estabilidade, retenção, função adequada, estética e seja confortável ao paciente. Sendo assim, deve-se não só conhecer, mas também entender as condições da cavidade oral em pacientes antes e durante a confecção da prótese total. Isso é de suma importância para que o projeto todo não fracasse. Deve-se levar em consideração também a alteração dos tecidos, as sensações anormais de sabor, alterações diversas levando-se em consideração as diversas idades dos pacientes, a mudança de eficiência do aparelho mastigatório, as dores, entendendo que o conhecimento e a compreensão desses fatores são essenciais para o sucesso no decorrer do tratamento.

Fatores como sexo, idade, educação, posições sociais e ambientes de convivência influenciam muito na satisfação do paciente com sua prótese total. No entanto, a satisfação do paciente depende da eficiência mastigatória, da fala e de outras atividades desempenhadas com a prótese. De posse dessas informações, cabe ao técnico em próteses a transformação da pretensão do dentista e de seu paciente em realidade durante o desenvolvimento de diversas etapas que envolvem a construção de uma prótese total, pois sua habilidade e conhecimento são fundamentais.

Outros fatores considerados preliminares ou preparatórios são básicos e repercutem diretamente na seleção e escolha dos dentes artificiais. A dimensão vertical, plano oclusal e linha mediana deverão estar corretamente demarcadas para que a escolha e montagem dos dentes sejam corretas. Atualmente, os profissionais possuem uma variedade muito grande de informações importantes e adequadas, além de uma variedade muito grande de dentes artificiais disponíveis no mercado. Assim é possível conseguir selecionar o melhor e mais estético dente artificial para a confecção do aparelho protético do paciente, devolvendo a esse, função e estética, resultando em trabalhos que atendam as necessidades e expectativas dos mesmos. Porém, somente a seleção correta dos dentes artificiais não resulta no acerto da prótese, sendo necessário seguir todos os passos preconizados para a obtenção da prótese total, não negligenciando nenhuma etapa, seja ela clínica ou laboratorial. Além disso, a habilidade e a criatividade do técnico de laboratório conta muito e a sintonia paciente, profissional e técnico torna-se um elemento fundamental para o sucesso dos trabalhos protéticos.

## CONCLUSÃO

O fator estético é, conforme já mencionado, a maior preocupação por parte do paciente que vai usar uma prótese total removível. De uma maneira geral, ele quer uma prótese a mais natural possível a fim de que seja minimizado o trauma sofrido com a perda da dentição. Turano (2002) diz que “o problema na estética não deve ser resolvido nos laboratórios de prótese, e sim nos consultórios”. Realmente compete ao cirurgião dentista definir com seu paciente os parâmetros estéticos ideais da prótese que ele vai usar. Afinal é ele, o paciente quem vai usá-la. Fatores como o posicionamento dos dentes nas arcadas, sua coloração, a cor da gengiva artificial, forma e tamanho de cada elemento, presença de incrustações metálicas, descolorações imitando desgastes e restaurações com resinas compostas são apenas alguns dos artifícios dos quais se pode lançar mão para tornar uma dentadura parecida com a dentição natural. Isso, entretanto, não exime o técnico em prótese das responsabilidades que deve assumir, no sentido de tornar esse desejo viável. De posse das informações necessárias, compete a ele transformar em realidade as pretensões do dentista e do seu paciente, durante o desenvolvimento das diferentes etapas laboratoriais que envolvem a construção de uma prótese. Sua habilidade e o conhecimento científico são, portanto, fundamentais.

## REFERÊNCIAS

ALBREKTSON, T.Y. A multicenter study of osseointegrated oral implants. *J Prosthet Dent*, v.60, p.75-85, 1988.

BADANELLI RUBIO, L. **Consideraciones oclusales en prótesis fija sobre implantes osteointegrados**. UCM. [s.l.]: Facultad de Odontología, 1991.

BAER, M.L. et al. The use of psychological measures in predicting patient satisfaction with complete dentures. *Int J Prosthodont*. 1992 May-Jun;5(3):221-6.

CARLI, R. **Prótese total removível**: passo a passo. Francisco Beltrão, PR: Calgan, s.d.

DIEHL, R. L. et al. Factors associated with successful denture therapy. *J Prosthodont.* 1996 Jun;5(2):84-90.

GARRETT, N.R et al. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on patient satisfaction. *J Prosthet Dent.* 1996 Oct;76(4):403-13.

KUNENBERG, I.J.; MURRAY, G.M. Design of superstructures for osseointegrated fixtures. *Swed Dent J*, v.28, p.63-9, 1985.

LEWIS, S. et al. Treatment of edentulous maxillae with osseointegrated implants. *J Prosthet Dent*, v.68, p.503-8, 1992.

MAZZO, C.; VIEIRA, G. F. **Manual de prótese total**. Santos: São Paulo, 1998.

MELTON, A.B. Tendências atuais da prótese. *Jada*, vol 3, nov./dez. 2000.

NEILL, N. **Manual clínico e laboratorial**: dentaduras completas. 2. ed. São Paulo: Santos, 1984.

TAKANO, M.P. Prótese Total de transição. *PCL*, Curitiba, V.4, n.21, p.433-436 set/out. 2002 .

TAMAKI, T. **Dentaduras completas**: prática de laboratório. São Paulo: Sarvier, 1980.

TURANO, J.C. **Fundamentos da prótese total**. 4.ed. São Paulo: Quintessence 1998.

TURANO, L.M. Montagem de dentes em prótese total quanto à linha de referência Antero-posterior, Trespasse anterior à altura da curva de compensação. *Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial*, Curitiba, 2002.



WILLIAMS, J.L. The estetic and the anatomical basis os dental prostehesis. *Dent. Cosm.*, 53(1): 1-26, jan, 1911.

WÖSTANN B.; SCHULZ H.H. **Prótese total**: atlas colorido 1. ed. São Paulo: Santos, 1991.