

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LARISSA FRANCIELY APARECIDA SILVA
LORENA MARIELY APARECIDA SILVA**

**PRÓTESE DENTÁRIA CONVENCIONAL NA
TERCEIRA IDADE**

**PATOS DE MINAS
2015**

**LARISSA FRANCIELY APARECIDA SILVA
LORENA MARIELY APARECIDA SILVA**

**PRÓTESE DENTÁRIA CONVENCIONAL NA
TERCEIRA IDADE**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Ms. Esp. Lia Dietrich

**PATOS DE MINAS
2015**

PRÓTESE DENTÁRIA CONVENCIONAL NA TERCEIRA IDADE: O uso e a necessidade da prótese e os reflexos na qualidade de vida

Larissa Franciely Aparecida Silva e Lorena Mariely Aparecida Silva*

Profª. Ms. Esp. Lia Dietrich**

RESUMO

O processo de envelhecimento e as alterações funcionais podem influenciar na saúde bucal e no uso de próteses totais e removíveis em pacientes idosos. Com o passar dos anos eles apresentam limitações e sem o conhecimento correto a saúde bucal se torna precária e deficiente. A Odontogeriatrics surge para enfatizar o cuidado bucal da população idosa, especificamente participando da promoção do envelhecimento saudável, através de procedimentos preventivos, curativos e paliativos. Assim, os Cirurgiões-dentistas conseguem diferenciar o que faz parte do envelhecimento normal, indicar tratamentos e propor soluções. Com a perda precária dos dentes, o edentulismo está cada vez mais relacionado com a saúde geral do idoso. Com a ausência destes dentes o estado nutricional fica totalmente debilitado, surgindo assim a necessidade do uso das próteses convencionais, estas acabam substituindo os dentes perdidos, mas nunca chegarão às funções dos dentes naturais. Foi abordado neste trabalho um caso clínico de uma senhora de 60 anos que reabilitará seus dentes com prótese parcial removível superior e inferior devido à perda dos dentes naturais influenciados pela idade e doença periodontal. Serão relatados todos os dados e fotografias do caso, podendo avaliar o antes e depois da paciente. Apresentaremos por meio de panfletos, informações sobre a saúde bucal, tipos de próteses, cuidados e manutenção com a prótese dentária.

Palavras-chave: Envelhecimento. Odontogeriatrics. Edentulismo

*Alunas do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). e-mail lah_odontologia2011@hotmail.com e lohmarially2011@hotmail.com.

**Professora da disciplina de Escultura dental, Oclusão e Prótese Dentária no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Prótese dentária pelo Conselho Federal de Odontologia e Mestre em Reabilitação Oral pela Faculdade Federal de Uberlândia (UFU). e-mail lia_dietrich@yahoo.com.br.

ABSTRACT

The aging process and functional alterations can influence oral health and in the use of total and removable prosthesis in elderly patients. Over the years, they present limitations and without correct knowledge; oral health becomes precarious and handicapped. Geriatric dentistry arises to emphasize the oral care of the elderly population, specifically participating in promoting healthy aging through preventive, curative and palliative procedures. Thereby, Dental surgeons can distinguish what is part of normal aging, indicate treatments and propose solutions. With precarious tooth loss, edentulism is every time more related to the overall health of the elderly. With the absence of these teeth, the nutritional state becomes totally debilitated. So arises the need for the use of conventional prostheses, which end up replacing the lost teeth, but never reach the functions of natural teeth. We will approach in this paper a clinical case of a 60 year old lady whom shall have her teeth rehabilitated with superior and inferior removable partial prosthesis due to loss of natural teeth influenced by age and periodontal disease. All data and event photographs will be reported, enabling evaluation of the patient's before and after. Along with this case report, we will present through pamphlets, information on oral health, types of prostheses, care and maintenance with dental prosthesis.

Keyword: Aging. Geriatric Dentistry. Edentulism.

1 INTRODUÇÃO

Em 2025 segundo as estimativas, no mundo haverá mais de 822 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos. Pensando nisso o profissional de saúde necessitará de mais conhecimentos em relação à saúde geral e bucal da terceira idade, para que essa faixa etária possa ser atendida com mais atenção. ⁽¹⁾

A saúde geral é um fator a ser considerado no manejo do paciente geriátrico, pois ela pode refletir na saúde bucal. O processo de envelhecimento envolve fenômenos biológicos, como mudanças sofridas pelos tecidos. ⁽²⁾ Com o passar dos anos, o organismo diminui suas funções e o idoso passa a ter algumas debilidades que antes não eram vistas. A falta de conhecimento e atitude em relação à saúde bucal se torna precária e deficiente levando a perda dentária. ⁽³⁾

Para proporcionar melhor qualidade de vida à população idosa, a atenção à saúde bucal deve melhorar. E a odontologia entra como papel fundamental onde o cuidado com a saúde bucal resulta em uma vida mais saudável, sem comprometimento psicológico e social. ⁽⁴⁾

A Odontogeriatrics surge para prevenir e tratar doenças bucais que podem comprometer a saúde geral desta população. O Cirurgião-dentista deve estar atento, buscando abranger seus conhecimentos na área da Odontogeriatrics, possibilitando um rápido e correto diagnóstico e qualidade no serviço prestado a esse público. ⁽⁵⁾

O edentulismo, especificamente causa grandes transtornos afetando a vida social, e principalmente refletindo no bem-estar. Com esse intuito, as próteses totais e parciais convencionais são formas de tratamentos consagradas, e relativamente baratas em relação aos implantes dentários e reversível, permitindo o paciente decidir se este é o melhor atendimento. Levando em consideração as mudanças demográficas e o aumento do número de indivíduos edêntulos, o tratamento com essas próteses tradicionais continua sendo a realidade e é necessária para muitos pacientes. ⁽⁶⁾

Como objetivo geral, serão analisados os fatores que levaram a terceira idade ao uso das próteses dentárias e os benefícios oferecidos por meio destas, como incentivo e qualidade de vida.

1.2 Justificativa

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional muito rápido e intenso onde surge a necessidade em atender a população idosa de forma mais ampla, com objetivo de melhorar a qualidade de vida. Na área da saúde bucal, a cárie dentária e a doença periodontal são apontadas como as maiores causas da perda dentária. ⁽⁷⁾

A saúde bucal aparece como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionado com o dia-a-dia, como o trabalho, o acesso aos serviços de saúde bucal, bem como as informações em relação aos cuidados com a boca e os benefícios trazidos por ela. ⁽⁸⁾

O autodiagnóstico em relação a medicamentos que podem levar a efeitos colaterais na saúde geral, e as mutilações dentárias, têm levado essa população à perda dentária precoce, que na maioria das vezes não é vista como problema. ⁽⁹⁾

Na Odontologia, a preocupação com os idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e esta, à saúde geral dos indivíduos. ⁽¹⁰⁾ Com a perda dos dentes, o idoso passa a ter dificuldades em se alimentar, optando por alimentação líquida e pastosa, sem teor

nutricional. ⁽¹¹⁾ A higienização torna-se precária, levando a necessidade de tratamentos que às vezes não são feitos devido à falta de conhecimento dos mesmos. ⁽²⁾

A satisfação do paciente está relacionada à qualidade da prótese, experiências passadas de prótese dentária e ao seu perfil psicológico. A prótese dentária acaba substituindo os dentes que foram perdidos, mas nunca chegará a ser como os dentes naturais, o que às vezes levam a uma condição de não adaptação ou não conforto do paciente. ⁽¹²⁾

1.3 Metodologia

Com vistas ao atendimento dos objetivos desse estudo, definiu-se como trajetória metodológica, um levantamento bibliográfico e o uso de análises e exemplos que estimulem a compreensão. A abordagem do problema será qualitativa, pois iremos trabalhar com descrições, comparações e analisar conceitos e exemplos em relação à prótese dentária na terceira idade.

Abordaremos um caso clínico realizado na Policlínica da Faculdade Patos de Minas (FPM), sobre a confecção de uma prótese parcial removível (PPR) superior e inferior em uma paciente acima dos 60 anos. Foi realizada a divulgação de panfletos para conscientizar a terceira idade quanto à importância da manutenção dos dentes e os cuidados com a prótese dentária total e parcial. Nosso trabalho será elaborado a partir de um material já publicado por meio de livros, artigos, monografias e teses.

Como critérios para seleção dos artigos para composição da matéria prima deste estudo elegeram-se: artigos escritos em português no período de 1980-2015, e somente estudo de revisão de literatura.

Para tanto, a busca foi realizada nas seguintes bases de dados: scielo, Google acadêmico. Tendo como período para sua realização em Outubro de 2015.

Os artigos foram levantados a partir dos seguintes descritores:

- Terceira idade;
- Qualidade de vida;
- Perda dos dentes;
- Prótese total e parcial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos anos, a saúde e a doença, longevidade e mortalidade têm influenciado diretamente na expectativa de vida e no número de idosos que ainda mantêm e preservam seus dentes naturais. ⁽¹⁴⁾

O desafio mais importante nos dias de hoje é proporcionar melhores condições em relação à saúde geral da população idosa, e a saúde bucal desempenha papel fundamental, melhorando a qualidade de vida. O que significa qualidade de vida? Consiste em sentir bem consigo mesmo, com os familiares, com o ambiente, ou seja, com tudo que envolve o ser humano. ⁽¹⁴⁾

A falta de conhecimento, de recursos financeiros, precariedade, dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, e os procedimentos iatrogênicos praticados pelos profissionais de saúde têm levado a perda dentária precoce. ⁽¹⁵⁾ A cavidade bucal acaba influenciando na qualidade de vida, pois afeta psicologicamente, socialmente e biologicamente quando em más condições, diminuindo a autoestima e a dificuldade em se comunicar e interagir com o próximo. ⁽¹⁶⁾

As ausências dentárias entre os pacientes jovens vêm diminuindo ano após ano, mas essa melhoria ainda não chegou à terceira idade, visto que a população idosa carente não requer conhecimentos em relação à saúde bucal e acabam perdendo os dentes e achando que isto é algo normal e natural durante o envelhecimento. ⁽¹⁶⁾

Ter uma comunicação direta com o paciente idoso acaba tornando um quesito muito importante, pois precisamos ser aquele profissional que não cuida somente da boca ou se importa com ela, mas que se preocupa com as pessoas em geral. ⁽¹⁷⁾

A Odontogeriatrics deve buscar atender de forma mais ampla, preocupando-se com a saúde bucal de forma holística, interpretando e interagindo com a saúde geral da população idosa, visto que nos idosos, a perda dentária e a capacidade mastigatória estão intimamente ligadas às condições nutricionais e desta forma acabam afetando na qualidade de vida. ⁽¹⁸⁾

É importante entender que o idoso é um ser senil, que deve ser avaliado sob condições psiconeurológicas, pois todo ser humano se torna mais suscetível a doenças à medida que envelhece, o que os torna pacientes de maior complexidade

para o atendimento clínico. Portanto, a atuação de uma equipe multiprofissional se torna fundamental, com uma visão integral e com o objetivo de melhor atender o paciente geriátrico. ⁽¹⁾

Felizmente, a maioria dos usuários de próteses convencionais são capazes de se adaptar, sem muita preocupação com a qualidade de vida, mais há outros usuários que sofrem com a dor, baixa autoestima e baixa qualidade de vida. ⁽¹⁹⁾ A reabilitação com as próteses dentárias deve devolver a função mastigatória, bem como a fonética e uma aparência agradável aos olhos de quem vê. ⁽¹⁹⁾ Todavia, o sucesso dessa reabilitação depende da adaptação e aceitação por parte do paciente/usuário. Portanto, o Cirurgião-dentista deve conversar e explicar os fatores que envolvem a prótese dentária antes de realizar qualquer procedimento. ⁽²⁰⁾

2.1 Epidemiologia

Os primeiros dados no Brasil sobre a condição de saúde bucal foram coletados em 1986, onde as extrações em massa eram frequentes e a necessidade da reabilitação com as próteses dentárias aumentava. ⁽²¹⁾

Segundo dados epidemiológicos, em 2000 a expectativa de vida média no mundo para homens e mulheres chegava há 63,3 anos e 67,6 anos. Em países desenvolvidos essa média elevava-se para 71,1 e 78,7 homens e mulheres. Já nos países em desenvolvimento ela diminuía para 61,8 e 65 anos. ⁽²²⁾

Durante uma avaliação entre adolescentes, adultos e idosos a partir da necessidade de reabilitação protética, na terceira idade entre 65 e 74 anos, 23,9% necessitam da reabilitação com prótese total em um dos maxilares e 15,4% nos dois, sendo a perda dentária um dos principais agravos ocorridos nessa faixa etária diminuindo a qualidade de vida desses idosos. ⁽²³⁾

Nos países desenvolvidos, a terceira idade chega de 15% a 18% da população total; nos países em desenvolvimento, de 5% a 8% e nos subdesenvolvidos a mesma porcentagem encontrada nos países em desenvolvimento. ⁽²⁴⁾

Para um país ser considerado envelhecido, a quantidade de idosos deve atingir 7 % da população em todo mundo. O último levantamento realizado em 2002 relatou que a expectativa de vida para homens e mulheres chegou há 64,8 anos e 72,6 anos respectivamente. ⁽²⁵⁾

As especulações quanto ao envelhecimento são muitas, sendo que a principal é a alta velocidade com que esse processo progride. Enquanto França e Suécia necessitariam de 115 e 85 anos para que seu percentual de idosos duplicasse de 7% para 14% da população, estima-se que no Brasil isto seja obtido em apenas 35 anos (1990 a 2025). Assim o Brasil passará de 11º para 7º na posição mundial em números absolutos de idosos. ⁽²⁶⁾ À medida que ocorre o envelhecimento da sociedade, há um aumento no tempo de vida das pessoas. A longevidade é uma conquista do desenvolvimento criado pelo homem. Mas essa conquista vem sendo acompanhada de circunstâncias que acabam por transformar o viver em um pesadelo sombrio. ⁽¹⁾

2.2 O envelhecimento e a saúde bucal

A saúde bucal é a parte da saúde geral essencial para o bem-estar das pessoas. Ela possibilita segundo a OMS, falar, sorrir, beijar, saborear, mastigar, deglutir. ⁽²⁾

Com o aumento da idade há uma maior prevalência de doenças bucais. Na terceira idade as patologias orais mais frequentes são a doença periodontal e a cárie dentária, que são as principais causas da perda dentária. ⁽⁹⁾ As perdas dentárias (figura 1) levam a problemas no âmbito funcional, psicológico e social. Muito prevalente em idosos, sua principal causa é devido ao consumo de tabaco, a utilização insuficiente dos serviços odontológicos, o baixo nível socioeconômico e um período de institucionalização elevado. ⁽⁹⁾



Figura 1: perda dentária em paciente terceira idade.

Fonte: (9)

A saliva ajuda na proteção dos tecidos bucais, lubrificando a mucosa, prevenindo a desmineralização e promovendo a remineralização dos dentes. As alterações nas glândulas salivares podem provocar a xerostomia (boca seca) como mostra a figura 2, dificultando a digestão e ingestão de alimentos. Com o envelhecimento as glândulas salivares seguem um processo de degeneração avançada, provocando uma diminuição da quantidade e viscosidade de saliva secretada, a em repouso. Um dos seus fatores é a utilização de medicamentos para hipertensão, depressão, ansiolíticos e a terapia radioativa para tratamento de câncer. ⁽¹⁰⁾



Figura 2: xerostomia.

Fonte: (9)

Na população idosa é esperada a perda de alguma inserção periodontal e de osso alveolar. Contudo, a atribuição da causa das alterações periodontais apenas ao envelhecimento não é suficiente para condicionar uma perda óssea significativa que leve a perda dentária, sobretudo em adultos saudáveis. ⁽¹⁰⁾

Por outro lado, na presença da periodontite, um aumento da perda óssea pode ser influenciado por alterações nas células dos tecidos periodontais induzidas pelo envelhecimento. Os efeitos do envelhecimento a este nível podem associar-se a vários mecanismos, como a intensificação da resposta periodontal a estímulos mecânicos e bacterianos, com a produção de citocinas inflamatórias envolvidas na reabsorção óssea, bem como a redução significativa da formação óssea ou a problemas endócrinos associados ao metabolismo ósseo, comuns na população idosa, particularmente a deficiência em vitamina D, a osteoporose e a osteopenia. ⁽¹⁰⁾

A elevada prevalência e a gravidade da doença periodontal (figura 3), em idosos foi correlacionada com maus hábitos de higiene oral que condicionam a acumulação de placa bacteriana e conseqüentemente o desenvolvimento da doença periodontal, nomeadamente de inflamação gengival e de perda da inserção periodontal. Esta situação é comum em idosos, principalmente naqueles em que há perda da coordenação motora. ⁽¹⁰⁾



Figura 3: doença periodontal.

Fonte: (10)

A capacidade gustativa também diminui com a idade, em especial nas pessoas mais velhas, acometendo cerca de 80% dos indivíduos acima dos 50 anos. ⁽⁹⁾ Isso ocorre porque os botões gustativos na papila diminuem significativamente. Com a melhora da higienização, há um aumento da percepção do gosto doce e salgado pelo indivíduo. Este achado é de extrema significância, pois o sal e o açúcar geralmente são ingredientes restritos nas dietas recomendadas para pessoas idosas, principalmente nos casos de diabéticos e hipertensos. ⁽⁹⁾

O acúmulo de restos alimentares na terceira idade tem ocasionado à língua saburrosa como mostra a figura 4, observada em 15% dos idosos. Ocorrendo mais no sexo masculino, ela está ligada com a pneumonia aspirativa e mau hálito. O seu tratamento é eficiente com os limpadores linguais. ⁽¹⁰⁾

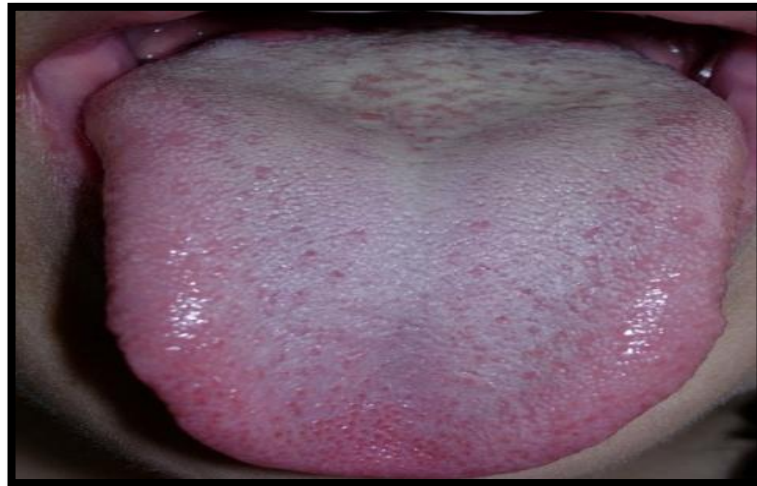


Figura 4: saburra lingual.

Fonte: (10)

O profissional deve estar ciente de que a terceira idade necessita de mais cuidado e atenção, ampliando os estudos e pesquisas para essa área onde ajudará a resolver problemas relacionados à saúde bucal da terceira idade. ⁽²⁹⁾

2.3 Odontogeriatría

A Odontologia precisa trabalhar com o idoso não pensando somente no cuidado bucal, mas também pensando em aumentar o tempo de vida dessa população, mantendo e preservando seu sorriso e a alegria de viver, levando a uma qualidade de vida mais saudável. ⁽³⁰⁾

Pensando nisso, a Odontologia adotou como nomenclatura mais apropriada o termo Odontogeriatría, que se refere à especialidade que estuda os fenômenos decorrentes do envelhecimento que também têm repercussão na boca e em suas estruturas associadas, bem como a promoção de saúde, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de enfermidades bucais e do sistema estomatognático do idoso. ⁽³¹⁾

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto. Quando a saúde bucal é comprometida, ela pode desencadear algumas alterações. Na nutrição, como por exemplo, pouca ingestão de alimentos nutritivos, fisicamente levando a dificuldade de higienização e o desenvolvimento de doença

bucal, e mentalmente, diminuindo a vontade de interagir com o próximo e o prazer de uma vida social ativa. ⁽³⁰⁾

O envelhecimento vem se tornando progressivo, ou seja, devemos buscar melhores qualidades de vida para a população idosa. Hoje em dia o Cirurgião-dentista não é preparado na universidade para o atendimento no consultório nem para o desenvolvimento de projetos públicos que promovam a saúde bucal dos idosos. ⁽²⁹⁾

O Cirurgião-dentista também deve estar em contato direto com o médico geriatra, com o intuito de avaliar a administração de drogas, visto que o idoso faz uso de alguns medicamentos que apresentam efeitos colaterais, ou mesmo, provocam alterações no nível de saúde geral. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é de manter os pacientes em níveis de saúde bucal que não afetem a saúde geral e nem leve a problemas psicológicos. ⁽²⁾



Figura 5: Odontogeriatría.

Fonte: (30)

2.4 Impacto da perda dentária na qualidade de vida

Antigamente ocorriam muito as mutilações dentárias, onde a solução para a dor era a extração dentária. Mais adiante optaram por procedimentos onde o dente era reabilitado sem precisar fazer as extrações. No século XX, preocuparam por procedimentos que prevenissem a instalação de tal doença onde buscavam reabilitar os dentes comprometidos. ⁽²⁷⁾ Hoje, a odontologia busca a qualidade de

vida através da prevenção e reação dos dentes, proporcionando a manutenção correta dos dentes na boca. ⁽²⁴⁾ O edentulismo era visto como um fenômeno natural do envelhecimento. Mais hoje, isso reflete na falta de prevenção e atitudes quanto ao conhecimento e aos cuidados com a saúde bucal. ⁽¹⁰⁾

A falta de cuidado com a higiene bucal principalmente na terceira idade tem levado ao acúmulo de placa bacteriana e posteriormente a doença periodontal oque resulta na perda dentária e grande número de idosos necessitando da reabilitação com prótese dentária. ⁽²⁶⁾

A maioria das pessoas que perdem os dentes não apresentam recursos financeiros para recompor as perdas por meio de próteses dentárias. ⁽³²⁾ Assim, a qualidade de vida pode ser afetada, prejudicando no dia-a-dia. ⁽²⁴⁾ A perda dos dentes, além de prejudicar a capacidade mastigatória, a estética e fonética, leva a uma diminuição dos estímulos durante a mastigação. ⁽²⁴⁾ Como a habilidade do paciente em mastigar diminui, suas escolhas alimentares podem levar a uma desnutrição. Um indivíduo com todos os dentes tem sua capacidade de mastigação 100%, com a prótese total ela passa para 25%. ⁽²⁴⁾

A perda dos dentes pode ser vista como a perda da identidade social, familiar, bem como a própria identidade pessoal. Quando eles não se sentem dentro do modelo de vida atual, se retraem e podem demonstrar isolamento social. ⁽³³⁾

Em nossa sociedade, a aspecto físico é muito importante e quando as pessoas não chegam ao nível desejado, tornam-se vulneráveis aos sentimentos de depressão e angústia. ⁽³³⁾ Os indivíduos desdentados ou usuários de próteses sentem-se em desvantagem em relação aos portadores de dentes naturais. ⁽¹⁵⁾

A qualidade da saúde bucal de parte da população está longe do ideal. Segundo o levantamento epidemiológico de saúde bucal em 2010, considera a perda dentária como um dos fatores mais importantes da saúde bucal da terceira idade. ⁽³⁴⁾ Com a perda dos dentes, parcial ou total, surge à necessidade do uso da prótese dentária para substituir os dentes perdidos. A perda dos dentes leva ao desamparo e diminuição da autoestima e, na procura do profissional para a confecção das próteses dentárias o paciente tenta refazer a imagem que ele tinha antes da perda dos dentes, tentando recuperar o equilíbrio social, onde na maioria das vezes aquela imagem não é reconstruída. ⁽³³⁾

2.5 Reabilitações do desdentado

Segundo o Comitê da Associação das Escolas Odontológicas,

Prótese é a ciência e a arte de prover substitutos convenientes para a porção coronária dos dentes, ou para um ou mais dentes perdidos e para suas partes associadas, de maneira a restaurar as funções perdidas, aparência estética, conforto e a saúde do paciente. ⁽³⁵⁾

Como ramo da Medicina, a Odontologia tem na prótese sua expressão mais médica, quando substitui no corpo humano um segmento anatômico perdido. Os protéticos em geral, são de uma habilidade espantosa, mais lhes faltam conhecimentos científicos no processamento de seus trabalhos. Por isso, ao confeccionar uma prótese esta deve ser analisada e ajustada pelo Cirurgião-dentista. ⁽³⁶⁾

A prótese dentária tem como função substituir, total (figura 7) ou parcialmente (figura 6), um ou mais dentes ausentes, por um elemento artificial, levando em consideração a reabilitação de vários aspectos do indivíduo, ausentes com o processo da perda do elemento dentário, que afeta em níveis físico, funcional e psicológico. ⁽³⁵⁾



Figura 6: prótese parcial removível (PPR).

Fonte: (37)



Figura 7: prótese total (dentadura).

Fonte: (36)

2.5.1 Benefícios das próteses dentárias

O bom funcionamento do nosso organismo depende de vários fatores. Em relação ao sistema mastigatório, a prótese dentária além de repor os dentes perdidos, devolve a mastigação, a deglutição e até melhoria na fala. O sorriso transparece, além de melhorar a autoestima. ⁽³⁷⁾

2.5.2 Prótese Total

A prótese dentária total substitui, além de ambos os arcos dentários perdidos, a fibromucosa gengival e devolve ao paciente a recomposição do sistema estomatognático, e também o bem estar bio psíquico e social. ⁽³⁶⁾

A Odontologia vem buscando cada vez mais, através dos avanços tecnológicos meios que tragam a estética bucal de volta. Para falar de estética bucal, é preciso entender que a boca faz parte da face e que qualquer modificação nos dentes pode fazer com que sua expressão melhore e se adapte harmoniosamente ao conjunto, ou, pelo contrário, piore. ⁽³⁷⁾

O objetivo de confeccionar a prótese total é fornecer ao paciente uma aparência agradável, mantendo a fonética apropriada, restabelecendo a oclusão correta e fornecendo meios adequados para a mastigação dos alimentos, sendo que, quando criteriosamente confeccionadas, a maioria dos pacientes expressa satisfação com este tipo de prótese. ⁽³⁶⁾

O relacionamento do profissional com o paciente deverá ser o melhor possível. O Cirurgião-dentista deve buscar diminuir as preocupações dos pacientes, esclarecendo que seus temores podem ser superestimados e que o uso da prótese poderá trazer uma satisfação adequada. ⁽²⁰⁾

As próteses totais convencionais elaboradas na clínica odontológica, buscando como exemplo a Faculdade Patos de Minas (FPM), são realizada da seguinte maneira:

1. moldagem anatômica, utilizando uma moldeira de estoque para desdentado (figura 8), com alginato para obtenção do modelo de estudo (figura 9). Em seguida, vazamento em gesso tipo pedra III e o delineamento da área a ser trabalhada (figura 9.1).
2. Confeção da moldeira individual em resina acrílica auto ou fotopolimerizável (figura 9.2).
3. Moldagem funcional com a pasta zincoenólica (figura 9.3).
4. Confeção da base de prova em cera utilidade (figura 9.4).
5. Ajuste de planos de referência observando a estética, e as relações intermaxilares.
6. Montagem e prova dos dentes artificiais, sendo que nesta fase será observada a satisfação e harmonia dos dentes na boca do paciente (figura 9.5).
7. Acrilização, deixando essa etapa ao protesista.
8. Entrega da prótese onde será realizado o ajuste oclusal e as orientações são passadas quanto a manutenção e preservação (figura 9.6).



Figura 8: desdentado total.

Fonte: (36)



Figura 9: moldagem de estudo.

Fonte: (36)

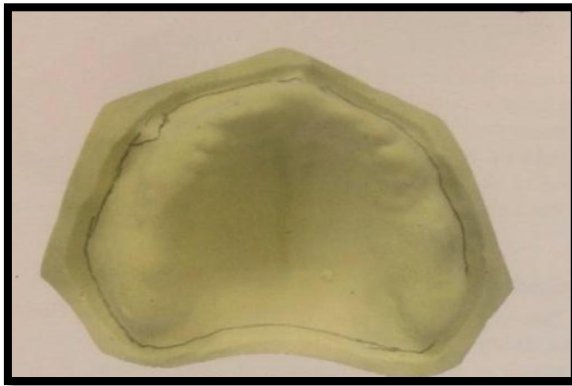


Figura 9.1: modelo de trabalho.

Fonte: (36)



Figura 9.2: moldeira individual.

Fonte: (36)



Figura 9.3: moldagem funcional.

Fonte: (36)



Figura 9.4: base de prova em cera.

Fonte: (36)



Figura 9.5- prova dos dentes.

Fonte: (36)



Figura 9.6- prótese acrilizada.

Fonte: (36)

2.5.3 Prótese Parcial Removível (PPR)

Aparelho removível, no qual substitui um ou mais dentes ausentes na maxila ou mandíbula, restabelecendo a fonação, a estética, a função mastigatória e a saúde

psicológica. Denominada como prótese parcial removível e conhecida como roach.⁽³⁶⁾ O principal objetivo do tratamento com a prótese parcial removível (PPR) se baseia em restaurar a função mastigatória do paciente, onde apresente meios para uma mastigação eficiente, restabelecer a estética por meio de elementos artificiais, proporcionar conforto ao paciente em relação a grampos e conectores e preservar os tecidos remanescentes.⁽³⁷⁾

Ela foi idealizada para resolver os problemas de edêntulos parciais quando o espaço protético era muito extenso, e na ausência de dentes posteriores (suportes), largando de lado a prótese fixa.⁽³⁷⁾

Há alguns anos atrás, estudiosos tinham uma opinião generalizada sobre a PPR, principalmente a de extremidade livre que estaria associada a cáries e doenças periodontais.⁽³⁶⁾ Para ter sucesso com essa reabilitação, o cuidado com a higienização e controle periódico com o Cirurgião-dentista torna fundamental, visto que a presença da PPR na boca aumenta a adesão do biofilme e exige mais cuidado com a higienização.⁽³⁶⁾



Figura 10: desdentado parcial superior e inferior
Referente à paciente Izordina de Paula.



Figura 11: desdentado parcial superior
Referente à paciente Izordina de Paula.



Figura 12: prótese parcial removível (PPR) superior paciente Izordina de Paula.



Figura 13: prótese parcial removível (PPR) Inferior paciente Izordina de Paula.

2.5.3.1 Indicação e Contraindicação

As próteses parciais removíveis são bastante utilizadas em pacientes com idade avançada e com a correta higienização da mesma e dos remanescentes dentários a sua longevidade é prolongada. No entanto, o cuidado e a manutenção devem ser minuciosos onde favoreça a remoção de resíduos e placas, dificultando seu acúmulo. ⁽³⁸⁾

A PPR é indicada para casos onde o paciente apresente condições financeiras baixas, sendo seu custo menor em relação a outros tipos de próteses. Para casos de extremidade livre unilateral ou bilateral (ausência de suporte posterior), espaços protéticos múltiplos. São contraindicadas para pacientes com dificuldade motora, ou com alguma debilidade mental e casos de pobre higienização. Em relação aos benefícios, ela requer pouco ou nenhum desgaste da estrutura dentária, tem fácil manutenção em relação a outras próteses, e seu tempo de trabalho é menor. ⁽³⁸⁾

2.5.3.2 Negligência quanto o planejamento

Para a sociedade, esse tipo de prótese possui uma imagem pouco eficiente, pois afeta o dente e estruturas associadas, além de pouco confortável e estética ruim em relação aos grampos. Tudo isso devido às iatrogenias causadas pelos profissionais, que não têm o conhecimento correto para a sua elaboração, acabam

deixando esta função ao TPD, o qual não cabe e nem participa dos processos biológicos, mecânicos e psicológicos que envolvem a prótese dentária. ⁽³⁹⁾

Apesar da PPR ter envolvimento com o sistema estomatognático, a maioria dos Cirurgiões-dentistas não participam do planejamento para confecção da estrutura metálica, deixando o serviço para os protéticos, mesmo sabendo que eles que são os profissionais ideais para essa etapa. ⁽⁴⁰⁾

Em média, apenas 15% dos modelos enviados para o laboratório são acompanhados de planejamento. Se considerarmos apenas o planejamento durante o delineamento, esse valor ainda seria menor. Pesquisadores relataram que 94% dos planejamentos foram realizados pelo laboratório, além de não encontrarem nenhum tipo de planejamento em 13% dos 480 modelos examinados. ⁽³⁷⁾

Os problemas em relação ao grampo utilizado, nichos mal feitos ocorrem pela falta de conhecimento e também a falta de preparo prévio na boca, bem como de uma orientação inadequada ao paciente para higienização da prótese e dos dentes. Muitas vezes uma impressão ruim ou mesmo o vazamento do gesso não imediato, podem levar ao insucesso da PPR. ⁽⁴¹⁾

A falta de conhecimento e dedicação necessária em relação ao planejamento leva o profissional a realizar a prótese da seguinte maneira: tomada de impressão em alginato, envio ao laboratório para que o técnico em prótese dentária elabore todo o planejamento da estrutura e já a confeccione, esquecendo-se do preparo prévio. O técnico, por sua vez, ignorando os princípios mecânicos e biológicos através do qual se baseia o planejamento, faz a distribuição dos elementos da PPR da maneira mais conveniente, seguindo seu conhecimento técnico e limitado à parte laboratorial. Assim, confecciona-se e instala-se uma PPR com grandes chances de insucessos. ⁽⁴¹⁾

Segundo especialistas, as principais causas de fracasso das próteses parciais removíveis são: a falta de conhecimento do técnico em relação às reações que os tecidos submetidos apresentam na presença do aparelho; a moldagem com imperfeições, o desenho inadequado e incorreto da peça protética; a falta de conhecimento em relação a grampos e conectores; a deficiência técnica durante sua confecção no laboratório. ⁽³⁷⁾

Para ter sucesso na confecção de uma PPR é fundamental ter no mínimo conhecimento da estrutura mecânica e dos fatores biológicos que ocorrem na instalação da prótese. ⁽⁴²⁾

3 RELATO DE CASO

IAP, 63 anos, sexo feminino, do lar, moradora da cidade de Patos de Minas, buscou tratamento na policlínica da FPM em 03 de setembro de 2014. Durante a anamnese, ela relatou como fato importante ser hipertensa e fazer uso da medicação Hidroclorotiazida uma vez ao dia, pela manhã. Apresentava colesterol alto fazendo uso de Sinvastatina uma vez ao dia, pela noite. Durante o exame clínico inicial observou-se que seus dentes superiores (18, 17, 26, 27) apresentavam perda óssea visível, além de tártaro dentário. Os dentes inferiores (36, 37, 46, 47, 48) estavam ausentes. Apresentava ainda, uma extensa destruição coronária do elemento 22 onde o remanescente era inferior a 2mm.

Realizamos o exame complementar para avaliar a reabsorção óssea dos dentes superiores posteriores.



Figura 14- radiografias periapicais.

Foi feito o periograma para diagnóstico periodontal e traçado um plano de tratamento. Foram feitas as raspagens supragengival e subgengival no intuito de preservar e manter os dentes na cavidade oral, onde não obtemos sucesso. Como solução, optamos pela extração dentária dos dentes superiores posteriores (18, 17, 26, 27), preservando somente o dente 16 onde a raspagem subgengival foi

suficiente para mantê-lo. Para cicatrização de todo tecido foi esperado cerca de 30 dias.

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
SD	3	3	3	-	-	2	3	3	2	2	2	-	-	4	3	-
SV	0	0	3	-	-	2	2	2	3	3	1	-	-	3	3	-
SM	0	4	2	-	-	2	3	3	3	3	2	-	-	3	4	-
SL	0	2	2	-	-	2	2	2	2	2	2	-	-	3	5	-
MGD	+5	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	+3	+3	-
MGV	+5	+3	+5	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	+5	+4	-
MGM	+5	0	+2	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	+2	+2	-
MGL	+2	+2	0	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	+2	+3	-
IOB	I	I	0	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	I	I	-
FURC	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	II	II	-
NI	8	7	8	-	-	2	3	3	3	3	2	-	-	9	9	-
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Figura 15- periograma.

Com intuito de aumentar o remanescente coronário para 3mm realizamos a cirurgia Widman modificado no elemento 22 e, posteriormente, a desobturação do mesmo e a confecção de um pino de fibra de vidro e uma coroa em resina , devido às condições financeiras da paciente.

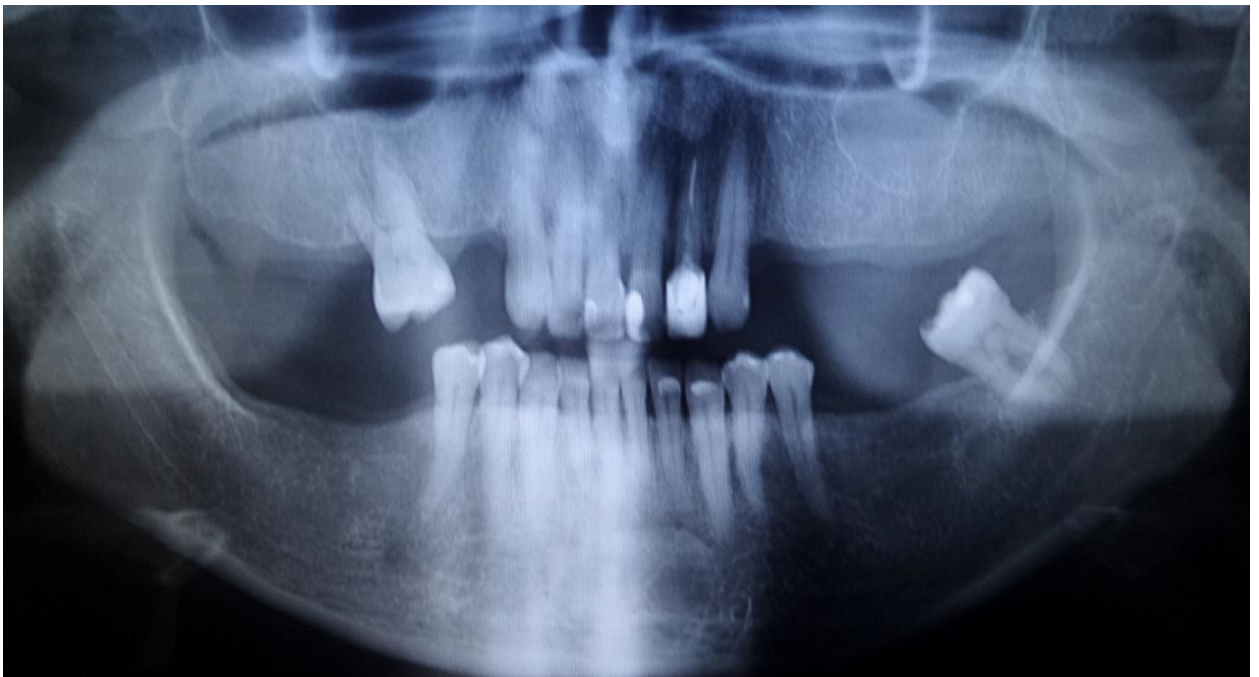


Figura 16- radiografia panorâmica.

Finalizando o tratamento, realizamos a confecção da prótese parcial removível (PPR) superior e inferior para substituição dos elementos ausentes e perdidos. As etapas para confecção da PPR foram:

1ª sessão: moldagem com alginato e posteriormente vazamento em gesso para confecção modelo de estudo.

Localizando os apoios:

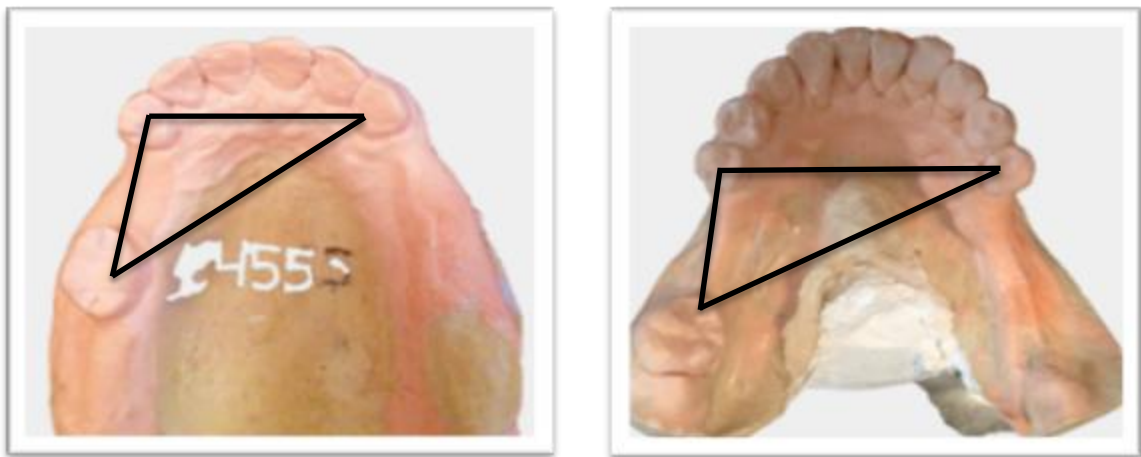


Figura 17

Planejamentos: Classe II de Kennedy modificação I.

Grampos	Apoio (s)	Dente (s)	Conectores
Circunferencial duplo (ackers)	Mesial e distal	16	Combinado anterior e posterior
Em T	-----	13	-----
Em T	-----	23	-----

Tabela 1 A- planejamento PPR superior.

Planejamentos: Classe II de Kennedy modificação I.

Grampos	Apoio (s)	Dente (s)	Conectores
Circunferencial (ackers)	mesial	38	Placa lingual
-----	distal	44	-----
Em T	mesial	45	-----
Em T	distal	35	-----

Tabela 1 B- planejamento PPR inferior.

2ª sessão: após o planejamento dos apoios em gesso e do delineamento, foi realizado o preparo com a broca cilíndrica, tronco-cônica na boca da paciente e em seguida a moldagem de trabalho. Enviamos para o protético para confecção da estrutura metálica, juntamente com o planejamento.



Figura 18- delineamento modelo superior e inferior.

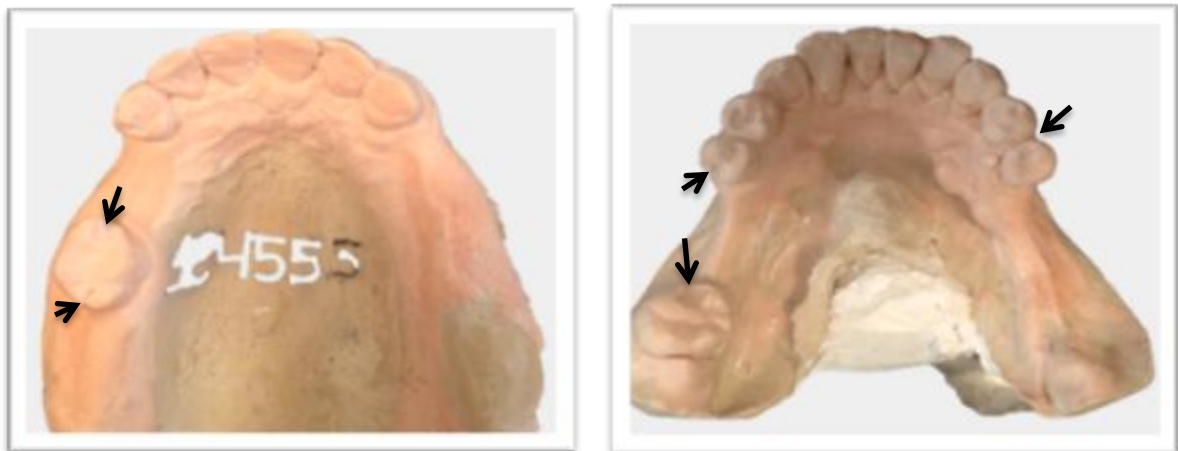


Figura 19- apoios mesial e distal nos modelos superior e inferior.

3ª sessão: com a estrutura metálica em mãos foi realizada a sua prova, onde sua adaptação apresentou boa estabilidade e retenção, não havendo a necessidade de ajustes.



Figura 20- estrutura metálica PPR superior e inferior.

4ª sessão: prova dos dentes onde a cor escolhida foi a 2B e optamos por dentes trilux. Nesta etapa checamos a oclusão com papel carbono e após a acrilização realizamos a entrega final da prótese parcial removível superior e inferior.



Figura 21

Ilustração escala trilux.

ANTES

DEPOIS



Figura 22 e 23

Vista lateral esquerda sem os dentes.

Vista lateral esquerda com a PPR.



Figura 24 e 25

Vista lateral direita sem os dentes.

Vista lateral direita com a PPR.



Figura 26 e 27

Vista arcada superior.

Vista arcada superior com a PPR.



Vista arcada inferior.



Vista arcada inferior com a PPR.

Figura 28 e 29



Paciente em oclusão sem os dentes.



Paciente em oclusão com a PPR.

Figura 30 e 31



Vista frontal sem os dentes.



Vista frontal com a PPR.

Figura 32 e 33



Figura 34 e 35

Vista frontal da paciente sem a PPR. Vista frontal da paciente com a PPR.



Figura 36 e 37

Vista lateral direita paciente sem a PPR. Vista lateral direita paciente com a PPR.



Figura 38 e 39

Vista frontal paciente sorrindo sem a PPR. Vista frontal paciente sorrindo com a PPR.

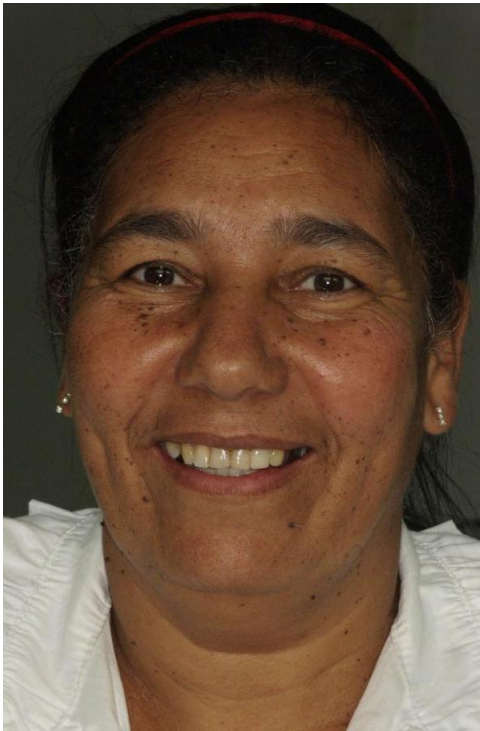


Figura 40 e 41

Antes da paciente sem a PPR.

Depois da paciente com a PPR.

‘A persistência é o melhor caminho do êxito’. (Charles Chaplin)



Figura 42 e 43



Figura 44 e 45

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidente que o edentulismo em idosos ainda constitui um desafio para os profissionais na área da saúde no Brasil. Considerando o aumento da expectativa

de vida desta população, tornam-se necessárias medidas preventivas para reduzir os níveis de perda dentária na população idosa.

A perda dentária diminui a autoestima e leva os idosos a um quadro de rejeição consigo mesmo. Com intuito de ajudar essa população, surgiu a Odontogeriatrics que visa trabalhar os aspectos psicológicos e sociais dos idosos e fornecê-los um tratamento eficaz por meio da prevenção e tratamento para repor as estruturas perdidas, por meio de próteses dentárias.

Mais iniciativas precisam ser tomadas para cuidar e tratar especificamente desta parte da população, buscando melhores recursos e tratamentos. Que mais Cirurgiões-dentistas tenham consciência da importância de estimular o idoso a estar satisfeito e feliz com sua saúde bucal. Cuidando e orientando quanto à importância dos dentes e, quando ausentes, estimular e conscientizar da necessidade e importância de repô-los.

REFERÊNCIAS

- 1- Ciaccio MCV, Roque AN. Bases clínicas em odontogeriatrics. 1ª edição. São Paulo: Ltda; 2009.
- 2- Rosa AGF, Castellanos RA, Gomes-Pinto V. Saúde bucal na terceira idade. RGO 1993; 41(2): 97-102.
- 3- Barbato PR. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise de dados de estudo epidemiológicos. v.23(8):1803-1814.
- 4- Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC. O uso e a necessidade da prótese dentária em idosos que comandam um centro de saúde. Revista Bras. Odontol.1997; 54(2):7-10.
- 5- Botrel, Candelas, Bataglioni, Souza. Odontogeriatrics. São Paulo: 2008.
- 6- Carlsson GE. Diretrizes futuras: overdentures sobre implantes. Critérios e cuidados para pacientes edêntulos. São Paulo: Quintessência; 2005. 145-154.
- 7- Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 8- Simões ACA, Oliveira RS, Carvalho DM. O envelhecimento no contexto da odontologia. Uberaba: Revista Triângulo. 2009; 2(1):43-52.

- 9- Brunetti RF, Montenegro FL, Manetta CE. Odontologia geriátrica no Brasil atual. 1998; 3(15):26-29.
- 10- Freire RM. Saúde bucal dos pacientes idosos institucionalizados. Revista Paulista de Odontologia. 2002; 24(6): 30-33.
- 11- Yurkstas AA, Manly RS. Valor de alimentos diferentes de teste para estimar a capacidade mastigatória. 1950; 3:45-8.
- 12- Turano JC, Turano LM. Exame da cavidade bucal: fundamentos de prótese total. 8. ed. São Paulo: Editora Santos; 2007. 7:93-119.
- 13- Roncalli AG. Epidemiologia em saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva. 2006; 11(1).
- 14- Minayo MCS, Hartz e Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um desafio necessário. Rio de Janeiro: Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(1):25-33.
- 15- Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciência Saúde Coletiva. 2006; 11(1):211-218.
- 16- Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(5):1313-20.
- 17- Morán AAL. Uso de prótese, implantes e a qualidade de vida em idosos. 2009;1:1-46.
- 18- Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. In: A odontologia geriátrica e o novo século. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.27-52.
- 19- Genarri FH. A reabilitação com as próteses totais. São Paulo: 2010.
- 20- Leles CR, Nakaoka MM, Souza RF, Compagnoni MA. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade das próteses totais. Parte I – Avaliação subjetiva e queixas dos pacientes. Rev. Facodontol. 1999; 2(1):61-66.
- 21- Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Série C: Estudos e Projetos. 4,137p.
- 22- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 49 p.
- 23- Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(6):1665-1675.

- 24- Caldas Junior A de F, Caldas KU, Oliveira MRM, Amorim AA, Barros PM. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. Rev. Ciências médicas. Campinas. 2005; 14(3):229-238.
- 25- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 49 p.
- 26- Cormack E. A saúde oral do idoso. Disponível em:<<http://www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html>>Acesso em 12 de outubro de 2008.
- 27- Mendonca T. Mutilação dentária: concepção de trabalhadores rurais sobre a resposta pela perda dentária. Public. Health Rep. 2001; 17:1545-7.
- 28- Veloso KMM, Costa LJ. Avaliação clínica e orientação terapêutica das manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão; 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos>>Acesso em 22 de agosto de 2008.
- 29- Neto NS, Luft LR, Trenfin MS, Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. Passo Fundo; 2007. 4:48-56.
- 30- Werner CW, Saunders MJ, Paunovich E, Yeh C. Odontologia geriátrica. Rev. Fac. Odontol. Lins 1998; 11(1):62-9.
- 31- Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría: prepare para o novo milênio. In: Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.469-487.
- 32- Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal. Boa Vista Belo Horizonte: Cienc. Saúde Coletiva; 2005. 10(4): 1015-1024.
- 33- Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. São Paulo: Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 1998; 52(4): 307-316.
- 34- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 14 marco2014]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>.
- 35- Turano JC, Turano LM. Introdução ao estudo da prótese dentária: fundamentos de prótese total. 8. ed. São Paulo: Editora Santos; 2007. 1:1-8.
- 36- Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. 9. ed. São Paulo: Santos; 2010.

- 37- Navarro H. Avaliação da construção das próteses parciais removíveis. RGO 1996; 44:111-13.
- 38- Zwetchkenbaum SR, SHAY K. Considerações para próteses para o paciente mais velho. Dent Clinica Norte Americana. 1997; 41(4):817-845.
- 39- Gil C. Avaliação comparativa dos sistemas de classificação dos arcos parcialmente edentados: uma revisão crítica de oitenta anos. São Paulo: Revista de odontologia da Universidade de São Paulo. 1998; 12:65-74.
- 40- Ulbrich NL, Vaz MAK, Morozowski GFN, Miranda CCA. Eficiência no planejamento de armações metálicas de próteses parciais removíveis. Jornal Brasileiro de Odontologia clínica. 1998; 2:40-4.
- 41- Johson, Straton. Fundamentos em prótese parcial removível. São Paulo: Santos; 1988.
- 42- Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. 1ª edição. São Paulo: Santos; 1998.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, pela força e coragem durante esta longa caminhada e a todos da nossa família que de alguma forma nos incentivaram na constante busca pelo conhecimento. Dedicamos este trabalho juntamente com nosso amor e gratidão.

Aos nossos pais, Mara e Wellington, pois confiaram em nós e nos deram esta oportunidade de concretizar e encerrar mais uma etapa de nossas vidas. Pelo estímulo, exemplo de força e dedicação sempre!

A nossa Mãe Avó Wilma (in memória), que infelizmente não está presente nesse momento tão feliz de nossas vidas, mas que não poderíamos deixar de lembrar, pois se hoje estamos aqui devemos muito a ela, por seus ensinamentos e valores passados. Obrigada por tudo. Saudades eternas.

A nossa irmã Luana que de uma forma especial e carinhosa nos deu força e coragem durante essa etapa de nossas vidas. Nosso muito obrigado, amamos você!

A nossa tia Marcia, que em muitos finais de semanas nos proporcionou seu carinho e sorriso, fazendo nos esquecer de nossas ansiedades e angustias. Dedicamos a você este trabalho e todo nosso amor e carinho.

Aos nossos avôs Geraldo e Paulo e a nossa avó Nadir por nos apresentar a simplicidade e o gosto pela vida, buscando de fato todos os dias ser mais humanas e sensíveis às necessidades dos outros.

Aos nossos namorados Cristiano e Marcelo, por toda paciência, compreensão, carinho e amor, e por muitas vezes achar soluções quando elas pareciam não aparecer. Dedicamos todo nosso amor a vocês.

Aos nossos amigos, que nos apoiaram e que sempre estiveram ao nosso lado durante esta longa caminhada. Em especial a Vanise (Amiga mãe), que muitas vezes compartilhamos momentos de tristezas, alegrias e ansiedades, mais que esteve ao nosso lado nos apoiando e ajudando.

E a todos os professores que nos acompanharam durante a graduação, em especial, a professora Lia Dietrich por ter nos orientado, pela sua disponibilidade, atenção, sabedoria e amizade, e principalmente pela confiança depositada no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Henrique Cury pelas correções e disposição para compor a banca.

Ao Prof. Eduardo Moura, agradecemos sua consideração, apoio e disponibilidade ao aceitar fazer parte da banca avaliadora.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram ou torceram pela concretização deste sonho.

Data de entrega do artigo: 08/10/2015