

Rafael Andrade Azevedo

**Guia impresso de instrução de higiene protética:
Seu uso justificado na literatura**

Brasília
2019

Rafael Andrade Azevedo

**Guia impresso de instrução de higiene protética:
Seu uso justificado na literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Ms. Jaiane Augusta Medeiros
Ribeiro

Co-orientador: Prof. Dra. Liliana Vicente Melo de
Lucas Rezende

Brasília
2019

AGRADECIMENTOS

À Sandra Inez Andrade Rocha por me dar educação para enfrentar com respeito até meus problemas e por todos os cuidados com que me guiou nessa jornada para que eu não precisasse me preocupar com nada a não ser meus estudos.

Ao Vivaldo Louzada Azevedo por batalhar comigo na realização dos meus sonhos como se fossem os dele.

Ao Vitor Hugo Cardoso Meireles por escutar meus desabaços e me acalmar nos momentos nos quais eu achava que não fosse ter solução. Não conseguiria finalizar essa etapa da minha vida sem o seu cuidado e atenção.

EPÍGRAFE

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo”.

Paulo Freire

AZEVEDO, de Rafael. Guia impresso de instrução de higiene protética: Seu uso justificado na literatura. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

As próteses totais removível, parcial removível e parcial fixa são modalidades protéticas realizadas na clínica odontológica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/Ebserh), visam a reabilitação oral e a melhoria da qualidade vida do paciente. O desconhecimento da higienização adequada das próteses pelo paciente diminui a vida útil das mesmas, e comumente está associado a doenças infecciosas, inflamações da mucosa oral e perda dos tecidos dentais remanescentes. O presente trabalho objetiva produzir guia de instrução de higiene bucal para usuários de próteses atendidos na clínica odontológica do HUB/Ebserh e apresentar uma revisão narrativa da literatura. Este guia será um estímulo aos pacientes para aprimoramento e continuação dos cuidados das próteses fora do ambiente clínico.

ABSTRACT

AZEVEDO, de Rafael. Printed Guide to Prosthetic Hygiene Instruction: the justified use in the literature. 2019. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Complete Dentures, removable and fixed partial dentures are prosthetic rehabilitations modalities performed at the dentistry clinic of Brasília University Hospital (HUB / Ebserh) improving patient's quality of life. However, the lack of prostheses adequate hygiene by the patient may not only reduce their useful life, but is also commonly associated with infectious diseases, oral mucosa inflammation and loss of remaining dental tissues. The present study presents the development of an oral hygiene instruction guide for users of the prosthetic modalities attended at the HUB / Ebserh dental clinic and a narrative review of the literature, which can be a great motivation to patients for the maintenance and improvement of prosthetic care outside the clinical setting.

SUMÁRIO

Artigo Científico	15
Folha de Título.....	16
Resumo	17
Abstract	18
Introdução	19
Desenvolvimento com discussão	20
Higienização em próteses removíveis.....	27
Higienização em prótese fixa.....	29
Considerações finais	30
Referências	31
Anexos	35
Normas da Revista	35
Guia de Instrução de Higiene protética.....	46

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

Azevedo, RA; Ribeiro, JAM; Rezende, LVML. Guia impresso de instrução de higiene protética: Seu uso justificado na literatura.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista **Scientific Investigation in Dentistry**.

FOLHA DE TÍTULO

Guia impresso de instrução de higiene protética:
Seu uso justificado na literatura

Printed Guide to Prosthetic Hygiene Instruction:
the justified use in the literature

Rafael andrade azevedo¹

Jaiane Augusta Medeiros Ribeiro²

Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende³

¹ Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora substituta da prótese dentária da Universidade de Brasília (UnB).

³ Professora Adjunta da prótese dentária da Universidade de Brasília.

Correspondência: Prof. Ms. Jaiane Augusta Medeiros Ribeiro
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de
Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 -
Asa Norte - Brasília - DF
E-mail: jaiaugustal@gmail.com / Telefone: (61) 98313-2237

RESUMO

Guia impresso de instrução de higiene protética: Seu uso justificado na literatura.

Resumo

As próteses totais removível, parcial removível e parcial fixa são modalidades protéticas realizadas na clínica odontológica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/Ebserh), visam a reabilitação oral e a melhoria da qualidade vida do paciente. O desconhecimento da higienização adequada das próteses pelo paciente diminui a vida útil das mesmas, e comumente está associado a doenças infecciosas, inflamações da mucosa oral e perda dos tecidos dentais remanescentes. O presente trabalho objetiva produzir guia de instrução de higiene bucal para usuários de próteses atendidos na clínica odontológica do HUB/Ebserh e apresentar uma revisão narrativa da literatura. Este guia será um estímulo aos pacientes para aprimoramento e continuação dos cuidados das próteses fora do ambiente clínico.

Palavras-chave

Higiene bucal, saúde bucal, Educação em odontologia, prótese parcial fixa, prótese total, prótese parcial removível.

Relevância Clínica

A utilização do guia para o paciente, de fácil entendimento contendo instruções de higiene de prótese, apresenta resultados de melhoria na remoção de placa nas superfícies das próteses acarretando em menos complicações biológicas na mucosa bucal e estruturas dental, além de prolongar o uso da mesma.

ABSTRACT

Printed Guide to Prosthetic Hygiene Instruction:
the justified use in the literature

Abstract

Complete Dentures, removable and fixed partial dentures are prosthetic rehabilitations modalities performed at the dentistry clinic of Brasília University Hospital (HUB / Ebserh) improving patient's quality of life. However, the lack of prostheses adequate hygiene by the patient may not only reduce their useful life, but is also commonly associated with infectious diseases, oral mucosa inflammation and loss of remaining dental tissues. The present study presents the development of an oral hygiene instruction guide for users of the prosthetic modalities attended at the HUB / Ebserh dental clinic and a narrative review of the literature, which can be a great motivation to patients for the maintenance and improvement of prosthetic care outside the clinical setting.

Keywords

Oral hygiene, oral health, Dental education, complete dentures, dental crowns, removable partial denture.

INTRODUÇÃO

O uso de prótese total removível (PTR), prótese parcial removível (PPR) ou prótese fixa (PF) tem intuito de reabilitar funções mastigatórias, fonéticas e estéticas considerando o conforto^{1, 2}.

A odontologia, nas últimas décadas, desenvolveu-se com um perfil mais conservador. Com a nova visão, a taxa de perda dental tem decrescido³.

No entanto, o número de pacientes com ausência de estrutura dental e que fazem uso de próteses, merece atenção, pois com o aumento da expectativa de vida, a prótese permanece em uso por mais tempo, e com o envelhecimento da população o número de idosos usuários de prótese é crescente, sendo esse grupo mais suscetível a interferências biológicas e ambientais.

Surge assim, desafios na busca de melhorias que dê longevidade as próteses e melhorem a qualidade de vida destes pacientes, que com o aumento da idade, são mais acometidos por doenças sistêmicas, sendo mais vulneráveis a infecções. Isso faz da saúde oral um aspecto importante para usuários de próteses nos dias de hoje⁴.

Uma dessas melhorias está na prevenção e na manutenção do autocuidado da saúde oral, logo o usuário de prótese necessita cuidados permanentes em relação à sua higienização, pois algumas lesões na mucosa oral, como estomatites, hiperplasias, queilite angular, úlceras traumáticas estão frequentemente associadas a usuários de PPR e PT^{3,5}. Em pacientes que apresentam PF a causa mais frequente de falha é recidiva da cárie^{6,7}. Dessa forma, a higiene oral precária reduz a vida útil das próteses.

A formação da placa bacteriana, provocada pela ausência de cuidados específicos nas superfícies das próteses, faz com que ocorra a proliferação de microrganismos, comumente associados às doenças orais e, com o tempo, pode causar impacto

significativo na saúde oral, levando ao estabelecimento de estomatites, doenças periodontais e cárie⁸.

A higienização adequada das próteses é fundamental para a remoção da placa bacteriana, reduzir infecções, inflamações na mucosa oral, cárie e doenças periodontais em dentes remanescentes. A aquiescência aos cuidados da prótese e a sua adoção como hábito é difícil por parte do paciente⁹.

Dessa forma, além do incentivo à manutenção da higiene oral, deve-se acrescentar motivação constante na realização dos exames profissionais, a fim de identificar e tratar a progressão de doenças periodontais, cárie e infecções na cavidade oral provenientes de próteses mal higienizadas⁹.

Uma revisão narrativa da literatura foi conduzida, sem restrição de tempo, por meio da análise de estudos encontrados na base de dados de biomedicina da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*PubMed*), no qual foram selecionados artigos em português e inglês, a partir das seguintes palavras-chave: “Oral hygiene”; “Oral health”; “Complete Denture”; “Partial Removable Denture,” e “Dental Crowns”.

O trabalho foi desenvolvido com objetivo de elaboração e utilização de guia de instrução de higiene aos usuários de próteses para servir de estímulo a pacientes no cuidado com a prótese fora do ambiente clínico. Utiliza da revisão de literatura para embasar e destacar o uso clínico dessa ferramenta didática visual para exemplificar cuidados indispensáveis na higienização de próteses, sendo ela fixa, removível ou total, objetivando garantir longevidade as próteses e melhorar a qualidade de vida dos usuários atendidos na clínica odontológica do HUB/Ebserh.

DESENVOLVIMENTO COM DISCUSSÃO

De acordo com Verran⁴ (2005) a perda de dentes ocorre por diferentes fatores: cárie dental, perda de suporte ósseo em

doenças periodontais e trauma. Já Akar & Ergül¹⁰ (2008) acrescenta que a perda precoce de dentes está relacionada a fatores sociais e econômicos que limitam a população a informações de prevenção e cuidados profissionais. Felton et al. (2011), infere que existe grande correlação da perda dentária entre baixa renda e nível educacional. Verran⁴ (2005) ainda relata que exposição contínua aos fatores citados é gradativa, fazendo com que estrutura dental seja perdida aos poucos e, por esse motivo, grande parte dos pacientes, que necessita fazer uso de opções reabilitadoras, tais como PPF unitárias ou complexas, PPR e PT, são adultos ou idosos.

Neto et al.¹² (2011) relata em sua pesquisa que, apesar do número de perda dentárias ter diminuído nas últimas décadas, o rápido crescimento populacional, associado às condições econômicas precária, sugere que o edentulismo e o número de usuários de próteses convencionais continuarão estáveis ou mais altos.

De acordo com os artigos citados percebe-se que a perda dental e edentulismo, continuam presente, sendo necessário medidas preventivas para que as falhas sejam minimizadas e as próteses permaneçam em função por mais tempo.

Os autores, Libby et al.⁶ (1997) e Evren et al.¹³ (2011), concordam que usuários de próteses merecem mais atenção nos dias de hoje, pois com aumento da expectativa de vida, a população idosa é crescente e, como permanecem por mais tempo sem dentes naturais, são usuários das próteses reabilitadoras por tempo prolongado. Agrega-se que nessa faixa etária, como citado por Akar e Ergül¹⁰ (2008) e Gonçalves et al.² (2011), também é comum encontrar pessoas que com redução de destreza manual, degradação da visão ou outras condições debilitantes, casos que têm grande impacto na saúde oral e na qualidade de vida, potencializando a deterioração das próteses por má higienização, além do aumento de alterações sistêmicas que modificam a fisiologia do corpo.

Akar e Ergül¹⁰ (2008) em seu trabalho de avaliação da prática de higiene oral por idosos, observou que, em universo de 101 pessoas, 69,3% dos indivíduos tinham uma ou mais doenças crônicas (cardiovasculares, artrite reumatoide, diabetes, desordem no sistema respiratório e etc.) e que 88,5% faziam uso de uma ou mais medicações, revelando os fatores que os deixavam mais vulneráveis às infecções².

Alguns trabalhos, como os de Baba et al.⁵ (2018) e Verran⁴ (2005), sugerem a associação higienização inadequada da prótese com algumas doenças sistêmicas, incluindo pneumonia por aspiração, infecção gastrointestinal e infecção pleural. Dentre essas, Verran⁴ (2005) relata que a pneumonia por aspiração é uma das causas mais comuns de morte em pessoas debilitadas sistemicamente.

Felton et al.¹¹ (2011) infere essa associação ao fato da prótese, não higienizada, servir como ambiente retentor de placa, auxiliando na proliferação de microrganismos orais, que por sua vez podem acarretar patologias sistêmicas¹¹. Esse raciocínio converge com a ideia de Ercalik-Yalcinkaaya e Ozcan³ (2015), em que as patologias sistêmicas decorrentes da má higienização da prótese acarretam a redução da qualidade de vida dos usuários.

Em pesquisa realizada por Libby et al.⁶ (1997) sobre da longevidade das PPF em cinquenta indivíduos, foi observado que das 89 PPF, 15% foram identificadas com falhas ou repostas por causa de falha, 38% de frequência por cárie dental; 15% por envolvimento periapical; 15% por desgaste através da superfície oclusal; 8% por fratura do núcleo e do munhão; 8% por margem defeituosa; 8% por fratura de dente; e 8% por falha na porcelana; o que corrobora os achados mencionados por Solá-Ruiz et al.⁷ (2015) de que cárie é causa mais frequente de falha em PPF. Jakob Valderhaug¹⁴ (1977) e Al-Sinaidi e Preethanath¹⁵ (2014) acrescentam outras alterações de característica biológica observadas pela falta de higienização das PPF, entre elas,

mudanças patológicas no tecido periodontal, tais como flacidez da gengiva aderida, reabsorção de osso alveolar e formação de bolsa periodontal^{6,14}.

Em relação as PPR, Ercalik-Yalcinkaaya e Ozcan³ (2015) relataram em estudo que foi observada maior prevalência de estomatites nas PT do que nas PPR, devido a diversos fatores, dentre eles, área chapeável maior ser mais predisponente às infecções por cândida e longo tempo de uso da prótese. A prevalência de estomatites também varia com a idade, sendo a população idosa mais afetada por esse tipo de lesão. Portanto, pacientes usuários de próteses removíveis têm maior prevalência de lesões mucosas bucais e em particular candidíase crônica, lesões traumáticas e lesões friccional, sendo agravada pela idade da prótese e pela forma de armazenamento. Para Felton et al.¹¹ (2011) técnica errada de higienização e uso noturno das próteses removíveis colaboram para o aparecimento de lesões mais frequentes na mucosa bucal¹¹, como estomatite protética, hiperplasia papilar inflamatória, queilite angular e úlceras traumáticas³.

Especificamente na PPR, que tem característica de ter parte do seu suporte no dente por meio dos grampos, Verran⁴ (2005) pontua que essa estrutura atua retendo placa e, com a associação de fatores como falta dos hábitos higiênicos, torna o dente adjacente a PPR susceptível ao desenvolvimento de cárie e doenças periodontais. Libby⁶ (1997) acrescenta que a PPR não só favorece acúmulo de placa, mas também promove estresse adicional ao dente pilar, facilitando instalação de cárie e doenças periodontais.

Muitos trabalhos relatam as próteses como potencial retentor de placa^{4,6,14,16}. Segundo De Souza et al.⁸ (2009), a placa formada na superfície da prótese tem grande impacto na condição de saúde oral, pois atua no desenvolvimento de infecções da mucosa, inflamações gengivais e perda dental⁸. A placa é uma estrutura dinâmica e seletiva para microrganismos

com maior poder patogênico à medida que é maturada. A microbiota residente é retida por mais tempo na boca e apresenta elevada patogenicidade com características inflamatórias para o tecido gengival¹⁷.

De acordo com Verran⁴ (2005), a prótese, assim como dentes naturais, suporta o desenvolvimento da placa e do cálculo e, embora haja similaridade na formação da placa na estrutura protética, há importantes diferenças na cultura dessa microbiota⁴, pois as próteses oferecem habitat que amplifica o desenvolvimento de biofilme, convergindo com Felton et al.¹¹ (2011), ao observar que o tamanho da prótese ou da lisura de sua superfície favorecem diferentes ambientes que fomentam a proliferação de bactérias, fungos ou vírus patogênicos, que têm maior tropismo em cada área retentora das próteses^{4,11}.

Em seu estudo, Verran⁴ (2005) aponta que na PT existe grande área em contato com a mucosa, que apresenta elevada concentração de nutrientes, baixo fluxo salivar e topografia irregular que oferece suporte e proteção à placa. A microbiota, ao ser maturada nessa área, favorece colonização da *Candida Albicans*, gerando patologias específicas desse agente etiológico quando não removida, acrescentando que a área de dentes artificiais das PT propicia acúmulo de placa, assim como ocorre em dentes naturais.

Contudo, em indivíduos com PPF, segundo, Al-Sinaidi e Preethanath¹⁵ (2014), a idade do paciente e da PPF pode afetar a condição do periodonto de suporte. Este trabalho também concluiu que dentes pilares com margens da coroa colocadas sub-gengival têm maior índices de placa, e maior profundidade de sondagem, do que os dentes pilares com margens da coroa supragengival, agregando, desse modo, microrganismos com maior patogenicidade para predispor inflamação gengival e desenvolvimento de bolsas periodontais nos dentes tratados com PPF.

Porém, segundo Papageorgiou et al.¹⁸ (2013), o paciente sob higienização bucal adequada e protocolos de manutenção, a localização da margem protética pode não ser crítico para desenvolvimento de cárie secundária. Libby et al.⁶ (1997) acrescenta que quanto mais lisa as superfícies das restaurações, menor será a fixação dos depósitos bacterianos.

Devido ao aumento de material inerte próximo a tecidos orais por grande período, promove-se um ambiente de estagnação, o que favorece a adesão e colonização de microrganismo potencialmente patológicos e oportunistas^{4,16}. Tendo citado isso, um efetivo controle da placa em usuários de próteses faz-se necessário para prevenir doenças, especialmente em idosos⁵. Minimizar acúmulo de placa é crucial para saúde oral¹⁷, sendo vital a colaboração e atenção diária por parte dos usuários na higienização adequada de suas próteses.

No estudo realizado por Akar e Ergül¹⁰ (2008), a autopercepção dos participantes sobre a saúde bucal foi muito ruim em 9,9% dos casos, ruim em 47,5%, boa em 33,7% e muito boa em 8,9%. Destaca-se que a importância do conhecimento e educação em saúde, pois elevar a autopercepção da saúde, associada à motivação profissional e reforços periódicos, resulta em maior adesão de hábitos saudáveis^{9,13}.

Educação e motivação são igualmente importantes para a remoção da placa. Fatos pouco considerados pelos cirurgiões dentistas. Segundo Geiballa et al.¹ (2016), a avaliação da consciência sobre saúde e prática de higiene bucal, após a colocação de PF, revelaram que 94% dos pacientes não usavam métodos de auxílio à escovação, como o passa fio e a escova unitufo para a limpeza. Dentre as razões dadas pelos pacientes para a não utilização desses métodos auxiliares estão a ausência de orientação por dentistas, em 91%; a dificuldade em obter itens auxiliares para escovação, em 2,1%; a dificuldade em alcançar a prótese, em 1%; por não considerar importante o uso de métodos auxiliares de limpeza dental, em 4.8%; e por outras razões não

mencionadas, em 1%,¹. Dados revelam que a maioria dos dentistas não educam seus pacientes sobre manutenção das próteses e não fornecem instruções sobre métodos de higienização após o tratamento².

É indispensável que o retorno, a motivação e instruções de higiene oral sejam frequentes^{2,9,14}. Essa afirmação também é corroborada pelo trabalho de Miward et al.¹⁶ (2013), que por sua vez baseou-se em entrevistas e exames clínicos intraorais feitos por profissionais e estudantes. As entrevistas serviram para avaliar o conhecimento de 196 usuários de PPR, por meio de questionários sobre higiene oral, enquanto as avaliações clínicas serviram para promover informações a respeito da classificação da PPR e sua limpeza. Esse estudo teve intenção de rever instruções dadas ao paciente para os cuidados e identificar deficiências. Dessa análise, destacam-se relações significativas, como frequência de comparecimento ao profissional e limpeza da dentadura, na qual revelou que, dentre aqueles que visitavam o dentista semestralmente, apenas 6,2% tinham deficiência na limpeza. Já os que não retornavam ao dentista, 70% apresentavam deficiência na higiene oral¹⁶.

Em estudo longitudinal realizado por Ribeiro et al.⁹ (2009), para conferir o efeito da higiene oral e a motivação em usuários de PPR, foram avaliados dois diferentes programas preventivos de educação e motivação. Um total de 53 usuários de PPR foram inicialmente analisados quanto ao nível de placa e sangramento gengival e, posteriormente, divididos em três grupos: grupo I (controle), na qual os participantes foram orientados a continuar com seus cuidados pessoais de rotina; grupo II, em que os participantes receberam instruções verbais e manual de autocuidado sem ilustrações; e o grupo III, que recebeu instruções orais e manual de autocuidado ilustrado. Sendo reavaliados periodicamente por doze meses. A tabulação dos dados mostrou redução significativa de acúmulo de placa e sangramento gengival em relação ao grupo controle, em especial

no grupo III, levando a conclusão que instruções ilustradas ajudam o aprendizado e melhora da manutenção da saúde bucal⁹.

Outra relação significativa no estudo de Miward et al.¹⁶ (2013) é que a limpeza da prótese está aparentemente ligada ao tipo de instrução. Dos participantes que declararam ter recebido apenas instruções verbais sobre cuidados com a dentadura, 40,2% apresentavam deficiência na limpeza da prótese quando comparado àqueles que declararam ter recebido instruções escritas e verbais, que por sua vez, eram apenas 12,9% apresentando deficiências na higiene oral¹⁶, confirmando achados no trabalho de Ribeiro et al.⁹ (2009).

Com a finalidade de reduzir infecções, inflamações na mucosa oral, cárie e doenças periodontais em dentes remanescentes proveniente da higienização inadequada das próteses; foram necessárias pesquisas clínicas e laboratoriais para estabelecimento de um protocolo de higienização das Próteses dentárias.

HIGIENIZAÇÃO EM PRÓTESES REMOVÍVEIS

Na higienização das PT e PPR, diversos autores concordam com a eficiência do método combinado de limpeza das próteses removíveis, que consiste na associação da escova e dentífrícios específicos para prótese (método mecânico) e, concomitantemente, imersão em solução química (método químico), como elucidado por Gonçalves et al.² (2011).

No método mecânico é recomendado uso de escova própria para escovação das próteses e pastas não abrasivas^{2,11}. Gonçalves et al.² (2011) ainda expõe que dentífrícios convencionais contêm componentes abrasivos, que por meio da escovação, podem resultar na perda de material dos componentes, na rugosidade e

no brilho da prótese. O autor acrescenta que o surgimento dessas ranhuras provocadas pela abrasão da superfície acrílica, propicia acúmulo de microrganismos à prótese. Uma opção viável seria o uso de sabão neutro para escovação de próteses removíveis¹⁵.

Por outro lado, Kumar et al.¹⁹ (2017) em estudo comparativo sobre eficiência de remoção de placa entre meios mais comuns de limpeza presente na Índia, observou que a pasta de dentes é mais comumente usada para escovação das próteses, seguido pelo sabão líquido para mãos. O autor conclui que escovação das próteses com o uso de sabão líquido para as mãos, após cada refeição, é mais conveniente, seguida de imersão em solução de limpeza durante a noite.

O método químico consiste em mergulhar a prótese em solução que contém agentes ativos que atuarão na remoção do biofilme. Segundo Gonçalves et al.² (2011) os agentes ativos mais usados são hipocloritos de sódio (NaOCl) e peróxidos alcalinos comercializados na versão de pó ou tabletes para serem diluídos em água.

Para Felton et al.¹¹ (2011) cada solução de limpeza tem diferentes modo de ação e diferentes taxas de eficiência para remoção do biofilme. O autor menciona que, em estudos *in vitro*, foi demonstrado que NaOCl foi superior a todos outros tipos de soluções limpadoras comercializadas. Gonçalves et al.² (2011) acrescenta que NaOCl é eficaz contra esporos e vírus da hepatite B, porém mergulhar a prótese nesse tipo de solução por longo período, acima de dez minutos, pode alterar a cor da resina acrílica¹¹.

Gonçalves et al.² (2011) alerta que dependendo da concentração de NaOCl e do tempo de imersão na solução pode causar corrosão na estrutura metálica das PPR sendo, dessa forma, seu uso a longo prazo contraindicado para PPR². Contudo, segundo estudo de Ribeiro e Campos²⁰ (2017), durante curta avaliação, num período de trinta dias, relatou que PPR imersa em 0,2% de

NaOCl por 10 minutos, uma vez por semana, não resultou em estragos visíveis na superfície da liga de metal. Arruda et al.²¹ (2018) concluiu que hipoclorito de sódio à 0,2%, por curtos períodos de imersão, pode ser eficiente na higienização e não causar alterações clínicas significativas nas propriedades da resina acrílica. De acordo com Ribeiro e Campos²⁰ (2017) orientações sobre uso do NaOCl na literatura são contraditórias.

Já sobre uso de peróxidos alcalinos como escolha para se realizar método químico, Gonçalves et al.² (2011) aponta que esse agente pode ser usado tanto em PT quanto em PPR metálicas, pois não causam danos ao metal nem a resina. De fato, Vasconcelos et al.²² (2018) em seu estudo *in vitro* sobre efeitos do peróxido alcalinos sobre a superfície da liga de cobalto e cromo, concluiu que o agente não causou efeitos deletérios à superfície da liga de metal avaliada, sendo seguro seu uso na manutenção da higiene em PPR. Contudo, Felton et al.¹¹ (2011) destaca que o peróxido alcalino não tem efeito bactericida.

Em prótese removíveis (PT e PPR), recomendamos uso de escova protética macia com dentífrício para higienização dos dentes e da cavidade oral, lembrando que a escova utilizada para higienização das próteses não deve ser a mesma utilizada para limpeza da cavidade oral. É indicado a remoção das próteses quando for dormir, deixando-as mergulhada num copo com água, permitindo o descanso da mucosa e melhor circulação sanguínea do rebordo alveolar.

Para a prótese total pode ser utilizado sabão neutro e água durante a escovação, além de deixar a prótese imersa durante dez minutos, uma vez por semana, em uma solução composta de uma colher de sopa de hipoclorito de sódio (água sanitária), dissolvida em um copo com água.

Em próteses parciais removíveis também pode ser utilizado sabão neutro e água durante a escovação da estrutura metálica, associado ao uso de pastilhas efervescentes dissolvidas em

água morna, diariamente, por cinco minutos para manutenção da limpeza da PPR22.

HIGIENIZAÇÃO EM PRÓTESE FIXA

Segundo Garbelini et al.²⁴ (2001) o método mecânico é o mais importante para o controle da placa e, para isso, escova dental e dentifrícios devem ser usados, além da escova interproximal e do fio dental como aliados dos usuários de PPF.

Pinelli et al.²⁵ (2007) e Zigurs et al.²⁶ (2005) citam em seus estudos que os pânticos da próteses fixas representam um sério problema em relação a higiene e devem ser confeccionados de forma que o paciente possa acessar mais facilmente áreas de difícil higienização, usando como meios as escovas interdentais e passa fio, para maior eficiência na eliminação do biofilme.

Os três trabalhos mencionam o retorno periódico ao dentista, com intervalos de três meses, como parte do monitoramento necessário da higiene bucal.

Na higienização da prótese fixa o método mecânico é o mais importante para o controle da placa e, para isso, é indicado escova dental e dentifrícios, além da escova interproximal e fio dental como auxiliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados da literatura sugerimos elaboração de guia de orientação com textos e ilustrações de higienização para usuários de próteses atendidos na clínica odontológica do (HUB/Ebserh).

É inegável que a placa maturada apresenta agentes etiológicos responsáveis por patologias orais que comprometem a saúde oral e sistêmica, reduzindo a qualidade de vida dos usuários de

prótese e aumentando a falha em seu uso. A remoção da placa é essencial para reduzir incidência de doenças orais relacionadas com a má higienização das próteses e diminuir as taxas de falha no tratamento.

O retorno frequente ao dentista e reforço à manutenção são indispensáveis para higienização de forma eficiente.

A utilização de guia de instrução de higiene para usuários de prótese capacita e motiva o paciente fora do ambiente clínico, além de servir de guia para cuidadores e familiares de idosos, que apresentam debilidades físicas e mentais.

A distribuição de guia para instrução de higiene oral aos portadores de próteses não exclui a responsabilidade do cirurgião-dentista de reavaliar, motivar e instruir seu paciente, mas auxilia na eficácia do programa de higienização oral no pós-tratamento, prevenindo patologias bucais.

REFERÊNCIAS

1. Geiballa GH, Abubakr NH, Ibrahim YE. Patients' satisfaction and maintenance of fixed partial denture. *Eur J Dent.* 2016;10(2):250–3.
2. Gonçalves LFF, Neto DR da S, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2011;15(1):87–94.
3. Ercalik-Yalcinkaya S, Ozcan M. Association between oral mucosal lesions and hygiene habits in a population of removable prosthesis wearers. *American College Of Prosthodontics.* 2015;24:271-278.
4. Verran J. Malodour in denture wearers: an ill-defined problem. *Oral Diseases.* 2005;11; 24–28,.
5. Baba Y, Sato Y, Owada G, Minakuchi S. Effectiveness of a combination denture-cleaning method versus a

- mechanical method: comparison of denture cleanliness, patient satisfaction, and oral health-related quality of life. *J Prosthodont Res. Japan Prosthodontic Society.* 2018;62(3):353–8.
6. Libby G, Arcuri MR, LaVelle WE, Hebl L. Longevity of fixed partial dentures *Journal of Prosthetic Dentistry* 1997;78:127-31. *J Prosthet Dent* [Internet]. 1997;127(August):127–31. Available from: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(97\)70115-X/pdf](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(97)70115-X/pdf)
 7. Solá-Ruiz MF, Agustin-Panadero R, Fons-Font A, Labaig-Rueda C. A prospective evaluation of zirconia anterior partial fixed dental prostheses: Clinical results after seven years. *J Prosthet Dent* [Internet]. Editorial Council for the *Journal of Prosthetic Dentistry*; 2015;113(6):578–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2014.12.015>
 8. de Souza RF, de Freitas HPO, Lovato da Silva CH, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z, Gurgan CA Interventions for cleaning dentures in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009;(4). Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L358528519%5Cnhttp://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007395/pdf_fs.html%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007395.pub2%5Cnhttp://elvis.ubvu.vu.nl:900
 9. Ribeiro DG, Pavarina AC, Giampaolo ET, MacHado AL, Jorge JH, Sasso Garcia PPN. Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers longitudinal study. *Gerodontology.* 2009;26(2):150–6.
 10. Akar GC, Ergül S. The oral hygiene and denture status among residential home residents. *Clin Oral Investig.* 2008;12(1):61–5.
 11. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug

- S, et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: A publication of the American College of Prosthodontists. *J Am Dent Assoc.* 2011;142:1S–20S.
12. Neto AF, Porto F, Rizzatti-barbosa CM. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual The issue of the removable partial denture in modern dentistry. *Odontol clín Cient.* 2011;10(2):125–8.
 13. Evren BA, Uludamar A, Işeri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(3):252–7.
 14. Jakob Valderhaug LAH. Oral hygiene in a group of supervised patients with fixed prostheses. *J Periodontol.* 1977;Vol. 48(4):221–4.
 15. Al-Sinaidi A, Preethanath RS. The effect of fixed partial dentures on periodontal status of abutment teeth. *Saudi J Dent Res* [Internet]. The Saudi Journal for Dental Research; 2014;5(2):104–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ksujds.2013.11.001>
 16. Milward P, Katechia D, Morgan MZ. Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *Br Dent J* [Internet]. Nature Publishing Group; 2013;215(10):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.1095>.
 17. Sorensen JA. A rationale for comparison of plaque-retaining properties of crown systems. *J Prosthet Dent.* 1986;62:264–9.
 18. Papageorgiou SN, Papadelli AP, Koidis PT, Petridis HP. The effect of prosthetic margin location on caries susceptibility. A systematic review and meta-analysis. *Br Dent J* [Internet]. Nature Publishing Group; 2013;214(12):617–24. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.582>.

19. Kumar B, Sandhu PK, Kumar AN, Patil CP. A comparative study for plaque removing efficacy between commonly used denture cleansers in India. *J India Prosthodont Soc.* 2017;295–300.
20. Ribeiro GR, Campos CH. Removable prosthesis hygiene in elders with Parkinson ' s disease. *Spec Care Dentist* 2017;7:277–81.
21. Arruda CNF, Salles MM, Badaró MM, Sorgini DB, Oliveira VC, Macedo AP, et al. Evaluation of biofilm removal and adverse effects on acrylic resin by diluted concentrations of sodium hypochlorite and *Ricinus communis* solutions. *Gerodontology.* 2018;(April):246–53.
22. Vasconcelos GLL, Curylofo PA, Raile PN, Macedo AP, Freitas H, et al. Effect of Alkaline Peroxides on the Surface of Cobalt Chrome Alloy: An In Vitro Study. *Jornal of Prosthodontics.* 2018;15–7.
23. Bastos PL, Mesquita TC, Ottoboni GS, Figueiredo VMG. Métodos de Higienização em Próteses Dentais Removíveis. *Rev Bahiana Odonto.* 2015 Ago;6(2):129-137.
24. Garbelini WJ, Sella M, Sella RC, Fancio K. Manutenção periodontal em pacientes com próteses fixas. *Ciênc Biol Saúde.* 2001;31–6.
25. Pinelli LAP, Marra J, Maria L, Fais G, Barbosa RH, et al. Análise da condição de higiene oral de pacientes usuários de prótese parcial fixa. *Robrac.* 2007;16(42):1–6.
26. Zigurs G, Vidzis A, Brinkmane A. Halitosis Manifestation and Prevention Means for Patients with Fixed Teeth Dentures. *Stomatologija Baltic Dental and Maxilofacial Journal.* 2005;7:3–6.

Diretrizes para Autores

A revista *Scientific Investigation in Dentistry*, dirigida a classe odontológica, destina-se à publicação de artigos inéditos e originais de investigação científica, relatos de casos clínicos e de técnicas, artigos de ensino, odontologia da comunidade e laboratorial. Será dada prioridade à publicação de trabalhos científicos originais, ficando a publicação de relatos de caso e revisões de literatura a critério do interesse da revista *Scientific Investigation in Dentistry*.

I- Normas Gerais

1- Os trabalhos deverão ser submetidos online na página da *Scientific Investigation in Dentistry*;

2- Os trabalhos serão considerados para publicação na revista *Scientific Investigation in Dentistry* após revisão crítica do Corpo Editorial Especializado que apreciará a relevância e pertinência do trabalho. Fica estabelecido de que a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho é inteiramente dos autores. Todos os trabalhos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento ao editor chefe, cujo modelo está sugerido no final destas normas. Esta é uma carta datada e assinada por cada autor (não apenas o autor correspondente), afirmando que:

- que o trabalho foi submetido apenas ao periódico *Scientific Investigation in Dentistry* e que não está simultaneamente sendo avaliado para publicação em outra revista.
- Autores devem assumir a responsabilidade pelo conteúdo do

trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo imagens, é original. Autores devem lembrar de que se as imagens incluídas (por exemplo, tabelas e figuras) previamente publicadas pode exigir permissão de direitos autorais.

- Indicar de que não há conflitos de interesse que possam interferir nos resultados da pesquisa.
- concordar com a cessação dos direitos autorais à revista *Scientific Investigation in Dentistry*.

3- A revista *Scientific Investigation in Dentistry* deterá o direito autoral sobre o trabalho publicado podendo permitir sua reprodução total ou parcial.

4- Autoria: Somente as pessoas que fizeram uma contribuição significativa para o trabalho submetido devem ser listadas como autores. O editor-chefe espera que um trabalho normalmente deva ter não mais de 6 autores, a menos que neste caso seja feita pelo autor correspondente, na carta de apresentação do trabalho, justificando a inclusão de outros autores. Todos os autores citados deverão estar envolvidos no trabalho e deverão ter lido o documento antes de ser enviado para publicação. As afirmações e opiniões dos artigos assinados são de responsabilidade integral do(s) autor(es).

5- A revista reserva-se o direito de editar o trabalho visando adequá-lo ao espaço disponível com clareza e correção textuais.

6 – A revista reserva-se o direito de solicitar material instrutivo adicional ao(s) autor(es).

7- A revista reserva-se o direito de solicitar a tradução do trabalho para a língua inglesa. Esta poderá oferecer este serviço, entretanto, com oneração aos autores.

II – Corpo Editorial

1- Os trabalhos inicialmente passarão por uma triagem, onde serão considerados para avaliação, apenas trabalhos que estiverem dentro do foco e escopo da revista e dentro das normas de publicação da Scientific Investigation in Dentistry. Estes trabalhos receberão uma carta de submissão, declarando que o trabalho está em processo de avaliação. Os trabalhos inadequados serão automaticamente devolvidos aos autores para reformulações, sem direito à carta de submissão.

2- O conselho editorial da revista removerá toda a identificação do trabalho que será substituído por um número de registro, antes de encaminhar para o corpo editorial que fará a avaliação por pares. O conselho editorial da revista decidirá sobre a conveniência de publicação ou não do trabalho, bem como, de correções e possíveis modificações.

3- Os trabalhos selecionados serão comunicados aos seus autores sobre o ACEITE da revista e publicados conforme a disponibilidade do espaço editorial.

4- O trabalho poderá ser retirado pelo(s) autore(es), segundo seu critério de conveniência, a qualquer momento, porém, antes e ser enviado para diagramação.

5- Os trabalhos selecionados pelo conselho editorial serão encaminhados para revisão na língua em que foi redigido, seja português ou inglês.

III – Notas para a Preparação de Submissão do Trabalho

Originais deverão ser redigidos em português ou inglês.

1- A primeira página, folha de rosto, deverá conter as seguintes informações:

- Título do trabalho na língua em que foi redigido o trabalho
- Nome(s) dos autores (máximo 6), principal titulação e afiliação institucional
- Indicação das fontes de fomento da pesquisa, se houver.
- Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor correspondente
- Página não numerada

O artigo deverá ser realizado no Word, layout de página para papel A4, letra Arial 12, com no máximo 15 laudas, com margens 3 cm no topo, rodapé e em ambos os lados, em espaço 1,5.

2- Legendas das ilustrações:

(fotos, gráficos, desenhos) devem estar inseridas em páginas separadas e numeradas. No texto devem ser indicados os espaços em que ocuparão.

3- Tabelas

- Cada tabela com sua respectiva legenda deve estar em espaço 1,5, mais próximo possível de suas citações;
 - As tabelas devem ser numeradas com números arábicos;
 - Cada tabela deve conter toda informação necessária e assim poderá ser analisada isoladamente, independente do texto;
- Deverão ser anexadas no e-mail separadamente ao submeter o trabalho. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Tabela 1, Tabela 2A, etc.

4- Figuras

- Devem ter resolução mínima de 300Kb
- Deverão ser anexadas em arquivos separados do texto em arquivo JPEG ou TIFF. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Figura 1, Figura 2A, etc.

5- Citação de autores no texto

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

- Forma indireta, numérica: ... and interfere with the bacterial system and tissue system^{3,4}

- Forma direta, alfanumérica:

Um autor: Silva²³ (2009)

Dois autores: Silva e Carvalho²⁵ (2010)

Três ou mais autores: Silva et al.¹⁶ (2012)

6- Estrutura do Trabalho (Trabalhos originais)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)

- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para pesquisas originais deverá conter os seguintes subtítulos: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Para estudos clínicos o nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínico deverão ser colocados ao final do(s) resumo(s) do artigo

Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais.

Para os relatos de caso clínico: Objetivos; Relato de Caso e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Material e Métodos: devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas.

d) Resultados: Não deverá repetir os mesmos dados nas figuras de tabelas. Observações importantes devem ser enfatizadas.

e) Discussão: Confronto dos resultados obtidos com a literatura considerando a metodologia adotada.

f) Conclusão: percepções obtidas com o trabalho a partir dos objetivos.

- g) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.
- h) Keywords – (unitermos em inglês)
- i) Agradecimentos – se houver
- j) Referências Bibliográficas – até 20 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

7- Estrutura do Trabalho (Relato de Caso)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)
- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)
- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Relato de caso: descrever os aspectos clínicos e todos os procedimentos de diagnóstico e tratamento realizados. Nos casos aplicáveis deve ser explícito o tempo de preservação.

d) Discussão: explicação dos procedimentos de diagnóstico e tratamento adotados, ponderação das características encontradas no presente caso em comparação com a literatura previamente publicada.

e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho.

f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

g) Keywords – (unitermos em inglês)

h) Agradecimentos – se houver

i) Referências Bibliográficas – até 15 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

8- Estrutura do Trabalho (Revisão da Literatura)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)

- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para os relatos de caso clínico: Objetivos; Relato de Caso e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS

(Descritores em ciência da saúde). Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Revisão da Literatura: Sumarização da literatura atual referente ao tema abordado.

d) Discussão: Confronto dos estudos abordados na revisão da literatura.

e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho a partir dos objetivos.

f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

g) Keywords – (unitermos em inglês)

h) Agradecimentos – se houver

i) Referências Bibliográficas – até 30 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

Abreviaturas e siglas: termos e nomes a ser referidos na forma de abreviaturas ou siglas devem ser dados nominalmente quando mencionado pela primeira vez.

Unidades: unidades SI (sistema internacional de unidades) deve ser usado por toda parte. Se a unidade não consta no SI, o equivalente SI deve ser imediatamente seguido entre parênteses.

Para trabalhos de revisão da literatura e relato de caso, a estrutura do trabalho deverá conter; Introdução, Desenvolvimento com discussão e Considerações Finais.

Para relatos de Caso a estrutura do trabalho deverá conter; Introdução, Relato de Caso e Considerações Finais,

Independente do tipo de estudo, os autores são convidados a escrever de forma concisa.

9- Lista de referências bibliográficas:

a. Livro:

De 1 a 6 autores referenciam-se todos separados por vírgula. Mais de 6 (seis) autores, referenciam-se até os 6 primeiros, seguidos da expressão latina “et al”.

Exemplo: Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GCV, et al. Williams obstetrics. 20 ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997.

b. Capítulo de livro:

I. Com a mesma autoria da obra:

Exemplo: Ruiz JA. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1991. Cap. 3: Como elaborar trabalhos de pesquisa.

II. Com autoria de capítulo:

Exemplo: Phillips SJ, Whisnart JP. Hypertesion and stroke. In: Lsaragh JH, Brenner BM, editors. Hypertesion: Pathophysiology, diagnosis and management. 2 ed. New York: Raven Press; 1995. P465-78.

IV – Aspectos Éticos

Estudos realizados em seres humanos e prontuários clínicos, radiografias, modelos de estudo, devem ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unidade, conforme normas estabelecidas pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos.

Para os estudos de Ensaio Clínicos há exigência de registro dos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em: <http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>.

Para estudos realizados em modelos animais exige-se respeito à legislação em vigor e aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA).

Avisos Importantes!

- Escove a boca e higienize suas próteses após as refeições e antes de dormir!
- Escove seus dentes posicionando a escova inclinada na direção da gengiva, fazendo movimentos de cima para baixo (dentes superiores) e de baixo para cima (dentes inferiores), nas partes voltadas para a bochecha e a língua. Escove a superfície dos dentes que usamos para mastigar, com movimentos suaves de vate vem.
- Nunca use água muito quente para lavar sua prótese.
- Sempre olhe sua boca num espelho, se observar algo diferente como uma ferida ou produção de pouca saliva, procure seu dentista.
- Não é indicado dormir usando a prótese, pois pode ajudar no aparecimento de fungos.
- No mercado, existem opções de pastilhas efervescentes para limpeza das próteses, que podem substituir o uso da água sanitária e do bicarbonato de sódio. Caso opte em usá-las, siga as instruções dos fabricantes.
- É aconselhável que sua dentadura e ponte móvel sejam trocadas após 5 (cinco) anos de uso.
- Se o fio dental estiver constantemente desfilando ou ficando preso nos dentes que têm a prótese fixa, alerte seu dentista. Se tiver dificuldade física ou mental que limite a correta limpeza da sua prótese, peça ajuda a alguém que tenha mais facilidade

Esse manual foi feito para você se orientar quanto aos cuidados de uso da sua prótese.

Lembre-se que esses cuidados devem ser constantes e virar rotina no seu dia a dia.

Esse guia de orientações foi elaborado por:

Acadêmico Rafael Andrade Azevedo
 Prof. Dra. Lilliana V. Melo de Lucas Rezende
 Prof. Dr. Lucas Fernando Tabata
 Prof. Newton Chaves Braga
 Profa. Jaiane Augusta Medeiros Ribeiro

Orientações de Higiene Bucal em Portadores de Prótese



UnB



Prótese Total Removível (Dentadura)

Escovação

Dentadura: Utilizando uma escova de dentes com formato anatômico e sabão neutro, escove sua dentadura após as refeições e antes de dormir. Cuidado para não deixá-la cair!

De preferência, durma sem as dentaduras. Coloque-as em um copo ou recipiente com tampa, com 300 ml de água e duas colheres de chá de bicarbonato de sódio.

É indicado, uma vez por semana, deixar sua prótese de molho por 10 minutos em um copo com 300 ml de água e uma colher de sopa de água sanitária convencional (2 a 3%). Em seguida, enxague a prótese.

Cavidade bucal: escove a gengiva, céu da boca e a língua com escova de dente macia e pasta dental.



Prótese Parcial Removível (Ponte Móvel)

Escovação

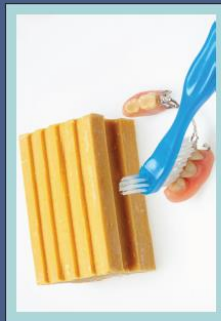
Dentes: Retire a sua prótese. Passe o fio dental entre os dentes presentes na boca, com movimentos de cima para baixo.

Escove os dentes com a escova de dente macia e pasta dental. Escove também a língua e a área da gengiva que não tem dentes.

Ponte móvel: Utilizando uma escova de dentes com formato anatômico e sabão neutro, escove sua ponte móvel, inclusive as partes metálicas, após as refeições e antes de dormir. Cuidado para não deixá-la cair!

De preferência, durma sem as próteses. Coloque-as em um copo ou recipiente com tampa, com 300 ml de água e duas colheres de chá de bicarbonato de sódio.

É contraindicado deixar sua ponte móvel de molho por longo tempo em água misturada com água sanitária, pois pode estragar o metal.



Prótese Fixa (Ponte Fixa)

Escovação

Use o fio dental entre todos os dentes, de forma que o fio abraça a lateral do dente, com movimentos de baixo para cima. Faça isso inclusive nos dentes que tem a prótese fixa.

Com escova macia e pasta dental, escove todos os dentes e a(s) prótese(s) fixa(s).

Se sua prótese fixa apresentar "barras unidas" você deve fazer uso da técnica do "passa fio + fio dental" para limpar essa área. O passa fio é como se fosse uma agulha de plástico flexível, sem ponta, no qual é possível colocar o fio dental do mesmo jeito que se coloca linha na agulha. A função do passa fio é ajudar o fio dental a entrar por baixo da prótese e limpar onde a escova não alcança.



Referências Bibliográficas:

1. Geiballa GH, Abubakar NH, Ibrahim YE. Patients' satisfaction and maintenance of fixed partial denture. Eur J Dent. 2016;10(2):250-3.2.
2. Gonçalves LFF, Neto DR da S, Bonan RF, Carlo HL, Rattalino M. O uso de produtos de limpeza de próteses totais e parciais Removíveis. Rev Bras Ciênciáas da Saúde. 2011;15(1):87-94.1.3.
3. Ribeiro DG, Pavarina AC, Giampaloto ET, MacHado AL, Jorge JH, Sasso Garcia PPN. Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: longitudinal study. Gerodontology. 2009;28(2):150-65.