

A Prótese em parceria com a Periodontia



Num tratamento com Prótese, é fundamental que os princípios biológicos estejam presentes em todos os procedimentos. Assim, antes de se iniciar a restauração, é imprescindível que a doença periodontal seja tratada e eliminada com sucesso, e que os procedimentos realizados posteriormente, durante a execução da prótese, estejam de acordo com a biologia dos tecidos periodontais. Daí a importância de uma parceria efetiva entre a Periodontia e a Prótese.

É fato consumado entre os profissionais da Odontologia que antes de iniciar qualquer terapia, o exame clínico periodontal é de fundamental importância para os pacientes que vão ser submetidos a tratamento protético-periodontal. “Há necessidade de um exame completo, avaliando todos os parâmetros clínicos, chamados de indicadores clínicos de doença periodontal, como presença de sangramento a sondagem na margem gengival e no fundo das bolsas periodontais, presença de bolsas periodontais: avaliadas em seis áreas de cada dente, três na vestibular e três na lingual ou palatina, presença de recessões gengivais e, principalmente, o nível clínico de inserção”, informa Marcio Fernando de Moraes Grisi, professor associado e livre docente do Departamento de CTBMF e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP).

NA EDIÇÃO PASSADA DEMOS INÍCIO A UMA SÉRIE DE MATÉRIAS SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE AS VÁRIAS ESPECIALIDADES DA ODONTOLOGIA, TRATANDO, INICIALMENTE, DA RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTIA E A IMPLANTODONTIA. DANDO PROSSEGUIMENTO À SÉRIE, NESTA EDIÇÃO ABORDAREMOS UM DOS ASSUNTOS MAIS DISCUTIDOS DA ODONTOLOGIA ATUAL: A INTEGRAÇÃO DA PERIODONTIA COM A PRÓTESE.

Por Cecilia Felipe Nery

Além desses, Grisi lembra que o exame radiográfico periapical completo, com 14 radiografias periapicais e duas ou quatro radiografias interproximais, deve ser obrigatoriamente realizado. “Em casos especiais, radiografias panorâmicas e tomografias auxiliam o diagnóstico e o planejamento em situações que envolvam tratamentos associados a implantes. Se houver sinal de doença periodontal, a mesma deve ser eliminada por meio de um tratamento periodontal efetivo. Não se concebe, à luz dos conhecimentos atuais, a reabilitação protética de um paciente sem um absoluto controle da saúde periodontal”, esclarece.

Já César Arita, mestre e doutor em Reabilitação Oral e Especialista em Prótese Dentária e em Desordem Temporomandibular e Dor Orofacial, destaca que, além da parte de sintomatologia relacionada com a musculatura mastigatória e articulação temporomandibular, outro ponto forte a ser relacionado é sobre o comportamento dos tecidos periodontais: dor e sangramento durante a escovação. “A homeostase da cavidade oral é um dos objetivos de uma reabilitação oral e, para os procedimentos protéticos, a parte periodontal adequada é condição *sine qua non* para poder iniciar os procedimentos de preparo, provisionalização e moldagem”, ressalta.

A sequência didática empregada por Arita nos cursos é a mesma utilizada em sua clínica voltada à Reabilitação Oral, Odontologia Estética e Implantes: 1. Adequação neuromuscular; 2. Adequação do meio bucal; 3. Adequação oclusal; e 4. *Check-list* estético. “Na etapa de adequação do meio bucal, vemos a parte da saúde

César Arita



periodontal, nível de escovação, risco de cárie e halitose; de maneira que se constitui em um alicerce forte para o sucesso do tratamento reabilitador”, assegura.

Claudio Luiz Sendyk, doutor e mestre pela USP, e especialista em Prótese e Dentística e professor do Departamento de Prótese da Fousp, destaca também que os pontos importantes para a anamnese de um paciente a ser submetido ao tratamento com próteses são: avaliação do sistema estomatognático, avaliação do estado das ATMs, oclusão e seus planos; correta avaliação dos elementos dentais que serão utilizados como pilares da prótese, avaliação endodôntica, periodontal e eixos de inclinação que dificultem a inserção da prótese; avaliação da altura de coroa clínica e área axial preparada para obter uma correta retenção.

“O exame clínico periodontal é crítico, pois ele nos permite avaliar as condições de suporte dos elementos retentores da prótese em si. Por exemplo, quantidade óssea, sulcogengivais profundos com presença de bolsa periodontal, presença de placas bacterianas calcificadas (tártaros), presença de nichos de retenção bacteriana, perfil de emergência de coroas que podem ser anatomicamente modificados pela prótese, mobilidade dental, defeitos ósseos periodontais ou peri-implantares e altura do rebordo na área edêntula, que será ocupada pelos pânticos.”, especifica Sendyk.

Por outro lado, além da coleta de dados relevantes para que o clínico possa estabelecer um diagnóstico e prognóstico preliminar mais preciso, deve-se também ser levado em conta os anseios do paciente. “É de suma importância termos pleno conhecimento daquilo que o paciente quer e qual o valor que ele dá aos seus dentes, cabendo ao profissional, neste momento, explicar detalhadamente os caminhos a serem percorridos, motivando-o ao tratamento”, afirma Álvaro Bosco, professor adjunto da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp). “É sabido que a arte de diagnosticar problemas e estabelecer prognóstico

é algo que demanda tempos de estudo e experiência profissional, principalmente quando envolvem diferentes especialidades”, acrescenta.

Portanto, é incontestável que o exame periodontal deva fazer parte da avaliação geral de um paciente que irá ser submetido a um tratamento protético. “Em condições de normalidade, o complexo gengival, constituído de gengiva marginal, papilar e inserida, é composto por um tecido colágeno denso, revestido por um tecido epitelial que assume características diferentes de espessura e de ceratinização, dependendo de sua localização”, explica Bosco.

Conforme ele, ainda, certas características periodontais são geneticamente determinadas, sofrendo variações em função do tamanho, disposição e perfil dos dentes, bem como por fenômenos fisiológicos dados à região, durante toda a vida. “Os tecidos periodontais podem, portanto, assumir situações distintas, variando desde uma gengiva ceratinizada espessa e larga sobre um tecido ósseo espesso, o qual suporta bem as agressões da mastigação e da escovação a uma gengiva fina e estreita, revestindo uma tábua óssea fina ou até mesmo inexistente, com fortes tendências à recessão gengival quando associada a um inadequado controle de placa bacteriana e/ou presença de traumatismos locais. Neste caso, o preparo, a moldagem e a colocação de uma prótese subgengival contribuem para o aumento no aparecimento destas alterações periodontais. Este complexo gengival tem papel fundamental não somente de revestimento dos tecidos periodontais de suporte, assim como tem a função de separar, por meio do epitélio juncional, o meio externo do meio interno. Considerando-se a fragilidade deste epitélio juncional, de aproximadamente 1 mm de extensão, o qual constitui o fundo do sulcogengival, cuidados devem ser tomados na sua preservação durante um processo de reabilitação por meio de próteses e/ou restaurações, principalmente das colocadas intrasulculares”, complementa Bosco.

PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Nos casos de diagnóstico de alguma patologia periodontal, os periodontistas devem realizar o tratamento na etapa de adequação do meio bucal, como ensina Sendyk: “havendo alguma patologia periodontal, esta deverá ser tratada logo de início, para posteriormente começarmos o tratamento protético reabilitador. Nunca depois de terminada a prótese, pois as consequências seriam desastrosas”, garante.

Grisi lembra ainda que o tratamento consiste em uma primeira fase, que seria o controle e/ou eliminação da infecção periodontal, envolvendo: 1. Orientações de limpeza dental para controle da placa bacteriana (uso correto de escovas dentais, fio ou fita dental e meios auxiliares para limpeza interproximal); 2. Procedimentos de raspagens supra e subgingival, para eliminação dos patógenos periodontais e as alterações das superfícies radiculares; 3. Eliminação de fatores retentivos de placa, envolvendo a colocação de trabalhos provisórios e/ou próteses alternativas.

“A segunda fase envolve o tratamento de sequelas deixadas pelas doenças periodontais, por meio de cirurgias de eliminação de bolsas, cirurgias para o aumento de coroa clínica, expondo as margens cervicais dos preparos e recuperando as distâncias biológicas e, finalmente, as chamadas técnicas regenerativas, que visam a regeneração dos tecidos periodontais, isto é, a formação de osso, cimento e ligação periodontal”, orienta Grisi.

De fato, todo paciente a ser submetido a um tratamento reabilitador deve passar por uma rigorosa avaliação periodontal de profundidade de sondagem, índices de placa bacteriana e presença de sangramento gengival à sondagem, como enumera Bosco: “uma vez diagnosticada a presença de alguma patologia periodontal, dentro do planejamento geral, esta seria tratada inicialmente por meio dos procedimentos básicos da terapia relacionada a causa, dando ênfase aos cuidados com a higiene bucal. Em seguida, reavaliando o paciente, se for necessário, deve-se realizar a redução da profundidade de sondagem por meio dos procedimentos cirúrgicos regenerativos ou ressectivos de osteotomia e osteoplastia, devolvendo o contorno periodontal perdido pela doença periodontal. Nos casos em que a estética é envolvida, na presença de recessões gengivais ou de um tecido gengival fino, as técnicas cirúrgicas de recobrimento ou mesmo simplesmente para o aumento da espessura da gengiva, devem ser empregadas, garantindo um sucesso duradouro das próteses. Quando tratados com procedimentos de cirurgia plástica periodontal, nestes casos, deve-se aguardar o tempo necessário para a cicatrização e maturação dos tecidos periodontais, incluindo o fenômeno de *creeping attachment*, que pode ocorrer até mesmo após um ano. Quando estes cuidados com o tratamento periodontal não forem tomados previamente à colocação das próteses, problemas como os que comprometam a estética podem ocorrer. Mas, embora expectativas de sucesso total não devam ser passadas ao paciente, tentati-



Claudio Luiz Sendyk

vas de recuperação plástica periodontal ainda podem ser feitas neste caso. Contudo, esta condição de tratamento deveria ser aplicada a trabalhos protéticos recém-colocados, que apresentem boas qualidades de adaptação, cor e contorno. A técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem sido indicada como uma boa opção para esta modalidade de tratamento”, explana.

Se porventura, já em etapa de provisionalização e moldagem (etapas de adequação oclusal e *check-list* estético) for constatado recidiva ou instalação de alguma patologia periodontal, Arita reitera que o paciente deva voltar ao periodontista para instituição de terapia periodontal indicada. “Outra condição necessária é a saúde gengival para a realização de moldagens e confecção de próteses definitivas. A etapa de provisionalização é de fundamental importância terapêutica, uma vez que os contornos e as adequações dos contornos radiculares e perfil de emergência podem ser melhor trabalhados na região de RAI com os procedimentos adequados. A verificação das margens das restaurações, por meio do desenho da margem formada pelo cimento provisório (ao sacar a prótese na consulta posterior) ou por teste com silicones de cor escura – tipo *Fit-checker* – é sempre recomendada para uma melhor adequação do perfil de emergência e contorno cervical. Outro detalhe imprescindível é o polimento e selamento das microporosidades inerentes à resina quimicamente ativada utilizada no reembasamento dos provisórios. Após refinado polimento, este selamento pode ser feito com cera da cor do dente ou parafina aquecida com gotejador de PKT e retirado o excesso; ou com resinas líquida específicas para esta função”, indica.

ESPAÇO BIOLÓGICO

Outro ponto importante no tratamento é o respeito às estruturas periodontais para o equilíbrio biológico dos tecidos dentais e periodontais. “A situação biologicamente ideal seria a de manter o término dos preparos supragengivalmente, sendo que em situações estéticas,

0,5 mm a 0,8 mm abaixo da margem gengival, na região correspondente ao epitélio sulcular oral sem atingir ou invadir o epitélio juncional. As principais alterações periodontais ocorrem quando invadimos de forma indiscriminada a área do epitélio juncional, levando a alterações periodontais permanentes e irreversíveis. Vale lembrar que o preparo das margens cervicais deve respeitar as diferenças entre as fases proximais e as fases livres”, acentua Grisi.

Para Bosco, o respeito ao espaço biológico (unidade dentogengival), compreendida pela inserção conjuntiva supracrestal e coronalmente pelo epitélio juncional, é considerado fundamental na preservação da saúde periodontal durante o preparo de uma prótese intrassulcular. “Quando este espaço é violado teremos como consequência uma resposta inflamatória que resulta em alterações passageiras ou permanentes destes tecidos, representados, clinicamente, pela formação de bolsas gengivais, edema e vermelhidão da gengiva com tendência a sangramento ao mais leve toque, dores, alterações funcionais e estéticas. Uma vez não restabelecida, mais tarde poderá aparecer lesões do periodonto de inserção, representadas por perda óssea e formação de bolsa periodontal. Estas manifestações serão mais ou menos intensas, dependendo de se tratar de um periodonto fino ou espesso. Quando o espaço biológico é invadido nas faces livres dos dentes (vestibular ou lingual) é possível que ocorra uma reabsorção da tábua óssea e pode ser seguida de uma recessão dos tecidos periodontais, principalmente se ele for fino. Desta maneira, podemos ter uma “autocorreção” do espaço biológico, porém de forma totalmente imprevisível e, na maioria das vezes, com consequências estéticas. Portanto, o espaço biológico deve ser respeitado ou recriado, por meio de procedimentos cirúrgicos de retalhos associados à osteotomia, ou pela extrusão forçada do dente, associada ou não por correção cirúrgica, em que existe um risco de comprometimento estético”, justifica.

Diante dessa constatação, Bosco ressalta que os limites dos preparos protéticos cervicais têm de ser respeitados, levando-se em conta alguns fatores inerentes aos tecidos periodontais, tais como: profundidade do sulcogengival corretamente determinada, suscetibilidade do paciente à cárie ou a doença periodontal e envolvimento estético. Quando é exigido o preparo intrassulcular este não deve, idealmente, ser estendido a mais de 0,5 mm a 1 mm abaixo da borda gengival. É de consenso que para a saúde do periodonto, o preparo supragengival capacita ao profissional melhor e mais



Marcio Fernando de Moraes Grisi

facilmente determinar o término preciso do preparo, reproduzir os limites pela moldagem em verificar a adaptação da restauração e da mais fácil eliminação de resíduos de cimentação da prótese. Por parte do paciente, se torna mais fácil o controle do biofilme pelos meios de higienização preconizados”, frisa.

Sendyk lembra que o respeito ao espaço biológico é um dos fatores que define o sucesso do tratamento. “Quando invadimos este espaço teremos algumas consequências, como perdas ósseas marginais, gengivite marginal, sangramento, retração ou recessão gengival, dificuldades protéticas como adaptação marginal, moldagem, entre outros. Os termos da prótese deveriam estar supra ou em nível gengival, porém se for preciso invadir o sulcogengival, esta deveria ser de no máximo 1,0 mm para subgengival em sulcogengivais sadios”, confirma.

Por outro lado Arita diz que o posicionamento de margens do preparo, assim como o tipo de terminação são ainda pontos de discussão e estão basicamente relacionados com o material restaurador a ser utilizado, necessidade estética e altura do preparo para retenção/resistência. “Antigamente se considerava três localizações das margens – supragengival, ao nível gengival e subgengival. Com esta bonita simbiose Periodontia-Prótese e conscientização de sua importância clínica, os conceitos mecânicos deram lugar a conceitos biológicos para a localização das margens do preparo, de forma que a localização das margens, em função da dinâmica biológica do sulcogengival e do epitélio juncional começaram a ser posicionada intrassulcularmente e não mais subgengival (que não respeitava o epitélio juncional e, consequentemente, o espaço biológico). Atualmente, o momento é muito bom na Reabilitação Oral e na Odontologia Estética, pois nota-se um fortalecimento na relação com a Periodontia. Com a evolução dos materiais restauradores estéticos, uma série de paradigmas estão sendo quebrados e mudanças estão acontecendo a todo momento. Um exemplo clássico são os novos materiais livres de

metal e que permitem a passagem de luz e o aproveitamento da cor do substrato dental remanescente para a composição da parte estética. Como a cimentação destes novos materiais estéticos (exemplo: dissilicato de lítio) é feita por meio de procedimentos adesivos e cimentos resinosos, a localização das margens preferencialmente se dá em esmalte e, às vezes, em posição supragengival. Além disso, o controle de umidade durante a cimentação é de vital importância na longevidade destes trabalhos, de forma que cuidados maiores são exigidos junto a esta unidade biológica importantíssima que é o sulcogengival e o espaço biológico”, declara.

TECIDOS MOLES

Toda vez que é preparada a superfície dentária no espaço do sulcogengival, a gengiva é submetida a agressões, não somente pelo ato operatório, mas também pelo tipo de material a ser colocado em íntimo contato com os tecidos e por favorecer o acúmulo de placa bacteriana. “Portanto, na presença de restaurações intrasulculares, se a gengiva for fina, um procedimento cirúrgico para aumentar a faixa e a espessura da gengiva ceratinizada pode ser indicado. Nestes casos, o cirurgião-dentista lança mão das várias técnicas disponíveis de cirurgias plásticas periodontais, inclusive promovendo associações das mesmas para a obtenção de melhor estética e resultados previsíveis”, revela Bosco.

De acordo com Sendyk, deve-se inicialmente trabalhar em tecidos moles previamente tratados, isto é, saudáveis, sem a presença de doença periodontal. “Os cuidados e as precauções residem no fato de não machucá-los durante as manobras protéticas. Tais como, afastamento gengival para as impressões, perfil de emergência com bossas cervicais exageradas, invasão de espaço biológico, falta de remoção do cimento provisório ou definitivo, e demais fatores iatrogênicos causados por imperícia ou desleixo profissional. A melhor estética será obtida pela manutenção da saúde destes tecidos onde não ocorrerá retração ou mesmo recessão gengival após anos de uso”.

Para Grisi, os princípios biológicos de preparo de coroas só podem ser conseguidos se o profissional estiver trabalhando em um periodonto sadio, livre de inflamações e alterações de forma e contorno. “Os princípios de estética dos tecidos periodontais devem estar em harmonia com os princípios estéticos dos tecidos dentais. Muitos procedimentos protéticos periodontais podem ser realizados buscando esta harmonia, ora modificando a forma e o contorno dos tecidos moles, ora



Álvaro Bosco

modificando a forma dos tecidos dentais, porém estas análises só podem ser feitas e realizadas quando o controle absoluto da infecção periodontal for obtida”.

Segundo Arita, o protesista deve saber a diferença entre os biótipos gengivais – espesso ou delgado e o que eles representam na hora da preparação dentária e moldagem. As diferentes respostas que cada tipo de periodonto manifesta frente aos traumas mecânicos devem ser sempre lembrados ao começar os procedimentos de preparos e provisionalização. “Além de todo enfoque na fase de adequação do meio bucal, o uso de pontas apropriadas e canetas contra-ângulo multiplicadoras 1:5 em micromotor no lugar de alta rotação darão melhor controle ao protesista do término das margens do seu preparo. Eu uso e recomendo, em meus cursos, durante a fase de preparo, o cuidadoso afastamento com fios 000 inseridos com instrumentais específicos e muito delicados e o acabamento de margem com cortantes manuais específicos. Ciente da diferença do sulco histológico e do sulco clínico, depende muito da delicadeza do operador, o uso de lupas/microscópios darão melhor performance ao clínico. Outro detalhe, já citado anteriormente, é a atenção ao perfil de emergência e cuidados com a área de RAI”, considera.

PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

A fim de prevenir o aparecimento das doenças periodontais após a colocação de próteses, alguns procedimentos devem ser realizados pelos profissionais. Conforme Sendyk, do ponto de vista protético, deve-se diminuir os perfis de emergência das coroas protéticas, abrir as ameias de forma que facilite a higienização, eliminar as áreas de retenção de placa bacteriana nos elementos dentais preparados supragengivais ou ao nível (sem invadir espaço biológico). “Devemos realizar manutenção e controle periódicos destas próteses e do periodonto em geral. Os controles clínicos a cada quatro meses servem de prevenção para que aumentemos

a longevidade do tratamento, tanto protético quanto periodontal”, aconselha.

Bosco afirma que o reconhecimento das estruturas normais do periodonto, devolver a normalidade quando foram afetadas pela doença e o respeito a estas estruturas, são princípios fundamentais para prevenir o aparecimento de alterações periodontais indesejáveis após a colocação de próteses. “Embora seja do conhecimento que a doença periodontal tem manifestações diferentes dependente da suscetibilidade individual, é inegável que a placa bacteriana sempre estará presente na junção dentogengival para que a gengivite e, na sequência, a periodontite sejam instaladas. Portanto, independentemente do indivíduo ter ou não recebido tratamento protético, uma vez que ele teve problemas periodontais, a instituição de uma terapia periodontal de suporte deve fazer parte de sua vida para que ele tenha longevidade de sua saúde periodontal pós-tratamento. Isto exige uma remoção de todos os depósitos supra e subgengivais e um reforço dos controles de higiene bucal por meio do uso de escovas, fio dental e enxaguatórios a serem realizados pelo próprio paciente, já que a recolonização irá ocorrer, levando a uma reinfestação dos nichos ecológicos. Numerosos estudos têm demonstrado que ocorre menor perda de inserção e menor perda de dentes quando os pacientes mantêm, com intervalos regulares, a terapia periodontal de suporte quando comparados com os pacientes que são vistos com menor frequência ou deixam de ser acompanhados. A frequência de chamadas pode ser ampliada ou encurtada, dependendo da capacidade do paciente em manter o controle da placa bacteriana e das condições preliminares as quais o paciente foi tratado. Nos casos onde o paciente foi, anteriormente, portador de uma gengivite, ele pode ser chamado a cada seis meses ou mais. Já os pacientes que experimentaram uma periodontite com perda de inserção devem ser chamados em menor tempo, assim, devendo ser levado em consideração os critérios de agressividade da doença periodontal, a suscetibilidade à cárie e a efetividade, por parte do paciente, no controle da placa bacteriana”, assegura.

Já Arita lembra a manutenção da homeostase do meio bucal por meio do controle rigoroso do biofilme junto ao periodontista. “Retornos também com o protesista devem ser agendados para controle oclusal. Outro detalhe bastante importante é o controle da qualidade/quantidade de saliva do paciente e saburra lingual. Como clínicos e formadores de opinião, devemos exercer uma Odontolo-

gia de resultados e fortemente embasados em evidências científicas. Não podemos deixar de frisar a importância em incentivar os clínicos a não se esquecerem dos conceitos de pério-prótese – fundamentais nos planejamentos protéticos antes dos implantes – e que serviram de alicerce a nossa geração de reabilitadores orais. Estes conceitos marcaram época com os ensinamentos do professor Waldyr A. Janson, a quem faço minhas reverências pelo seu trabalho e agradeço publicamente pelos seus ensinamentos e conselhos. Outro detalhe imprescindível é a conscientização dos profissionais para a etapa de adequação do meio bucal antes e depois da substituição dos elementos dentários por implantes osseointegrados”, destaca.

As medidas preventivas, segundo Grisi, devem ser iniciadas antes da reabilitação oral do paciente. Medidas de conscientização e motivação e mudanças comportamentais quanto aos cuidados bucais são fundamentais para o sucesso do tratamento protético periodontal. “Orientações e treinamentos específicos para um efetivo controle de placa devem ser exaustivamente reforçados pelo profissional, antes, durante e logo após o término da fase ativa do tratamento. Uma das ações de fundamental importância para a manutenção da saúde periodontal do paciente é a conscientização da necessidade de Terapia Periodontal de Suporte, ou seja, manutenções periodontais periódicas e regulares. O periodontista é um profissional treinado para estas ações, que tem suporte consistente na literatura internacional. Esta conscientização da necessidade de manutenções periodontais periódicas deve ser amplamente divulgada também para os profissionais de outras especialidades que não a de Periodontia, pois a longevidade de um trabalho protético periodontal está em relação direta com a efetividade de programas de Terapia Periodontal de Suporte que o paciente efetivamente participa”, frisa.

Conforme ele, o tema Prótese e Periodontia ainda vem ocupando a literatura internacional há décadas. “Os princípios biológicos estão fortemente ancorados em evidências científicas muito bem fundamentadas, porém o que se vê ainda hoje é a necessidade de que estes conceitos sejam divulgados de forma mais efetiva para a comunidade de cirurgiões-dentistas, para que as reabilitações de nossos pacientes possam ser mantidas por um longo tempo, evitando reincidivas constantes de doenças periodontais e cáries, levando à necessidade de sucessivos retratamentos protético-periodontais que, infelizmente, se mal conduzidos, ainda são os responsáveis por um alto índice de perda dental”, conclui.