

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PAULA MAINERI JACOMETTI

**ANÁLISE DAS POSSIBILIDADES REABILITADORAS CONTEMPORÂNEAS
PARA PACIENTES EDENTADOS TOTAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Porto Alegre – RS

2011

PAULA MAINERI JACOMETTI

00144432

Análise das possibilidades reabilitadoras contemporâneas para pacientes edentados totais: uma revisão de literatura.

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para a obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Luís Carlos da Fontoura Frasca

Porto Alegre – RS

2011

RESUMO

O edentulismo é uma condição de agravo à saúde bucal que causa diminuição da capacidade mastigatória, dificultando o consumo de diversos alimentos, além de afetar a fonação e a estética, podendo originar alterações psicológicas. É uma consequência de políticas de saúde deficientes que afeta a saúde geral e a qualidade de vida. Este estudo tem como objetivo descrever e discutir a questão do indivíduo edêntulo pelos aspectos psicossociais, nutricionais, físicos, fisiológicos, estéticos e as propostas terapêuticas contemporâneas para sua reabilitação, procurando definir a melhor proposta reabilitadora para esses pacientes através de uma revisão narrativa da literatura. As propostas terapêuticas atuais para o edentulismo são as próteses totais convencionais, as overdentures implanto-suportadas e as próteses fixas implanto-retidas. Os pacientes costumam se mostrar satisfeitos com a prótese total convencional superior, entretanto, a inferior costuma apresentar problemas de retenção e estabilidade, causando insatisfação aos usuários. Os implantes osseointegrados têm a possibilidade de melhorar esses imprevistos. Analisando os diversos fatores que envolvem a reconstrução protética de pacientes edêntulos, concluiu-se que para a arcada superior, uma prótese total mucossuportada e para a arcada inferior, uma prótese removível apoiada por implantes parecem ser a opção mais adequada para a reabilitação desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Edentulismo. Prótese total. Prótese sobre implantes.

ABSTRACT

Edentulism is a condition of oral health problem that causes a decrease in masticatory ability, difficulting the consumption of various foods, beyond affect speech and aesthetics, which can cause psychological changes. It is a consequence of poor health policies that affect the overall health and quality of life. This study aims to describe and discuss the issue of edentulous individuals by aspects psychosocial, nutritional, physical, physiological, aesthetic and contemporary therapeutic approaches for their rehabilitation, trying to define the best offer rehabilitation to these patients through a review of the literature. Current options of treatment for edentulous persons are the conventional dentures, the implant supported overdentures and the implant retained dentures. Patients usually are satisfied with the conventional upper denture, however, the lower denture often present problems of retention and stability, causing dissatisfaction to users. Osseointegrated implants have the potential to improve these contingencies. Analyzing the various factors related to prosthetic reconstruction of edentulous patients, it was concluded that for the upper jaw, a total denture and, for the lower jaw, a removable prosthesis supported by implants seem to be the most appropriate option for the rehabilitation of these patients.

KEYWORDS: Edentulism. Denture. Implant prosthesis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivo Específico.....	7
3 METODOLOGIA.....	8
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
4.1 Aspectos Epidemiológicos do Edentulismo.....	9
4.2 Características Anatômicas do Edêntulo.....	10
4.3 Aspectos Fisiológicos do Edêntulo.....	11
4.4 Propostas Terapêuticas para o Edentulismo.....	13
4.4.1 Prótese Total Dupla.....	13
4.4.2 Overdenture Implanto-suportada.....	15
4.4.3 Prótese Fixa Implanto-retida.....	18
5 DISCUSSÃO.....	22
6 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo – perda total dos dentes – é um dos piores agravos à saúde bucal. As perdas dentárias constituem-se em uma marca da desigualdade social, diminuem a capacidade mastigatória, dificultando e limitando o consumo de diversos alimentos, afetam a fonação e causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas. Esse conjunto de repercussões no cotidiano das pessoas contribui para a redução da qualidade de vida das mesmas (BARBATO et al., 2007).

Essa incômoda condição é comumente resultado de cárie e doença periodontal (MOJON, 2005). Porém seria impreciso afirmar que essas são as únicas causas do edentulismo. Tem-se mostrado que vários fatores, como a atitude, a realidade social, o comportamento, o perfil do atendimento odontológico e as características do sistema de saúde desempenham um papel importante na consequência de se tornar edêntulo (ZARB, 2006b).

Esta condição causa enormes mudanças nos tecidos da face e intra-orais. Ocorrem alterações morfológicas faciais devido à perda do suporte de tecido mole e redução da altura da face em repouso, como suporte insuficiente do lábio, aprofundamento dos sulcos nasolabiais e estreitamento dos lábios (BUDTZ-JÖRGENSEN, 1997).

Os indivíduos edêntulos totais apresentam uma função muscular prejudicada, ocorrendo uma redução nas forças mastigatórias, com isso afetando a fisiologia do processo da mastigação (BUDTZ-JÖRGENSEN, 1997). A falta dos dentes pode afetar os níveis de eficiência e performance mastigatória, mesmo na presença de próteses totais; dessa maneira, a ingestão de alimentos importantes fica prejudicada e, por esse motivo, perdas nutricionais podem ser observadas nesse grupo populacional (GOTFREDSEN; WALLS, 2008; HELKIMO, E.; CARLSSON; HELKIMO, M., 1978; SHEIHAM et al., 1999; SLAGTER, 1992).

Na boca edêntula, a reabsorção do rebordo residual é um processo contínuo. A redução dos rebordos residuais sob as próteses totais e a redução concomitante na dimensão vertical de oclusão tende a causar um decréscimo na altura total da face com prognatismo mandibular resultante (BUDTZ-JÖRGENSEN, 1997).

A perda dentária pode causar distúrbios psicológicos profundos. Assim como a perda de outras partes importantes do corpo ou a morte de um amigo, a perda dentária precipita desolação, redução da autoconfiança, distúrbios da personalidade, vergonha e sigilo. Como em outros eventos, a desolação pelos dentes perdidos prossegue através dos estágios de negação, raiva, depressão, adaptação e aceitação (MACENTEE, 2005).

Felizmente, a maioria dos usuários de próteses totais é capaz de se adaptar e lidar com sua incapacidade eficientemente, sem muita preocupação com sua qualidade de vida. Todavia, outros usuários de próteses totais sofrem substancialmente de disfunção crônica, dor, baixa autoestima e qualidade de vida reduzida. Para esses pacientes, as próteses totais implanto-suportadas, especialmente na mandíbula, oferecem alívio, conforto e otimismo (MACENTEE, 2005).

As decisões sobre o tratamento com os implantes devem ser feitas para cada paciente de acordo com as circunstâncias individuais. Fatores relacionados com a idade frequentemente influenciam o plano de tratamento nos pacientes mais velhos. Problemas comuns encontrados incluem as dificuldades de comunicação (audição e habilidades cognitivas comprometidas), com a consequente falta de cooperação; a necessidade provável de consultas mais curtas; atenção especial às medidas pré-cirúrgicas, como o status de saúde geral e a informação; estado de higiene oral e o fornecimento de higiene caseira (ZARB, 2006).

As terapias disponíveis para o paciente edêntulo incluem: as próteses totais duplas muco suportadas e, mais recentemente, as próteses apoiadas sobre implantes em conjunto ou não com a mucosa do rebordo residual. Nessa classificação podemos citar as overdentures e as próteses fixas implanto suportadas. Todas essas alternativas possuem suas vantagens e desvantagens, sendo ainda difícil definir de maneira peremptória qual delas resultará na prótese ideal. Essas questões não passam apenas pelo campo técnico, mas também pelos aspectos sociais, sistêmicos, financeiros, físicos e quantos outros mais.

Sem dúvida, as próteses apoiadas sobre implantes parecem mostrar vantagens em relação às convencionais, mas a pergunta que deve ser respondida é: Qual a técnica reabilitadora mais eficaz na maioria dos casos de pacientes edentados? Esse é o objetivo primário do presente trabalho, com base na literatura científica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente trabalho, através de uma revisão narrativa da literatura, visa descrever e discutir a questão do indivíduo edentado total, pelos aspectos sociais, nutricionais, físicos, estéticos e fisiológicos, bem como as propostas terapêuticas contemporâneas para sua reabilitação integral.

2.2 Objetivo Específico

Interpretar os resultados da literatura procurando definir a melhor proposta reabilitadora para pacientes edentados totais.

3 METODOLOGIA

Tendo em vista o objetivo proposto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura que visou descrever e discutir a questão do indivíduo edentado total, pelos aspectos sociais, nutricionais, físicos, estéticos e fisiológicos, bem como as propostas terapêuticas contemporâneas para sua reabilitação integral. A pesquisa dos artigos foi realizada em bases de dados eletrônicas como PubMed e Scielo e também através de busca manual, efetuada pelos pesquisadores. Foram incluídos trabalhos publicados entre os anos de 1972 e 2010 em língua inglesa e portuguesa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Aspectos Epidemiológicos do Edentulismo

A Organização Mundial da Saúde considera o edentulismo consequência de uma política de saúde deficiente que afeta a saúde geral, bem como a qualidade de vida (MOREIRA et al., 2010). A população mais afetada é a idosa, porém jovens e adultos também sofrem com esta condição. De acordo com o levantamento epidemiológico Saúde Bucal Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, 0,08% dos indivíduos entre 15 e 19 anos usa prótese total na maxila e essa prevalência passa para 57,9% nos indivíduos acima de 65 anos. Este mesmo estudo mostrou que 0,02% dos entrevistados entre 15 e 19 anos têm necessidade de prótese total superior e inferior e, na faixa etária acima dos 65 anos, 16,15% têm necessidade de prótese total maxilar e 23,81% de prótese mandibular (BRASIL, 2004).

No mundo, milhões de pessoas perdem todos os dentes e a prevalência aumenta com a idade. Na população mundial, a prevalência de edentulismo nos idosos é extremamente alta (variando de menos de 20% a 60%), mas um declínio de 10% tem sido relatado na última década nos países ocidentais (MUSACCHIO et al., 2007). No Brasil, 75% dos idosos são edêntulos. Já na faixa etária entre 30 e 44 anos, 30% dos adultos são desdentados (PUCCA Jr., 2006; SOUZA E SILVA et al., 2010). Nos Estados Unidos, a prevalência de edentulismo em idosos varia de 13,9% no Havaí para 47,9% na Virgínia Ocidental (EUA Departamento de Saúde e Serviços Humanos, 2000). E na Europa, a prevalência varia de 12,8% na Itália para 65,4% na Holanda e 69,6% na Islândia (MORAIS et al., 2003).

Nas últimas décadas, tem sido observada uma diminuição no edentulismo na maioria dos países industrializados. Porém, a diminuição da prevalência é compensada pela mudança demográfica, com o rápido aumento da proporção de idosos, que estão em risco para esta condição (PALLA; NITSCHKE, 2009). Tanto no Brasil como nos países mais desenvolvidos, os progressos tecnológicos e os avanços dos estudos na área da saúde levam a um aumento na expectativa de vida do homem. De acordo com o IBGE, a faixa de pessoas com sessenta anos ou mais,

em 1960, era responsável por 4,8% da população brasileira. Em 1980, esse número passou para 6,2% e em 1999 para 8,7%. Mantidas as tendências atuais, a projeção para o ano de 2025 é de que esteja em torno de 15%. (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Projeções dos EUA indicam que a diminuição de prevalência do edentulismo não será suficiente para superar as mudanças demográficas da população: o aumento de 79% na população acima de 55 anos compensará muito a redução de 10% no edentulismo que tem sido experimentada nas últimas três décadas. Conseqüentemente, a população adulta edêntula com necessidade de uma ou duas próteses totais passará de 33,6 milhões em 1991 para 37,9 milhões em 2020 (PALLA; NITSCHKE, 2009).

4.2 Características Anatômicas do Edêntulo

A perda de dentes traz várias sequelas, sendo as relacionadas com estética e fisiologia da mastigação e fonação, as que trazem mais impactos negativos para o paciente. Essa situação agrava-se quando ocorre a perda de todos os dentes, o que resulta numa diminuição sensorial fabulosa, ocasionada pela perda do ligamento periodontal (ZARB, 2006a). Após a remoção dos dentes, ocorrem mudanças em todas as estruturas envolvidas no processo da mastigação. As modificações envolvem tecido ósseo, gengival, muscular, articulação temporo-mandibular (ATM), repercutindo diretamente na mastigação, fonação, estética e conforto do paciente, entre outras consequências (ASSUNÇÃO et al., 2004).

O rebordo residual, que é composto pela mucosa de suporte, submucosa e periosteio e rebordo ósseo residual subjacente, é reabsorvido. Uma perda óssea irreversível e indesejável ocorre nos paciente edêntulos. Acredita-se que essa perda seja uma consequência direta da perda de estrutura periodontal (ZARB, 2006b). Fatores anatômicos, metabólicos, funcionais e protéticos interagem ocasionando a reabsorção do rebordo. Em um determinado paciente, esses fatores podem ser combinados, resultando em uma rápida taxa de reabsorção (ATWOOD, 1973).

O grau de reabsorção do rebordo residual difere entre pessoas e até em sítios distintos da mesma pessoa. A maxila perde, em média, cerca de 2 a 4 mm de osso no primeiro ano após as extrações e 0,1mm por ano nos anos seguintes. Na

mandíbula, a perda óssea no primeiro ano é de 4 a 6 mm e a média anual nos anos seguintes é de 0,4mm. Essa remodelação óssea afeta o funcionamento de qualquer prótese que se apoie sobre o rebordo residual (TELLES et al., 2009a).

Esse padrão de reabsorção determina a arquitetura resultante do rebordo residual, devido à reabsorção na maxila ocorrer de fora para dentro (centrípeta) e na mandíbula, do centro para as laterais (centrífuga). Essa reabsorção pode chegar a tal ponto que a mandíbula se projeta para frente e para cima, resultando em protrusão mandibular, em associação com a destruição da área basal, comprometendo a relação maxilo-mandibular, incluindo a ATM (TRINDADE; ANTUNES, 2007).

Uma reabsorção exagerada em uma região específica pode ocorrer devido a tensões muito fortes nessa região, como nos casos de Síndrome da Combinação, ou Síndrome de Kelly. Essa síndrome afeta os pacientes edentados na maxila e parcialmente dentados na mandíbula, com a presença dos dentes anteroinferiores, usuários ou não de prótese parcial removível na extremidade livre posterior. As alterações presentes nesses pacientes são: Reabsorção óssea na porção anterior da maxila, hiperplasia inflamatória na região do palato duro e fundo de vestibulo, extrusão dos dentes anteriores inferiores, reabsorção óssea nos extremos livres mandibulares, reposicionamento espacial da mandíbula anterior e crescimento das tuberosidades maxilares (KELLY, 1972).

Algumas mudanças morfológicas associadas com o estado edêntulo são: aprofundamento do sulco nasolabial, perda do ângulo lábio-mentoniano, aumento da área de comissura, estreitamento dos lábios, redução na altura total da face, aumento do ângulo mandibular e aparência prognata (ZARB, 2006b).

4.3 Aspectos Fisiológicos do Edêntulo

A perda da dentição natural está associada com uma série de conseqüências adversas. Afeta a habilidade do paciente para mastigar os alimentos, alterando as escolhas alimentares e o processo digestivo, podendo levar a desnutrição (MOJON et al., 2004; MUSACCHIO et al., 2007). Um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com prótese total é

de 25% (CALDAS JÚNIOR et al., 2005). O impacto pode ser ainda mais grave, prejudicando o paladar, a fonética, a estética e muitas vezes resultando em uma limitada interação social e pessoal. A perda de apetite tem sido geralmente relacionada à ausência de elementos dentários e ao uso de próteses totais. O edentulismo representa, portanto, um fator de risco para desnutrição, piora a qualidade de vida e o bem-estar (CALDAS JÚNIOR et al., 2005 ; MOJON et al., 2005; MUSACCHIO et al., 2007).

A função mastigatória correta ocorre com movimentos mandibulares precisos, tensões musculares perfeitamente coordenadas e equilibradas, e auxílio da língua e das bochechas, as quais mantêm o bolo alimentar entre as arcadas até que se realize a deglutição. Os fatores que controlam os movimentos e a postura mandibular são: sistema neuromuscular, articulações temporo-mandibulares, ligamentos e dentes. Com a perda parcial ou total dos dentes, alguns destes fatores são gradualmente eliminados e o controle específico dos movimentos mandibulares é perdido. Em pacientes usuários de próteses totais por longos períodos, podem-se observar alterações na dimensão vertical e posição mandibular, que podem levar à dor e disfunção (FERREIRA et al., 2007).

O comprometimento da função mastigatória pode levar os edentados a adaptar suas escolhas alimentares, evitando os alimentos que consideram mais difíceis ou alterando a preparação dos mesmos, com o objetivo de lidar com a perda mastigatória. Outra estratégia utilizada pode ser a de engolir os alimentos parcialmente mastigados. Esta limitação e inadequação da dieta leva a deficiência nutricional. A dieta dos desdentados é rica em calorias e gordura e baixa em fibras e antioxidantes. Também têm baixo consumo de polissacarídeos não amiláceos, encontrados em cereais, legumes e frutas, e de proteínas, cálcio, ferro e vitaminas. Além disso, têm um maior consumo de gordura saturada e colesterol. Esta dieta desequilibrada, com reduzida ingestão de nutrientes essenciais, pode resultar em um pior estado de saúde geral e maior suscetibilidade a doenças (ELLIS et al., 2008; MARCENES et al., 2003; OLIVEIRA; FRIGUERIO, 2004).

O aspecto psicológico e a qualidade de vida dos edêntulos podem ser comprometidos quando a perda de dentes afeta a estética e a expressão facial, uma vez que os dentes são importantes para a comunicação interpessoal, para a habilidade de falar claramente e para a qualidade vocal (CALDAS JÚNIOR et al., 2005). Em nossa sociedade, a aparência é muito valorizada e quando as pessoas

não alcançam o padrão desejado, tornam-se vulneráveis aos sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha (WOLF, 1998). O sorriso demonstra bem-estar, felicidade, segurança e satisfação e sua inibição diminui a autoestima e impede a demonstração da alegria, prejudicando o convívio social (TELLES et al., 2009b).

A perda dos dentes pode ser sentida como um ataque à identidade social, familiar, bem como à própria identidade do indivíduo. Quando não se sente dentro do padrão estético, a pessoa se retrai e pode demonstrar sintomas de isolamento social e depressão, consequências de um estado de desequilíbrio. Os sentimentos com a perda dentária são muito negativos, os pacientes se sentem apavorados, envergonhados e têm a sensação de perda irreparável (WOLF, 1998). As pessoas reagem de diferentes formas a essa perda. Podem se mostrar inconformadas, com sentimentos de impotência, incapacidade e ansiedade, buscando de todas as formas restaurarem a estética. Ou reagir de maneira conformista e depressiva, mostrando-se passivos diante da condição e do tratamento (TELLES et al., 2009b).

4.4 Propostas Terapêuticas para o Edentulismo

A reabilitação do paciente edêntulo, principalmente na mandíbula, é um desafio na Odontologia. As propostas terapêuticas atuais são as Próteses Totais Duplas Mucossuportadas e as próteses apoiadas sobre implantes osseointegrados, como as Overdentures e as Próteses Fixas Suportadas por Implantes.

4.4.1 Prótese Total Dupla

Até a descoberta da osseointegração por Per-Ingvar Branemark em 1965, a única opção de tratamento para o paciente edêntulo eram as próteses totais duplas mucossuportadas, que vem sendo utilizadas para tratar o edentulismo desde o século XVIII até os dias de hoje. É uma terapia consagrada e, provavelmente, a mais utilizada, ainda hoje, na reabilitação das pessoas que perderam todos os dentes

(TELLES et al., 2009c). Esta prótese substitui, além dos arcos dentários perdidos, osso alveolar e fibromucosa gengival e tem forte relação com a saúde geral do paciente (TURANO, 2007a).

O principal objetivo da reabilitação é melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, que piora muito na condição de desdentado. Os pacientes buscam tratamento para restaurar a função oral e estética, para que possam comer e falar com mais facilidade e sentir-se melhor (AWAD; FEINE, 1998). Pensando em saúde como não apenas bem-estar físico, mas também psíquico e social, pode-se afirmar que as próteses totais duplas realmente reabilitam a boca do paciente, auxiliando a recomposição do sistema estomatognático, o bem-estar físico e social (TURANO, 2007a).

Entretanto, essas próteses, principalmente a mandibular, muitas vezes apresentam problemas. Em função de se apoiar sobre tecido mucoso (que não foi desenvolvido para desempenhar tal função), não possibilita um pleno restabelecimento das funções comprometidas pela perda dentária. Além disso, possui um significativo potencial de gerar problemas para o paciente, como o aumento da reabsorção do osso remanescente e lesões na mucosa (TELLES et al., 2009c). Muitos pacientes permanecem insatisfeitos e ainda demonstram problemas relacionados à função oral. Falta de estabilidade e retenção, juntamente com uma diminuição da capacidade mastigatória são as principais queixas dos pacientes edentados (MEIJER et al., 1999; POCZTARUK et al., 2009a).

A reabsorção do rebordo residual é um dos principais fatores para o fracasso da reabilitação tradicional do paciente edêntulo, pois o volume do rebordo residual é a chave para a retenção e a estabilidade da prótese. A perda óssea leva a uma diminuição da área da base da prótese, o que provoca retenção insuficiente da prótese inferior, reduzindo a estabilidade, causando dificuldades na alimentação, na fala e uma aparência facial alterada (GEERTMAN et al., 1996; PAN et al., 2010).

A área chapeável, extensão máxima da boca edentada que pode ser recoberta pela prótese total, tem relação direta com o prognóstico do tratamento. Quanto mais amplo for o arco, maior área superficial poderá ser recoberta e maior a possibilidade de retenção e estabilidade. Os rebordos muito reabsorvidos, rasos, agudos ou convexos apresentam maiores problemas, o que é o caso do rebordo inferior. O rebordo superior costuma ter uma área chapeável satisfatória (TURANO, 2007b).

Além de problemas de retenção e estabilidade, a função mastigatória de indivíduos usuários de próteses convencionais é pior em comparação com indivíduos dentados saudáveis. A performance mastigatória e a trituração dos alimentos dos usuários de próteses totais são reduzidas para entre um quarto e um sétimo da capacidade dos adultos com dentição natural, dependendo da idade e do tipo de alimento. Eles experimentam uma variedade de problemas, como incapacidade de mastigar alimentos duros ou rígidos, dor na boca e instabilidade (GEERTMAN et al., 1999). Cinco a 20% desses indivíduos não estão satisfeitos com suas próteses (VAN WASS, 1990).

Fatores como a personalidade do paciente, sua relação com o profissional e a sua atitude com as próteses parecem ser importantes para determinar a satisfação com o tratamento. Essa é alcançada quando o paciente consegue executar certas tarefas com as próteses. O sucesso do tratamento depende muito da capacidade do paciente em superar as muitas limitações das próteses totais e isso ocorre através de um processo de habituação. Além disso, um nível de desconforto e ineficiência pode ser considerado normal por um paciente e ser insuportável para outro (ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2007).

Os pacientes que não se adaptam às próteses as usam com variados graus de dificuldade e geralmente possuem uma ou mais das seguintes características: comprometimento morfológico severo das áreas de suporte da prótese que reduzem significativamente a sua retenção, pobre coordenação da musculatura oral, baixa tolerância do tecido mucoso, hábitos parafuncionais que levam a uma sensibilidade recorrente e instabilidade da prótese, expectativas protético-funcionais irrealistas, reflexo do vômito ativo provocado por uma prótese removível e falta de habilidade psicológica para usar a prótese, mesmo se a retenção e a estabilidade forem adequadas. Esses pacientes são fortes candidatos a um tratamento com prótese sobre implantes (ZARB, 2006c).

4.4.2 Overdenture Implanto-Suportada

As overdentures ou sobredentaduras podem ser definidas como próteses totais removíveis que cobrem raízes ou implantes osseointegrados restaurando toda

a dentição. Existem registros do uso de overdentures sobre raízes desde o século XIX e, no início, o seu objetivo era interromper o processo de reabsorção óssea do rebordo. Com a evolução da ciência, passou-se a utilizar implantes osseointegrados para realizar a mesma função das raízes nos casos de edentulismo completo. Esta é uma maneira previsível de se manter tecido ósseo, determinando suporte e função adequados para as próteses totais, visto que a permanência deste tecido é de vital importância para estas (BONACHELA, 2002). As overdentures têm ganhado popularidade atualmente como tratamento alternativo às próteses totais convencionais. A colocação de implantes permite uma melhora significativa das condições de estabilidade e retenção dessas próteses (MEIJER et al., 2001).

O tratamento dos pacientes edêntulos com overdentures suportadas por implantes tem como objetivos primários reduzir a dor e o desconforto, melhorar a função e estimular o bem-estar psicossocial através de uma melhora na retenção e estabilidade das próteses e na eficiência mastigatória destes pacientes. Para estes, um tratamento é considerado bem sucedido quando há um nível satisfatório de conforto, confiança, mastigação e estética (STELLINGSMA et al., 2003). Muitos estudos têm demonstrado o sucesso das overdentures mandibulares implanto-suportadas em termos de estabilidade, função, fala e satisfação do paciente, superando as limitações das próteses convencionais. Os resultados têm relatado sucesso do procedimento clínico e a técnica é aceita como segura e confiável (ALLEN et al., 2006; POCZTARUK et al., 2009a; STOKER; WISMEIJER; VAN WASS, 2007).

A eficiência alcançada na retenção e estabilidade das overdentures fornece um grau de satisfação que permite um melhor desempenho na mastigação, mesmo em pacientes com pobre retenção (OLIVEIRA; FRIGUERIO, 2004). Além da melhora significativa na capacidade de mastigar todos os tipos de alimentos, a retenção da prótese inferior também promove uma redução da dor durante a mastigação (STELLINGSMA et al., 2003). De acordo com Mendonça e colaboradores (2009), a função mastigatória dos indivíduos portadores de overdentures implanto-suportadas foi equivalente a 61% da performance de indivíduos com dentição natural, enquanto que nos pacientes usuários de prótese total convencional, foi de 31%.

Ainda que a capacidade mastigatória seja significativamente menor do que a de indivíduos completamente dentados, há uma melhora considerável das overdentures em relação às próteses convencionais. Isso pode ser atribuído ao fato

de que com a melhora na retenção e estabilidade das próteses, o paciente consegue mastigar melhor os alimentos, de uma forma mais natural, com menos dor e restrição (POCZTARUK et al., 2009a).

Overdentures mandibulares retidas por dois ou quatro implantes têm sido propostas como terapia de rotina para tratar pacientes com problemas na prótese mandibular (VISSER et al., 2006). Segundo Meijer e colaboradores (2009), não há diferença significativa entre pacientes tratados com overdentures suportadas por dois ou quatro implantes mandibulares em relação ao estado clínico dos tecidos moles, perda óssea radiográfica, satisfação do paciente e cuidados pós-cirúrgicos e protéticos durante um período de avaliação de dez anos.

Os sistemas mais comuns utilizados para reter as sobredentaduras são retentores tipo bola e barra-clipe. A reabilitação com uma overdenture mandibular, utilizando bola ou barra-clipe, melhorou a performance mastigatória e a satisfação dos pacientes desdentados (POCZTARUK et al., 2009a). A escolha de quatro implantes interconectados com barras resultou em 28% mais custos do que o uso de dois implantes com uma única barra. Já a diferença entre dois implantes e uma barra e dois retentores tipo bola foi de apenas 4,5%. Considerando os resultados do paciente, juntamente com os aspectos de custo, pode-se concluir que uma overdenture sobre dois implantes interligados por uma barra pode ser a primeira escolha de tratamento, com alta relação custo-eficácia e estabilidade e eficácia comprovadas por um longo prazo (MEIJER et al., 2009; STOKER et al., 2007).

Recentemente, um estudo de Liddellow e Henry (2010), mostrou que o tratamento com overdenture mandibular usando apenas um implante, colocado na linha média, teve resultados excelentes em um período de três anos, proporcionando melhorias na retenção, estabilidade, performance mastigatória e confiança para os portadores de próteses totais mal adaptadas. Esta técnica pode fornecer um resultado benéfico com um custo mínimo.

Uma boa higiene bucal e da prótese mantida pelo paciente após o tratamento é um fator importante para o sucesso a longo prazo das overdentures sobre implantes (MEIJER et al., 2009; STOKER et al., 2007). De acordo com o estudo de Meijer e colaboradores (2009), em um período de acompanhamento de dez anos, a taxa de sobrevivência dos implantes variou entre 93 e 100%. Os índices de placa, cálculo e sangramento gengival foram muito baixos em todos os períodos de avaliação. Após dez anos, não foram encontradas alterações clínicas e

radiográficas relevantes e os pacientes se mostraram muito satisfeitos com suas sobredentaduras e, além disso, a necessidade de cuidados pós-cirúrgicos e protéticos foi baixa.

Uma análise mostrou que os pacientes que mudaram as próteses convencionais para um tratamento com implantes precisaram de mais que o dobro do tempo e do número de sessões comparado ao tratamento com prótese convencional. Isso pode ser interpretado como um aspecto negativo, porém os níveis de satisfação com as overdentures são superiores aos das próteses totais. Pacientes tratados com overdentures precisam de mais cuidados pós-tratamento; no entanto, apesar da maior necessidade de cuidados e de manutenção e do custo mais elevado, a satisfação do paciente, que é significativamente maior em relação à prótese convencional, deve ser levada em conta na tomada de decisão sobre o tratamento (VISSER et al., 2006).

4.4.3 Prótese Fixa Implanto-Retida

O uso de implantes dentários como pilares de dentes naturais ausentes foi um sonho perseguido desde o início do século. Em 1982, na Conferência de Toronto, foram apresentados os resultados de 20 anos de pesquisa sobre a aplicação de implantes osseointegrados em odontologia. Como resultado, o conceito e aplicação de implantes osseointegrados espalhou-se pelos países que apresentavam uma odontologia mais desenvolvida (ZARB, 1982).

A combinação de vários dos seguintes aspectos vai determinar o plano de tratamento para próteses totais fixas retidas por implantes: estrutura anatômica e morfológica dos maxilares, a quantidade de osso presente, considerações estéticas (apoio facial, tecidos moles e comprimento dos dentes), facilidade de reparo e aspectos econômicos. Quantidade e qualidade óssea favoráveis são condições necessárias para a colocação de múltiplos implantes para as próteses fixas e a compensação da perda de tecidos duros e moles torna-se difícil e é um problema que requer atenção especial durante o planejamento. Uma linha do sorriso baixa é vantajosa para as próteses fixas, devido à necessidade estética da arcada superior. Próteses aparafusadas com cantilevers não são frequentemente recomendadas

para a maxila, devido a problemas relacionados à estética e à higiene deficiente (MERICSKE-STERN; TAYLOR; BLESSER, 2000).

De acordo com Mericske-Stern, Taylor e Blesser (2000), uma característica típica da prótese mandibular fixa é o uso de 4 a 6 implantes na região intermentoniana e cantilevers. Problemas estéticos ou fonéticos raramente são encontrados nas reconstruções mandibulares. Segundo a autora, o número preferido é de 6 a 8 implantes para reconstruções de arco completo na maxila e na mandíbula e estes são, sempre que possível, distribuídos uniformemente ao longo de toda a arcada evitando vigas longas.

Em contrapartida, Maló, Rengert e Nobre (2005) mostraram que o uso de carga funcional imediata utilizando quatro implantes como suporte para uma prótese total fixa na arcada superior, técnica conhecida como “All-on-4”, demonstrou uma elevada taxa de sobrevivência de implantes (97,6%) após um ano de carga. São colocados quatro implantes na maxila, sendo que os implantes posteriores são inclinados, o que é compatível com uma alta taxa de sobrevivência. E ainda se pode utilizar na mandíbula três implantes retendo prótese fixa sob carga imediata, técnica conhecida como protocolo de implante Brånemark Novum (BRANEMARK et al., 1999). Um estudo de Gualini e colaboradores (2009) encontrou sobrevida dos implantes de 91% e estabilidade da prótese de 87% em cinco anos de função clínica, resultados considerados aceitáveis.

As próteses totais fixas podem ser aparafusadas ou cimentadas sobre os pilares dos implantes. As aparafusadas são mais viáveis na mandíbula, com os eixos dos implantes perpendiculares e bom acesso para os orifícios dos parafusos, mas pode ser difícil na maxila onde são observados eixos divergentes nos implantes (MERICSKE-STERN; TAYLOR; BLESSER, 2000).

O tratamento de pacientes edêntulos com próteses totais fixas sobre implantes melhora substancialmente a função oral e tem efeitos psicossociais positivos (CARLSSON; LINDQUIST, 1994). Muitos estudos relatam os resultados favoráveis do tratamento com prótese total fixa sobre implantes na mandíbula desdentada (ATTARD; ZARB, 2004; CARLSSON; LINDQUIST, 1994; EKELUND et al., 2003; PROUSSAEFS, 2004; SCHWARZ et al., 2010).

Um estudo de vinte anos de acompanhamento de Attard e Zarb (2004) confirmou os resultados favoráveis em longo prazo para um grupo de pacientes com próteses totais mal adaptadas tratados com próteses totais fixas retidas por

implantes. Os resultados mostraram que a taxa de sobrevida cumulativa da prótese fixa foi de 84,34% e o sucesso cumulativo dos implantes foi de 87,34%. Ekelund e colaboradores (2003) também encontraram resultados excelentes em vinte anos de acompanhamento de próteses totais fixas mandibulares. Com apenas três implantes perdidos em vinte anos, sendo que dois foram perdidos antes das conexões com as próteses e um após seis anos, a taxa de sucesso cumulativa dos implantes foi de 98,9%. E com apenas duas próteses substituídas, uma antes dos primeiros cinco anos e uma com oito anos, a taxa de sucesso cumulativa das próteses foi de 95,6%.

Estes resultados sugerem fortemente que uma vez que a osseointegração é estabelecida, um excelente prognóstico para a função a longo prazo é mantido. O sucesso da osseointegração se manteve mesmo com o envelhecimento e frequente comprometimento da saúde dos pacientes (ATTARD; ZARB, 2004). Após quinze anos de acompanhamento, poucas complicações protéticas foram encontradas. E uma média de 2,9 consultas por paciente com apenas pequenos ajustes durante o último trimestre dos mais de 20 anos de acompanhamento, indica que o tratamento com implantes anteriores combinados com cantilevers posteriores para a mandíbula edentada é muito eficaz e tem bom custo-benefício numa perspectiva a longo prazo (EKELUND et al., 2003).

A perda óssea média ao redor dos implantes é maior no primeiro ano de tratamento e após torna-se extremamente pequena. Foi observada perda óssea de 0,98 mm no primeiro ano de carga e 0,2 mm por ano nos anos seguintes, no entanto a perda variou muito entre os pacientes (ATTARD; ZARB, 2004). Uma maior perda óssea ocorre predominantemente nos pacientes fumantes e com pobre higiene bucal. Isto sugere que, embora uma má higiene bucal não afete a osseointegração em si, está relacionada à peri-implantite (EKELUND *et al.*, 2003; ATTARD; ZARB, 2004).

Um estudo de Carlsson e Lindquist (1994) mostrou que a reabilitação da mandíbula com uma prótese total fixa implanto-retida levou a uma melhoria acentuada na função mastigatória, que refletiu na avaliação dos próprios pacientes e em vários testes funcionais. Os resultados destes testes foram melhores após três anos, indicando uma adaptação gradual ao longo do tempo. Alguns pacientes, entretanto, acreditavam que a reabilitação fixa total (também na arcada superior) iria melhorar ainda mais a função mastigatória. Estes pacientes receberam prótese fixa maxilar e avaliaram sua capacidade mastigatória como muito próxima à natural

(99%), ou seja, consideravam-se quase completamente reabilitados. Porém este ganho foi principalmente psicológico, pois os resultados dos testes funcionais realizados não mostraram melhora significativa que correspondesse às avaliações subjetivas. Os testes funcionais mostraram uma melhora mínima após o tratamento com implantes maxilares.

O uso de implantes na mandíbula com uma prótese total convencional na maxila é uma situação que garante condições para se atingir o máximo de sucesso. Os implantes na parte anterior da mandíbula têm uma taxa de sucesso superior aos da maxila e o uso de uma prótese total convencional no maxilar oposto limita a carga a que a prótese sobre implantes é submetida. Quando mandíbula e maxila recebem próteses fixas sobre implantes, ou quando a mandíbula reabilitada com implantes se opõe a dentes naturais, é necessária maior manutenção em comparação à reabilitação fixa sobre implantes que se opõe à prótese total convencional (DAVIS; PACKER; WATSON, 2003). No entanto, outros estudos relataram o oposto, afirmando que a maior resiliência da mucosa do maxilar anterior torna a base da prótese articulável, transferindo mais carga para a região posterior. E as forças mastigatórias são melhor distribuídas quando a prótese fixa implanto-retida tem como antagonista a dentição natural ou uma prótese fixa em vez de uma prótese removível (DUYCK et al., 2000; FALK; LAURELL; LUNDGREN, 1990; SCHWARZ et al., 2010).

Os pacientes mais jovens com a maxila edêntula preferem a reabilitação com prótese fixa retida por implantes. Mas problemas dessas próteses relacionados à fonética têm sido relatados (MERICSKE-STERN; TAYLOR; BLESSER, 2000; HEYDECKE et al., 2003; PROUSSAEFS, 2004). A mudança na capacidade fonética é plausível, pois a diferença entre a mucosa e a prótese interfere na fala (HEYDECKE et al., 2003). Estas próteses também comprometem o acesso para a higiene oral e das próteses (PROUSSAEFS, 2004). A incapacidade de se adaptar a próteses removíveis, devido a aspectos psicossociais e/ou condições morfológicas negativas da cavidade bucal indica o uso de próteses fixas (MERICSKE-STERN; TAYLOR; BLESSER, 2000).

5 DISCUSSÃO

A perda de todos os dentes gera um grande impacto para os indivíduos, causando uma diminuição na capacidade de realizar tarefas essenciais da vida, como comer e falar. Ocorre um decréscimo da capacidade mastigatória, que dificulta e limita a digestão dos alimentos, comprometendo o estado nutricional. Com a diminuição da habilidade para mastigar os alimentos, as pessoas alteram suas escolhas alimentares e o processo digestivo também é alterado. Isso pode levar à desnutrição e a um pior estado de saúde geral. Além disso, esta condição também afeta a fonação e a estética, podendo causar alterações psicológicas e a redução da qualidade de vida do indivíduo. Entretanto, mesmo apresentando características físicas e fisiológicas semelhantes, o edentulismo não leva a respostas padronizadas frente às sequelas. As pessoas reagem de diferentes maneiras frente a essa condição desfavorável.

Para algumas pessoas, a perda de todos os dentes pode gerar sentimento de luto, perda de autoconfiança, mudança de comportamento, vergonha, sensação de ter perdido parte de si mesmo. Outros conseguem lidar melhor e ter menos dificuldade em aceitar esta condição. Davis e colaboradores (2000) encontraram em seu estudo que 45% dos participantes tinham dificuldades de aceitar a situação edêntula. Em comparação com as pessoas que não tinham dificuldades de aceitar a situação, esses indivíduos são mais propensos a se sentir menos confiantes e mais inibidos. Também são menos capazes de aceitar as mudanças faciais inevitáveis que ocorrem com o edentulismo e demoram mais para aceitar a perda dentária. Trinta e seis por cento dessas pessoas não conseguiram aceitar a perda de seus dentes. É possível que os problemas de adaptação com as próteses sejam decorrentes dos efeitos emocionais da perda dentária e não de problemas da prótese.

A incapacidade resulta mais das pressões sociais e ambientais do que do impedimento físico. A intolerância em relação às próteses é influenciada mais pelo estigma do que pela severidade da reabsorção da crista residual. Por outro lado, pessoas com alto senso de coerência escolhem adaptar-se e lidar com as próteses, mesmo que dolorosas e instáveis, superando barreiras psicossociais determinando a aceitação de seus impedimentos. Felizmente, a maioria dos usuários de prótese

totais é capaz de lidar bem com sua incapacidade, se adaptando e mantendo uma boa qualidade de vida. Contudo, alguns portadores dessas próteses são atormentados pelo temor do embaraço e da rejeição e interpretam suas próteses como reflexão de seu declínio pessoal (MACENTEE, 2005).

A substituição dos dentes naturais nunca será completa na sua essência funcional, estética e emocional, pois os cirurgiões-dentistas podem apenas fazer próteses para os seus pacientes, das mais simples às mais complexas. Algumas possibilidades reabilitadoras são: prótese total dupla convencional, overdentures implanto-suportadas e próteses totais fixas implanto-retidas. Entretanto, não se pode afirmar que a prótese mais complexa é a melhor opção, porque estamos tratando de indivíduos, em toda a sua singularidade. Todas as opções de tratamento apresentam vantagens e desvantagens e os pacientes, mesmo apresentando as mesmas características orais e faciais, possuem perfis, necessidades, desejos e expectativas distintos. Muitas vezes pode-se oferecer o tratamento mais sofisticado, utilizando os melhores materiais disponíveis e o paciente não se sentir satisfeito com o resultado. Isso pode ocorrer porque ele não consegue se adaptar ou porque o tratamento não corresponde às suas expectativas. O mais difícil para o profissional é conseguir identificar o que é o melhor para cada paciente, por isso as decisões sobre o tratamento devem ser tomadas de acordo com as circunstâncias de cada paciente individualmente.

A prótese total convencional tem sido uma forma de tratamento consagrada e relativamente eficiente para muitos pacientes. Levando em consideração as mudanças demográficas e o aumento do número de indivíduos edêntulos, o tratamento com a prótese total tradicional continua sendo importante e é uma alternativa real e necessária para muitos pacientes (CARLSSON, 2005). A prótese total dupla é, na verdade, composta por duas próteses completamente diferentes. Os pacientes costumam se apresentar satisfeitos com a prótese superior. Faltam evidências que indiquem que a satisfação dos pacientes com overdentures implanto-suportadas é maior do que com próteses totais convencionais na maxila (PALLA; NITSCHKE, 2009). Entretanto, os pacientes frequentemente se mostram insatisfeitos com a prótese mandibular, que costuma apresentar problemas relacionados à estabilidade, retenção e função mastigatória (MEIJER et al., 1999). Os implantes osseointegrados têm a possibilidade de melhorar os imprevistos das próteses totais convencionais.

A performance mastigatória melhora significativamente com o uso de overdentures implanto-suportadas na arcada inferior (POCZTARUK et al., 2009b). No entanto, os pacientes tratados com estas próteses precisam de mais atenção e cuidados posteriores em comparação com pacientes que recebem próteses totais convencionais. O custo é o único fator que torna as próteses totais convencionais mais favoráveis (CARLSSON, 2005). Porém, apesar do maior custo e maior manutenção, a satisfação do paciente é significativamente maior com o uso de sobredentaduras suportadas por implantes (VISSER et al., 2006).

Quanto ao número de implantes, podem ser utilizados de um a quatro. O tratamento de pacientes edêntulos com overdentures retidas por quatro implantes é muito mais oneroso que o tratamento com overdentures sobre dois implantes, porém os custos envolvidos após sua inserção são muito poucos. Existe o consenso de que, para a grande maioria dos pacientes edêntulos, dois implantes intraforaminais são suficientes para uma overdenture mandibular bem-sucedida. O uso de um implante mandibular beneficia especialmente pacientes geriátricos com problemas severos nas próteses totais convencionais, porque o tratamento é acessível e relativamente simples do ponto de vista cirúrgico e protético (CARLSSON, 2005).

Os sistemas de retenção mais comuns utilizados para reter as overdentures são os tipo bola e barra-clipe. As taxas de sobrevida dos implantes não diferem em relação ao sistema de retenção e a literatura não é conclusiva em relação às comparações entre barra-clipe e encaixes tipo bola (CARLSSON, 2005). O tratamento com sobredentaduras sobre dois implantes retidos por uma barra parece ser o mais eficaz para os pacientes edentados em termos de desempenho clínico do implante, satisfação do paciente e relação custo-efetividade (MEIJER et al., 2009; STOKER et al., 2007; WISMEIJER; STOKER, 2005, p. 69). A overdenture sobre dois implantes é uma terapia valiosa que pode ser oferecida para todos, exceto para pacientes fisicamente debilitados. Elas melhoram consideravelmente a função, o conforto e a qualidade de vida dos pacientes edêntulos (TAYLOR, 2005).

Um ensaio clínico de Heydecke e colaboradores (2003) comparou overdentures implanto-suportadas e próteses totais fixas implanto-retidas. Satisfação geral, capacidade fonética e facilidade de limpeza foram classificadas como significativamente melhores com overdentures e não foram encontradas diferenças quanto à estabilidade, estética, conforto, oclusão e capacidade mastigatória entre os dois tratamentos. Os pacientes que escolheram próteses fixas

as descreveram como menos volumosas e mais estáveis e se sentiam mais seguros. As queixas relativas às overdentures eram de que muitas vezes partículas de alimentos e saliva ficavam acumuladas sob a base da prótese. Os resultados indicam que as overdentures maxilares com barra longa, sem palato são mais satisfatórias para a maioria dos pacientes do que próteses fixas.

Entretanto, o estudo de Brenan e colaboradores (2010), mostrou que indivíduos que receberam overdentures suportadas por implantes apresentaram menor satisfação global do que os pacientes que receberam próteses fixas. Os que julgaram estabilidade e capacidade mastigatória os fatores mais importantes, preferiram próteses fixas. Já os que consideravam facilidade de higienização mais importante, optaram por próteses removíveis. Os pacientes com próteses removíveis apresentaram redução significativa na satisfação geral, assim como menor satisfação com a capacidade mastigatória e a estética em relação aos pacientes com próteses fixas. Ainda assim, geralmente a satisfação do paciente é alta, tanto para overdentures quanto para próteses totais fixas. Zani e colaboradores (2009), não observaram diferença significativa entre os pacientes tratados com sobredentaduras e próteses fixas e todos se mostraram satisfeitos com a suas reabilitações.

Muitos fatores estão envolvidos na tomada de decisão em um tratamento protético. A escolha entre uma prótese fixa ou uma overdenture é influenciada pelos resultados e segurança do tratamento e pelos custos situação econômica do paciente, entre outros fatores. No passado, o custo mais elevado da prótese fixa em comparação com a overdenture era resultado da utilização de seis implantes para suportar a prótese fixa na mandíbula, em vez de dois a três implantes para uma sobredentadura. No entanto, atualmente sabe-se que quatro implantes são suficientes para suportar uma prótese fixa e há também a possibilidade de se utilizar três implantes para reter uma prótese fixa na mandíbula com bons resultados. Um número reduzido de implantes, juntamente com técnicas laboratoriais simplificadas, reduz o custo da prótese fixa consideravelmente, tornando a escolha entre a reabilitação fixa ou removível menos dependente da situação econômica (PALMQVIST; OWALL; SCHOU, 2004).

Além dos custos iniciais, os gastos com manutenção também devem ser considerados. Dependendo do material utilizado, os custos de manutenção parecem ser maiores para uma overdenture do que para uma prótese fixa. No estudo de

Palmqvist, Owall e Schou (2004), os resultados mostraram que o número médio de horas de trabalho clínico foi maior para overdentures, entretanto não houve grande diferença entre as duas propostas reabilitadoras. Despesas de laboratório similares e o fato de que a prótese fixa necessita de menos tempo clínico do que a overdenture, tornam os custos das duas alternativas de tratamento semelhantes e isso permitirá que a escolha da reabilitação protética dependa mais do julgamento dos profissionais e da preferência do paciente e menos dos custos.

Os pacientes edêntulos não representam apenas um segmento da população. O edentulismo se apresenta em adultos jovens, indivíduos de meia idade, em idosos e cada tipo de pessoa têm suas expectativas, demandas, necessidades e percepções sobre o tratamento. As condições desfavoráveis causadas por esta situação podem ser supridas de diversas maneiras, todas satisfatórias cabendo ao cirurgião-dentista unir o seu conhecimento técnico de confecção de peças protéticas às necessidades físicas, emocionais e sociais do candidato à reabilitação protética. A padronização do tratamento frente à tecnologia é perigosa e deve ser desconsiderada como pensamento prioritário. Sendo assim, a sensibilidade do profissional em reconhecer as características pessoais do paciente e sua individualidade é de extrema e fundamental importância para o sucesso e previsibilidade do tratamento reabilitador.

6 CONCLUSÃO

Analisando os diversos fatores, econômicos, psicossociais, físicos, fisiológicos e sistêmicos que envolvem a reconstrução protética de pacientes edêntulos, podemos concluir que: na arcada superior, uma prótese total apoiada sobre a mucosa parece preencher esses requisitos e, na arcada inferior, uma prótese removível apoiada por implantes parece ser a opção genericamente mais adequada para a reabilitação desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALLEN, P.F. et al. A randomized controlled trial of implant-retained mandibular overdentures. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 85, n. 6, p. 547-551, Jun. 2006.

ASSUNÇÃO, W.G. et al. Anatomia para-protética: importância em prótese total. **Rev. Fac. Odontol. Araçatuba**, Araçatuba, v. 25, n. 1, p. 57-64, jan./jun. 2004.

ATTARD, N.J.; ZARB, G.A. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant-fixed prostheses: The Toronto Study. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 17, n. 4, p. 417-424, Jul./Aug. 2004.

ATWOOD, D.A. Reduction of residual ridges in the partially edentulous patient. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 17, n. 4, p. 747-754, Oct. 1973.

AWAD, M.A.; FEINE, J.S. Measuring patient satisfaction with mandibular prostheses. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, n. 6, p. 400-405, Dec. 1998.

BARBATO, P.R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, ago. 2007.

BONACHELA, W. C.; ROSSETTI, P. H. O. **Overdentures. Das raízes aos implantes osseointegrados. Planejamentos, tendências e inovações.** São Paulo: Liv. Santos, 2002. p.3.

BRANEMARK, P.I. et al. Brånemark Novum: a new treatment concept for rehabilitation of the edentulous mandible. Preliminary results from a prospective clinical follow-up study. **Clin. Implant Dent. Relat. Res.**, Hamilton, Ont., v. 1, n. 1, p. 2-16, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 - 2003.** Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>. Acesso 05 abr. 2011.

BRENNAN, M. et al. Patient satisfaction and oral health–related quality of life outcomes of implant overdentures and fixed complete dentures. **Int. J. Oral Maxillofac. Implants**, v. 25, n. 4, p. 791-800, Jul./Aug. 2010.

BUDTZ-JÖRGENSEN, E. O paciente edêntulo. In: ÖWALL, B.; KÄYSER, A. F.; CARLSSON, G. E. (Ed.). **Prótese dentária: princípios e condutas estratégicas**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. Cap. 5, p. 65-79.

CALDAS JÚNIOR, A.F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 229-238, mai./jun. 2005.

CARLSSON, G.E.; LINDQUIST, L.W. Ten-year longitudinal study of masticatory function in edentulous patients treated with fixed complete dentures on osseointegrated implants. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 7, n. 5, p. 448-453, Oct. 1998.

CARLSSON, G.E. Diretrizes futuras. In: FEINE, J. S.; CARLSSON, G. E. (Ed.). **Overdentures sobre implantes. Critérios e cuidados para pacientes edêntulos**. São Paulo: Quintessence, 2005. Cap. 14, p. 145-154.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set./out. 2002.

DAVIS, D.M. et al. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. **Br. Dent. J.**, London, v. 188, n. 9, p. 503-506, May 2000.

DAVIS, D.; PACKER, M.E.; WATSON, R.M. Maintenance requirements of implant-supported fixed prostheses opposed by implant-supported fixed prostheses, natural teeth, or complete dentures: a 5-year retrospective study. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 16, n. 5, p. 521-523, Sept./Oct. 2003.

DUYCK, J. et al. Magnitude and distribution of occlusal forces on oral implants supporting fixed prostheses: an in vivo study. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 11, n. 5, p. 465-475, Oct. 2000.

EKELUND, J.A. et al. Implant treatment in the edentulous mandible: a prospective study on Brånemark System Implants over more than 20 years. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 16, n.6, p. 602-608, Nov./Dec. 2003.

ELLIS, J.S.; PELEKIS, N.D.; THOMASON, J.N. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. **J. Prosthodont.**, Philadelphia, v. 16, n. 1, p. 37-42, Jan./Feb. 2007.

ELLIS, J.S. et al. A randomized-controlled trial of food choices made by edentulous adults. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 19, n. 4, p. 356-361, Apr. 2008.

FALK, H.; LAURELL, L.; LUNDGREN, D. Occlusal interferences and cantilever joint stress in implant-supported prostheses occluding with complete dentures. **Int. J. Oral. Maxillofac. Implants**, United States, v. 5, n. 1, p. 70-77, Spring 1990.

FERREIRA, D.F. et al. Reabilitação funcional em paciente totalmente edêntulo com técnica alternativa de confecção de pistas deslizantes. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 43, n. 2, p. 37-41, abr./jun. 2007.

GEERTMAN, M.E. et al. Two-center clinical trial of implant-retained mandibular overdentures versus complete dentures – chewing ability. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 24, n. 1, p. 79-84, Feb. 1996.

GOTFREDSEN, K.; WALLS, A.W. What dentition assures oral function? **Clin. Oral Implants Res.**, v. 18, n. 3, p. 34-45, jun. 2007. Review. Erratum in: **Clin. Oral Implants Res.**, v. 19, n. 3, p. 326-8, Mar. 2008.

GUALINI, F. et al. Outcome of Brånemark Novum® implant treatment in edentulous mandibles: a retrospective 5-year follow-up study. **Clin. Implant Dent. Relat. Res.**, Hamilton, Ont., v. 11, n. 4, p. 330-337, Dec. 2009.

HELKIMO, E.; CARLSSON, G.E.; HELKIMO, M. Chewing efficiency and state of dentition. A methodologic study. **Acta Odontol. Scand.**, London, v. 36, n. 1, p. 33-41, 1978.

HEYDECKE, G. et al. Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant prostheses. Patient satisfaction and choice of prosthesis. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 14, n. 1, p. 125-130, Feb. 2003.

KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing maxillary complete denture. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 27, n. 2, p. 140-150, Feb. 1972.

LIDDELOW, G.; HENRY, P. The immediately loaded single implant-retained mandibular overdenture: a 36-month prospective study. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 23, n. 1, p. 13-21, Jan./Feb. 2010.

MACENTEE, M.I. O impacto do edentulismo na função e na qualidade de vida. In: FEINE, J. S. et al. (Ed.). **Overdentures sobre implantes: critérios e cuidados para pacientes edêntulos**. São Paulo: Quintessence, 2005. Cap. 3, p 23-28.

MALÓ, P.; RANGERT, B.; NOBRE, M. All-on-4 immediate-function concept with Branemark System® implants for completely edentulous maxillae: a 1-year retrospective clinical study. **Clin. Implant Dent. Relat. Res.**, Hamilton, Ont., v. 7, Suppl. 1, p. S88-S94, 2005.

MARCENES, W. et al. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 809-816, maio./jun. 2003.

MEIJER, H.J.A. et al. Implant-retained mandibular overdentures compared with complete dentures; a 5-years' follow-up study of clinical aspects and patient satisfaction. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 10, n. 3, p. 238-244, June 1999.

MEIJER, H.J.A. et al. Implant-retained mandibular overdentures: 6-year results of a multicenter clinical trial on 3 different implant systems. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 59, n. 11, p. 1260-1268, Nov. 2001.

MEIJER, H.J.A. et al. Mandibular overdentures supported by two Branemark, IMZ or ITI implants: a ten-year prospective randomized study. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 36, n. 9, p. 799-806, Sept. 2009a.

MEIJER, H.J.A. et al. Mandibular overdentures supported by two or four endosseous implants: a 10-year clinical trial. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 20, n. 7, p. 722-728, July 2009b.

MENDONÇA, D.B.S. et al. Comparison of masticatory function between subjects with three types of dentition. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 22, n. 4, p. 399-404, July/Aug. 2009.

MERICSKÉ-STERN, R.D.; TAYLOR, T.D.; BELSER, U. Management of the edentulous patient. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 11, Suppl. 1, p. 108-125, Sept. 2000.

MOJON, P.; THOMASON, J.M.; WALLS, A.W.G. The impact of falling rates of edentulism. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 17, n. 4, p. 434-440, July/Aug. 2004.

MOJON, F. O mundo sem dentes: tendências demográficas. In: FEINE, J. S.; CARLSSON, G. E. (Ed.). **Overdentures sobre implantes**: critérios de cuidados para pacientes edêntulos. São Paulo: Quintessence, 2005. Cap.1, p. 03-14.

MORAIS, J.A. et al. The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 82, n. 1, p. 53-58, Jan. 2003.

MOREIRA, N. et al. Prevalência de edentulismo em descendentes de pomeranos. **Rev. Gaúch. Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 219-223, abr./jun. 2010.

MUSACCHIO, E. et al. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. **Acta Odontol. Scand.**, London, v. 65, n. 2, p. 78-86, Apr. 2007.

OLIVEIRA, T.R.C.; FRIGUERIO, M.L.M.A. Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. **Gerodontology**, England, v. 21, n. 4, p. 205-208, Dec. 2004.

PALLA, S.; NITSCHKE, I. The complete denture – museum object with a future?. In: ROULET, J. F., KAPPERT, H. (Ed.). **Statements. Diagnostics and therapy in dental medicine today and in the future**. London: Quintessence, 2009. Cap. 11, p. 145-160.

PALMQVIST, S.; ÖWALL, B.; SCHOU, S. A prospective randomized clinical study comparing implant-supported fixed prostheses and overdentures in the edentulous mandible: prosthodontic production time and costs. **Int. J. Prosthodont.**, v. 17, n. 2, p. 231-235, Mar./Apr. 2004.

PAN, S. et al. Does mandibular edentulous bone height affect prosthetic treatment success? **J. Dent.**, v. 38, n. 11, p. 899-907, Nov. 2010.

POCZTARUK, R.L. et al. Satisfaction level and masticatory performance of patient rehabilitated with implant-supported overdentures. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 24, n. 2, p. 109-115, abr./jun. 2009a.

POCZTARUK, R.L. et al. Avaliação da mastigação em pacientes com dentição natural e usuários de prótese total suportada por implantes. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 38, n. 3, p. 169-74, mai./jun. 2009b.

PROUSSAEFS, P. Clinical and laboratory steps for the fabrication of a fixed, cement-retained, implant-supported, complete-arch maxillary prosthesis. **Int. J. Periodont. Res. Dent.**, v. 24, n. 4, p. 344-351, Aug. 2004.

PUCCA JR., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Cien. Saúde Col.**, v. 11, n. 1, p. 243-246, jan./mar. 2006.

SCHWARZ, S. et al. Early loading of implants with fixed dental prostheses in edentulous mandibles: 4.5-year clinical results from a prospective study. **Clin. Oral Impl. Res.**, v. 21, n. 3, p. 284, 289, Mar. 2010.

SHEIHAM, A. et al. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; findings from the national diet and nutrition survey of older people in Great Britain. **Gerodontology**, v. 16, n. 1, p. 11-20, Jul. 1999.

SLAGTER, A.P. Masticatory ability, denture quality, and oral conditions in edentulous subjects. **J. Prosthet. Dent.**, v. 68, n. 2, p. 299-307, Aug. 1992.

SOUZA E SILVA, M.E. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciê. Saúde Col.**, v. 15, n. 3, p. 841-850, maio 2010.

STELLINGSMA, K. et al. Satisfaction and psychosocial aspects of patients with an extremely resorbed mandible treated with implant-retained overdentures. A prospective, comparative study. **Clin. Oral Impl. Res.**, v. 14, p. 166-172, 2003.

STOKER, J.T.; WISMEIJER, D.; VAN WASS, M.A.J. An eight-year follow-up to a randomized clinical trial of aftercare and cost-analysis with three types of mandibular implant-retained overdentures. **J. Dent. Res.**, v. 86, n. 3, p. 276-280, Mar. 2007.

TAYLOR, T.D. Indicações e plano de tratamento para as overdentures sobre implantes na mandíbula. In: FEINE, J. S.; CARLSSON, G. E. (Ed.). **Overdentures sobre implantes. Critérios e cuidados para pacientes edêntulos**. São Paulo: Quintessence, 2005. Cap. 9, p. 71-81.

TELLES, D. et al. O exame do paciente edentado. In:_____. **Prótese total convencional e sobre implantes**. São Paulo: Editora Santos, 2009a. Cap. 2, p. 17-53.

TELLES, D. et al. Estética e reintegração social. Conceitos Fundamentais. In:_____. **Prótese total convencional e sobre implantes**. São Paulo: Editora Santos, 2009b. Cap. 7, p. 157-163.

TELLES, D. et al. Sistemas de retenção para sobredentaduras. In:_____. **Prótese total convencional e sobre implantes**. São Paulo: Editora Santos, 2009c. Cap. 19, p. 365-422.

TRINDADE, M.O.; ANTUNES, T.C. Atendimento clínico imediato em paciente bruxista desdentado total. **Int, J. Dent.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 141-145, Out./Dez. 2007.

TURANO, J.C.; TURANO, L.M. Introdução ao estudo da prótese dentária. In:_____. **Fundamentos de Prótese Total**. 8 ed. São Paulo: Editora Santos, 2007a. Cap. 1, p. 1-8.

TURANO, J.C.; TURANO, L.M. Exame da Cavidade Bucal. In:_____. **Fundamentos de Prótese Total**. 8 ed. São Paulo: Editora Santos, 2007b. Cap. 7, p. 93-119.

VAN WASS, M.A.J. The influence of psychological factors on patient satisfaction with complete dentures. **J. Prosthet. Dent.**, v. 63, n. 5, p. 545-8, May. 1990.

VISSER, A. et al. Implant-retained mandibular overdentures versus conventional dentures: 10 years of care and aftercare. **Int. J. Prosthodont.**, v. 19, n. 3, p. 271-278, May./Jun. 2006.

WISMEIJER, D.; STOKER, G.T. Comparação das estratégias de tratamento para as overdentures sobre implantes. In: FEINE, J. S.; CARLSSON, G. E. (Ed.). **Overdentures sobre implantes. Critérios e cuidados para pacientes edêntulos**. São Paulo: Quintessence, 2005. Cap. 8, p. 61-70.

WOLF, M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 307-316, Jul./Ago. 1998.

ZANI, S.R. et al. Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. **J. Oral Science**, v. 51, n. 4, p. 535-543, Dec. 2009.

ZARB, G.A. Proceedings of the Toronto Conference on Osseointegration in clinical dentistry. University of Toronto, 1982.

ZARB, G. A. A situação edêntula. In: _____. **Tratamento protético para os pacientes edêntulos. Próteses totais convencionais e implantossuportadas.** 12. ed. São Paulo: Santos, 2006a. Cap. 1, p. 3-5.

ZARB, G. A. Biomecânica do estado edêntulo. In: _____. **Tratamento protético para os pacientes edêntulos.** próteses totais convencionais e implantossuportadas. 12. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2006b. Cap. 2, p.6-23.

ZARB, G. A.; ECKERT, S. E.; MERICSKE-STERN, R. Próteses implantossuportadas para os pacientes edêntulos. In: ZARB, G.A. **Tratamento protético para os pacientes edêntulos. Próteses totais convencionais e implantossuportadas.** 12. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2006c. Cap. 25, p. 483-488.