



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



INSUCESSO NA REABILITAÇÃO COM PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS: PRINCIPAIS CAUSAS

Letícia da Silva Fontes

2019

LETÍCIA DA SILVA FONTES

**INSUCESSO NA REABILITAÇÃO COM PRÓTESES PARCIAIS
REMOVÍVEIS: PRINCIPAIS CAUSAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Varela Brown Martins

Co-Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho

Governador Valadares

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fontes, Letícia da Silva.

Insucesso na reabilitação com próteses parciais removíveis: principais causas / Letícia da Silva Fontes. -- 2019. 64 f.

Orientadora: Ana Paula Varela Brown Martins

Coorientador: Rodrigo Furtado de Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2019.

1. Prótese Parcial Removível. 2. Falhas . 3. Insucesso. 4. Modelos. 5. Técnico em Prótese Dentária. I. Martins, Ana Paula Varela Brown , orient. II. Carvalho, Rodrigo Furtado de, coorient. III. Título.

LETÍCIA DA SILVA FONTES

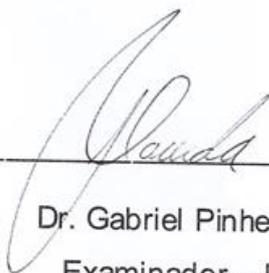
**INSUCESSO NA REABILITAÇÃO COM PRÓTESES PARCIAIS
REMOVÍVEIS: PRINCIPAIS CAUSAS**

Aprovada em 05 de Julho de 20 19, por:

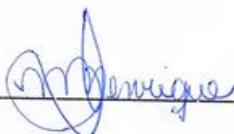
Banca Examinadora



Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho
Co-orientador – UFJF/GV



Dr. Gabriel Pinheiro Lacerda
Examinador – UFJF/GV



Prof.ª Dra. Mirelle Nery Henrique
Examinadora – UFJF/GV

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo amparo, pelas orações atendidas, bênçãos e lições concedidas e por mostrar que tudo acontece, infalivelmente, no Seu tempo.

Agradeço infinitamente aos meus pais, Marcos Aurélio e Ediana Maria, aqueles que amam e se doam incondicionalmente. Aqueles que vibram com meu sucesso e sempre oferecem consolo e segurança nos momentos de dificuldade. Aqueles que não medem esforços para me ver feliz e que, por inúmeras vezes, abdicam de suas próprias necessidades para que eu possa suprir as minhas. Sem vocês nada disso seria possível... Obrigada por tudo. E por tanto! Eu amo vocês.

Agradecimento especial à minha avó “Cicinha”, uma segunda mãe. Obrigada pelo carinho, apoio, atenção e sabedoria de sempre. Grande parte desta conquista devo, e dedico, à senhora!

Obrigada a todos os professores que fizeram parte dessa caminhada e contribuíram para minha formação, afinal ensinar é um dom e é muito bonito vê-los atuando com maestria! Obrigada à minha orientadora, Prof.^a Dra. Ana Paula Varela Brown Martins, ao meu co-orientador Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho e àqueles que compõem a banca, Prof.^a Mirelle Henrique e Dr. Gabriel Lacerda.

Ademais, agradeço aos amigos de “GV” não somente pelos momentos de descontração e boas risadas, como também por aqueles nos quais dividimos a ansiedade e apreensões inerentes à rotina de faculdade. Isso tornou a trajetória um pouco mais “leve”!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

RESUMO

A reabilitação através de Prótese Parcial Removível (PPR) promove não apenas melhoria da eficiência mastigatória e preservação de tecidos remanescentes, como também restaura a estética, fonética e proporciona conforto ao paciente. Contudo, quando conduzido de maneira inadequada ou por influência de diversos fatores, tal tratamento pode resultar em insucesso, que por sua vez e, a depender da origem, pode culminar em danos ao paciente. Portanto, partindo desta premissa e aliado ao fato da PPR representar umas das principais alternativas para reabilitação oral no Brasil, torna-se evidente a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca do assunto. Além disso, poucos trabalhos abordam de forma abrangente os fatores que condicionam as falhas nesta modalidade de tratamento. Por esta razão, o presente trabalho teve como objetivo identificar e discutir, por meio de revisão da literatura, as principais causas associadas aos insucessos frequentes ou eventuais ocorridos na reabilitação oral envolvendo esse tipo de prótese. Como método, foram realizadas buscas de artigos científicos em bases de dados online, como Pubmed (MEDLINE) e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), bem como títulos de livros e trabalhos acadêmicos relacionados ao tema. Foram encontrados 42 artigos e selecionados 30 após a leitura dos resumos (excluindo-se as revisões de literatura). Após análise e interpretação dos dados contidos em tais estudos, concluiu-se que os insucessos foram ocasionados, em sua maioria, por: atitudes do Cirurgião-Dentista (CD), como falta de conhecimento e negligência na elaboração do planejamento ou ainda transferência de responsabilidade ao Técnico em Prótese Dentária (TPD); comunicação ineficiente entre CD e TPD; e descuido por parte dos pacientes no tocante à higienização ou ao compromisso em retornar para as consultas de preservação. No que se refere aos eventuais danos aos tecidos adjacentes ocasionados por tais falhas, a literatura analisada demonstrou que os mais frequentes além de cárie e doença periodontal foram, nesta ordem, estomatite por prótese, hiperplasia fibrosa inflamatória e úlcera traumática.

Palavras-chave: prótese parcial removível, falhas, insucesso, modelos, técnico em prótese dentária.

ABSTRACT

Rehabilitation through Removable Partial Denture (RPD) promotes not only improved masticatory efficiency and preservation of remaining tissues, but also restores aesthetic, phonetic and provides comfort to the patient. However, when conducted improperly or under the influence of several factors, such treatment can result in failure and, depending on the source, can lead to harm to the patient. Therefore, the fact that RPD represents one of the most important alternatives for oral rehabilitation in Brazil, it becomes evident the need to improve the knowledge about the subject. In addition, few studies comprehensively approach the factors that condition the failures in this treatment modality. For this reason, the present study aimed to identify and discuss, through a review of the literature, the main causes associated with frequent or occasional failures in oral rehabilitation involving this type of prosthesis. As a method, scientific articles were searched in online databases such as Pubmed (MEDLINE) and VHL (Virtual Health Library), as well as book titles and academic papers related to the topic. We found 42 articles and selected 30 after reading the abstracts (excluding literature reviews). After analyzing and interpreting the data contained in these studies, it was concluded that the failures were mostly caused by: Dentist-Surgeon (DS) attitudes, lack of knowledge and negligence in the planning process or transfer of responsibility to the Prosthodontic Technician (PT); inefficient communication between DS and PT; and carelessness on the part of patients regarding hygienization or commitment to return to the referral consultations. Regarding the possible damages to the adjacent tissues caused by such failures, the analyzed literature showed that the most frequent besides caries and periodontal disease were, in this order, stomatitis by prosthesis, inflammatory fibrous hyperplasia and traumatic ulcer.

Keywords: removable partial denture, failure, casts, prosthodontic technician.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD – Cirurgião-Dentista

DOR – Departamento de Odontologia Restauradora

DPB - Dental Practice Board (Conselho de Prática Odontológica)

IP – Índice de Placa

NHS - National Health Service (Serviço Nacional de Saúde Britânico)

OHIP - Oral Health Impact Profile (Perfil de Impacto Sobre a Saúde Bucal)

PPR – Prótese Parcial Removível

PT – Prótese Total

PS – Profundidade de Sondagem

RG – Recessão Gengival

TPD – Técnico em Prótese Dentária

UFG – Universidade Federal de Goiás

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UMC - Universidade de Mogi das Cruzes

UNICID - Universidade Cidade de São Paulo

UPF – Universidade de Passo Fundo

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 MATERIAIS E MÉTODOS	04
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	05
3.1 PPR no contexto da odontologia atual.....	05
3.2 Taxas de insucesso das PPRs e fatores associados à insatisfação dos pacientes.....	05
3.3 Aspectos de responsabilidade dos profissionais.....	11
3.3.1 Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas acerca do tema.....	11
3.3.2 Qualidade dos modelos enviados aos laboratórios e comunicação entre Cirurgiões-Dentistas e Técnicos em Prótese Dentária.....	15
3.4 Aspectos de responsabilidade do paciente.....	19
3.4.1 Cuidados com a higiene e manutenção do tratamento	19
3.5 Danos aos tecidos adjacentes.....	22
4 DISCUSSÃO.....	28
5 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	41
APÊNDICES.....	42

1 INTRODUÇÃO

As próteses, de um modo geral, consistem em aparelhos artificiais que substituem uma parte do corpo ou de um órgão e atuam como solução frente às deficiências, acidentes, doenças, bem como defeitos congênitos. Quando aplicadas à odontologia, tratam essencialmente da reposição de dentes e tecidos bucais faltantes (Kliemann e Oliveira, 2002). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2012, 21,3% da população brasileira com idade entre 35 e 44 anos e 20,3% entre 65 e 74 anos utilizavam Prótese Parcial Removível (PPR) em arcada superior, inferior ou ambas. Apenas 7,3% dos indivíduos de 65 a 74 anos, em 2010, não necessitavam de prótese dentária (Brasil, 2012).

Dentre os objetivos de sua confecção, pode-se citar: restaurar a eficiência mastigatória, fonética e estética, proporcionar conforto ao paciente, bem como integrar-se ao sistema estomatognático e preservar tecidos remanescentes. São indicadas em casos nos quais o paciente apresenta condições como extremidades livres uni ou bilaterais, espaços protéticos múltiplos ou extensos, excessiva perda de tecido ósseo ou ainda necessidade da recolocação imediata dos dentes anteriores. Podem ainda ser meio de ferulização ou contenção de dentes com mobilidade e auxiliar nas contenções de fratura (Kliemann e Oliveira, 2002).

Na prática clínica, a PPR cumpre um papel relevante na reabilitação de desdentados parciais. Consiste em um método terapêutico biologicamente satisfatório e de custo acessível para uma grande parcela da população. Este não apenas repõe elementos dentais ausentes, mas também perpetua a saúde e integridade dos remanescentes (Leles et al., 1999). Consiste ainda em uma das reabilitações mais complexas realizadas no âmbito da prótese dentária, exigindo várias sessões até sua conclusão (Kliemann e Oliveira, 2002).

Apesar de se tratar de uma alternativa de tratamento frequentemente empregada para reabilitação dos pacientes, infelizmente, por grande maioria deles, esse tipo de prótese é considerado como pouco eficiente, danosa aos dentes, periodonto e fibromucosa, além de produzirem desconforto e serem antiestéticas (Oliveira et al., 2018). Essa premissa negativa é, na maioria das vezes, resultado de iatrogenias nas quais o profissional além de não conduzir

corretamente o planejamento, delega funções indevidas ao técnico de laboratório responsável pela sua confecção (Kliemann e Oliveira, 2002). Há um estudo acerca do assunto que apresenta um percentual de 94,29% de casos investigados nos quais o planejamento e desenho dos trabalhos foram delegados ao técnico em prótese dentária (TPD). Além disso, cita ainda que esse profissional não participa das inúmeras variáveis de ordem biológica, mecânica e psicológica que envolvem o tratamento protético e que condicionam seu sucesso, aumentando assim a chance de falhas. (Oliveira et al., 2009)

Desta forma, embora necessário, o tratamento protético, sobretudo quando mal planejado, não elimina a possibilidade de novos problemas ocorrerem sobre os elementos biológicos e protéticos envolvidos. A própria PPR aliada a outros fatores, como má higienização, pode representar um contribuinte capaz de desencadear, por exemplo, doença periodontal (Leles, et al., 1999). Sendo assim, é necessário que o profissional esteja preparado para coletar e interpretar todos os dados necessários para que a PPR respeite mecanicamente as estruturas biológicas e se integre ao sistema estomatognático evitando assim a falha no tratamento.

No entanto, o que se tem observado na prática, segundo pesquisas, é um percentual considerável de reabilitações que resultam em insucesso. Alguns autores demonstram percentuais que variam de 33% (Vanzeveren et al., 2002) a 39,6% (Wagner e Kern, 2000). Estes últimos consideram como insucesso a ausência de retenção, suporte e/ou estabilidade satisfatórios, além do desconforto ao paciente.

Todescan e colaboradores (1998) agrupam as causas de tais falhas, didaticamente, em 5 categorias: dependentes exclusivamente do cirurgião-dentista (CD), exclusivamente do paciente, tanto do CD quanto do paciente, exclusivamente do TPD e as causas que dependem tanto dele quanto do CD.

Torna-se evidente, portanto, a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca dos principais fatores a serem considerados na elaboração do planejamento da PPR, em virtude dessa opção protética ser uma das principais alternativas para reabilitação oral no Brasil. Além disso, poucos trabalhos publicados abordam de maneira abrangente os fatores que condicionam falhas nos tratamentos. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi identificar e

discutir, por meio de revisão da literatura, as principais causas associadas aos insucessos ocorridos na reabilitação oral envolvendo prótese parcial removível.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para elaboração do presente estudo, foram realizadas buscas de artigos científicos em bases de dados online, bem como títulos de livros e trabalhos acadêmicos relacionados ao tema, considerando também publicações internacionais. As bases Pubmed (MEDLINE) e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) foram utilizadas partindo-se das palavras-chave: “prótese parcial removível, falhas, modelos, técnico em prótese dentária” e “removable partial denture, failure, casts, prosthodontic technician”. Foram encontrados 42 artigos e selecionados 30 após a leitura dos resumos (os 12 estudos excluídos consistem em revisões de literatura). Tais artigos foram publicados no período de 1996 a 2017 e a obtenção de dados partiu da análise e interpretação dos mesmos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PPR NO CONTEXTO DA ODONTOLOGIA ATUAL

Neto et al. (2011) citam em sua obra o fato de que, até a década de 40, a perda de dentes era vista como algo natural e inerente ao envelhecimento humano. Contudo, este pensamento começou a mudar em meados do século XX quando do surgimento da Odontologia Preventiva. Afirmam ainda que o progresso científico, sobretudo na área da periodontia, permite concluir que o sucesso na reabilitação com PPR está intimamente relacionado à importância dada à higiene oral, controles periódicos, bem como correto planejamento e execução dos casos. Consideram ainda que o ensino desta modalidade de tratamento deve ser bem fundamentado nas universidades, haja vista o fato de que fará parte da clínica odontológica por longo tempo. Concluem que, apesar da redução do edentulismo observada nas últimas décadas, a necessidade de PPR por parte da população ainda é considerável e se fará presente a longo prazo, pois diferenças socioeconômicas e culturais em sociedade acarretam expectativas, oportunidades e realidades muito distintas entre os pacientes.

3.2 TAXAS DE INSUCESSO DAS PPRs E FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO DOS PACIENTES

Wagner e Kern (2000) realizaram uma pesquisa com o objetivo de examinar a condição e taxa de sucesso de várias PPRs após 10 anos de início do uso. Consideram como bem sucedida a reabilitação cuja prótese empregada apresenta retenção, suporte e estabilidade satisfatórios. Não obstante, citam a ausência, ainda que a longo prazo, de fraturas no metal ou acrílico e de perda da coloração deste último componente. Foram examinados 74 pacientes. No geral, 36,6% dos tratamentos com próteses foram considerados sucessos, 23,8% sucessos parciais e 39,6% apresentavam falhas. Apenas um terço das próteses não apresentou problemas de higiene nem falhas técnicas. As próteses constituídas por vários pilares apresentaram melhores resultados (66,7%). Concluíram, portanto, que a taxa de sucesso das próteses após 10 anos foi

relativamente alta (60%), embora não possa ser comparada ao sucesso das próteses parciais fixas, por exemplo, que, apesar disso, para os casos examinados não eram opções plausíveis de tratamento.

No que tange ao grau de satisfação dos pacientes com relação à PPR, Zlataric e Celebic (2001) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar este aspecto. Como metodologia, selecionaram 165 pacientes usuários de PPR com idade entre 38 e 87 anos e cujo tratamento havia sido realizado por diferentes clínicos do Departamento de Próteses da Faculdade de Odontologia da Universidade de Zagreb. Dentre os casos selecionados, 48% tinham envolvimento de pelo menos um dente anterior e 81% Classe I de Kennedy. Os pacientes preencheram um questionário e classificaram sua PPR quanto ao nível de satisfação geral e quanto à estética, retenção e qualidade da higiene em uma escala de 1 a 5. Além disso, um especialista avaliou as próteses utilizando a mesma escala sem conhecer a opinião dos usuários. Obtiveram o seguinte resultado: mais da metade dos usuários (54%) mostraram-se satisfeitos com o tratamento, embora alguns (7%) tenham se mostrado completamente insatisfeitos. Concluíram, no entanto, que a avaliação dos pacientes quanto ao resultado do tratamento foi, em média, menos criteriosa em comparação à avaliação dos profissionais, os quais consideraram cerca de 30% das próteses como efetivas.

Cosme et al. (2006) ressaltam que a maioria dos usuários de PPR mostra-se satisfeita com suas próteses. Porém, os fatores que influenciam a satisfação e aceitação não estão determinados. Realizaram então uma pesquisa com o objetivo de explorar variáveis técnicas, biológicas e de satisfação sobre o funcionamento de PPRs após cinco anos de uso, comparando a avaliação do CD e do paciente. Selecionaram cinquenta adultos (39 mulheres e 11 homens) os quais foram examinados 5 anos após a instalação da PPR. Para coleta de dados realizou-se exame clínico e aplicação de questionário estruturado. Coletou-se dados referentes às condições dos tecidos de suporte, aceitação e características técnicas da PPR, mastigação, estética, conforto, higiene e necessidade de intervenção profissional. Mais de 50% dos pacientes classificaram suas próteses como excelente quanto à retenção, mastigação, estética, conforto e higiene. No que diz respeito ao CD, obtiveram o seguinte resultado: na avaliação do profissional, retenção e estabilidade foram consideradas excelentes em cerca de

66% dos pacientes e a higiene dos dentes e da prótese foi considerada boa em 52% e 46% dos casos, respectivamente. No que diz respeito às armações metálicas e bases acrílicas, essas foram consideradas adaptadas em 92% dos casos. Do ponto de vista dos profissionais, a aceitação e sucesso da prótese foi associada à retenção, estabilidade e condição da armação metálica. Concluíram, portanto, que, após cinco anos, a reabilitação oral com PPR estava satisfatória na maioria dos casos. Houve correlação com as variáveis retenção, mastigação, conforto e estabilidade.

Graham et al. (2006), afirmam que existem discrepâncias entre a intenção clínica e o resultado final dos tratamentos envolvendo as PPRs cujas razões, no entanto, são desconhecidas. Acreditam que podem ser reflexo de atitudes e expectativas do paciente, conhecimento e técnica do CD ou até mesmo restrições financeiras. Por este motivo, realizaram um estudo com o objetivo de elucidar e identificar fatores que influenciam no uso de tais próteses. Para tanto, utilizaram como metodologia um estudo qualitativo exploratório descritivo, com análise de dados para obter uma compreensão profunda da atitude dos cirurgiões e dos pacientes em relação às PPRs. Utilizou-se o banco de dados de serviços odontológicos do NHS (o serviço público de saúde britânico), bem como entrevistas aos profissionais. Com relação aos pacientes, foi selecionada uma amostra intencional e que apresentava variação no número de dentes perdidos, sexo e idade (entre 52 e 82 anos). Foram realizadas entrevistas aos pacientes (usuários ou não de prótese) baseadas em um guia de tópicos pré-desenvolvido, embora os participantes tenham sido autorizados a abordar outros problemas e discussões que julgassem relevantes. Posteriormente, houve a análise das respostas para identificar os pontos de maior interesse. Os usuários foram divididos em dois grupos quanto à frequência do uso: regular ou ocasional. Como resultado, observaram que os pacientes se sentiam mais motivados ao uso da PPR quando do envolvimento de elementos ântero-superiores e no caso daqueles cujo trabalho exigia constante contato com outras pessoas. Além disso, do ponto de vista dos pacientes, as PPRs eram úteis ainda para auxiliar no suporte do formato da face. Após o estudo, concluíram que os profissionais associam o uso da PPR à reabilitação funcional dos dentes, enquanto que, para os pacientes, essa tem um significado majoritariamente social, que possibilita a interação com pessoas. Muitos pacientes reconheciam a importância da PPR para

funcionalidade do sistema estomatognático, embora alguns tenham descrito inconvenientes associados a seu uso, como a necessidade de retirá-la após as refeições para higienização. Apontaram como principais causas de insatisfação no tratamento a instabilidade ou má-adaptação e a sensação de ter um corpo estranho na boca.

Zlatic e Celebic (2008) realizaram um estudo com o objetivo de analisar fatores relacionados à satisfação e sucesso em pacientes usuários de PPRs. Participaram 103 usuários de prótese Classificação I de Kennedy, todos com idade entre 34 e 82 anos, sendo 35 homens e 68 mulheres. Para tal análise, os pacientes avaliaram sua satisfação utilizando uma escala de 1 a 5, onde 1 é insatisfação completa e 5 é excelência. Os resultados demonstraram que a satisfação e sucesso das próteses maxilares foram correlacionados, de um modo geral, à função mastigatória (86% dos casos), estética (77%), e fala (68%); enquanto que nas próteses inferiores houve correlação com estética (53%) e mastigação (89%). Concluíram com isto que, entre outros fatores, a estética foi a responsável pela satisfação da maioria.

Etman e Bikey (2012) pesquisaram os efeitos de gênero dos pacientes e localização das próteses (maxila ou mandíbula) sobre a performance clínica e sucesso na reabilitação com as mesmas. Para isso, foram avaliados 100 pacientes que tiveram suas próteses entregues para uso entre 1990 e 1995. Um sistema de avaliação numa escala de 4 pontos foi usado para avaliar 70 critérios, incluindo: aceitação, estabilidade, apoio, retenção, adaptação, oclusão, integridade e desenho das próteses, preparo, desgaste oclusal, estética, fonética, condição tecidual, mobilidade dos pilares e índice de placa (IP). Como resultado, observaram, de um modo geral, 70,5% de sucesso das próteses. As falhas estavam relacionadas principalmente a retenção e integridade insatisfatórias e desadaptação. Com relação ao gênero, notou-se 75% de sucesso no caso dos homens e 67,2%, em mulheres. Aquelas usadas em maxila mostraram melhor resultado (78%) em relação a critérios como aceitação, adaptação, estética, estabilidade e fonética quando comparadas àquelas usadas em mandíbula (70,1%). Concluíram a partir disso que, aparentemente, os fatores associados aos pacientes são tão importantes, se não mais influentes, que aqueles associados aos profissionais.

Moreira et al. (2012) buscaram avaliar o nível de satisfação e a capacidade mastigatória em pacientes reabilitados com PPRs antigas comparando-as com novas próteses. Para isso, foram selecionados 22 pacientes que procuraram atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para substituição das próteses. A coleta dessas informações se deu através da aplicação de questionários aos pacientes acerca do tema. Tais questionários avaliaram ainda a qualidade de vida relacionada a saúde bucal. Os pacientes escolheram scores de 0 a 2 (sendo 0 nunca, 1 às vezes e 2 quase sempre) para questões acerca da satisfação com a estética, prazer ao alimentar, conforto, segurança, bem como capacidade de mastigar. Além disso, foram questionados acerca dos fatores que os motivaram na procura por atendimento para substituir a PPR, entre eles: retenção, estética, fonética, mastigação, conforto, desgaste oclusal, fratura da prótese ou perda de dentes pilares. Após a análise e interpretação das informações, notou-se que a satisfação dos pacientes elevou de 54% para 82% após a substituição, assim como a capacidade mastigatória, que passou de 61% para 85%. No que tange aos fatores que resultaram na insatisfação com o tratamento e, conseqüentemente, na necessidade de substituição da prótese, pode-se citar: fonética (1,6%), desgaste oclusal (3,2%), mastigação (8%), desconforto (9,7%), perda dos dentes pilares (13,3%), fratura (16,1%), estética (21%), e retenção (24,5%). Dessa forma, concluíram que a estética e retenção comprometidas foram os principais fatores que ocasionaram a falha e necessidade de substituição das PPRs. Ademais, os pacientes tenderam a perceber o benefício ocasionado por essa substituição.

Em seu estudo, Rodrigues (2014) objetivou comparar a eficiência mastigatória no tratamento de pacientes com diferentes caracterizações a nível de dentição: um grupo controle de pacientes com dentição natural completa, três grupos representativos de pacientes parcialmente desdentados, classe I, II e III de Kennedy e um grupo de pacientes que tinha sido previamente sujeito a reabilitação oral por uso de prótese. Para isso os pacientes submeteram-se a um teste de mastigação usando goma natural para este fim. A granulometria das partículas foi registrada à fim de inferir a qualidade da função mastigatória do paciente e o teste foi dividido em uma ou duas fases a depender do tipo prótese usada. Em casos envolvendo prótese fixa, o teste de mastigação foi executado numa única fase. Já em usuários de PPR, foi executado em duas fases, uma com

a prótese colocada e outra com a prótese ausente da boca do paciente, de forma a possibilitar a medição do impacto que a PPR possa ter na reabilitação da função mastigatória. Em todos os pacientes, o teste mastigatório foi executado em 3 modalidades, mastigação unilateral à direita, à esquerda e livre. A comparação dos resultados permitiu concluir que o paciente reabilitado com prótese fixa tem uma melhor eficiência mastigatória do que os reabilitados com PPR. Neste último caso, quanto maior o número de elementos perdidos, menor a eficiência mastigatória e chances de sucesso no tratamento.

Manenti (2016), realizou um estudo retrospectivo observacional com o objetivo de avaliar a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses conduzidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A amostra foi composta por 14 próteses de 12 pacientes, confeccionadas entre 2010 e 2014. Destas, 6 eram Classe I de Kennedy; 3 Classe II - Modificação 1; 1 Classe II – modificação 2; 1 Classe III – Modificação 1; 2 Classe III – Modificação 2 e 1 Classe IV. Os resultados indicaram que, além de fatores associados à higiene, falhas e complicações mecânicas também se mostraram presentes e responsáveis por falhas como, por exemplo, perda de retenção e manchamento, bem como queixas estéticas e fonéticas, embora com menor frequência. Concluíram que a prevalência de complicações em PPRs é moderada, indicando a necessidade de reparo ou repetição com frequência. A implantação de programas de educação em saúde e manutenção das próteses é fundamental para aumentar o sucesso em longo prazo.

Segundo Ali et al. (2017), o uso bem-sucedido de PPR é influenciado pelo paciente através de fatores como idade, tempo de uso e número e/ou posição dos dentes perdidos. Realizaram então uma pesquisa com o objetivo de investigar a influência das variáveis dos pacientes sobre as próteses e 84 deles concordaram em participar do estudo. Como método de escolha, os participantes foram convidados a completar o Oral Health Impact Profile (OHIP-20) após 4 semanas da colocação das próteses. O OHIP-20 (Anexo 1) é um questionário de 20 itens medido em uma escala de 5 pontos, pontuando de nunca (0, menos impacto) a muita frequência (4, maior impacto), resultando em uma pontuação total de 0 a 80 pontos. Alguns registros clínicos foram utilizados para analisar as variáveis de interesse dos pacientes que responderam ao questionário, como:

idade, sexo, número de dentes ausentes (excluindo terceiros molares), configuração da prótese (PT contra PPR, PPR contra PPR, PPR contra arcada hígida), tipo de suporte, substituição de dentes anteriores, presença de extremidade livre e experiências do paciente ao usar a prótese. Como resultado, notaram que houve diferença no OHIP-20 entre as variáveis analisadas. No gênero masculino, por exemplo, o score médio foi 16, enquanto no feminino, 24. Em casos de substituição por PPR dos dentes anteriores, o score foi 14, enquanto nos casos de dentes posteriores, 47. Na presença de extremidade livre, o score foi 20, enquanto que na sua ausência, 18. Em paciente com histórico de uso de prótese, o score foi 19, enquanto que nos casos de primeiro uso foi 26. Os autores concluíram, portanto, que melhores resultados na reabilitação foram associados a dentes anteriores e que, quanto maior o número de elementos a serem substituídos, pior foi o prognóstico. Além disso, fatores como gênero e número de dentes mostrou correlação estatisticamente significativa no tocante ao sucesso do tratamento. Destacaram ainda que a correlação entre os melhores resultados e as próteses em dentes anteriores se deve ao fato de que é bem provável que em cada lado dos dentes perdidos haverá dentes naturais capaz de apoiar a prótese, dar maior estabilidade e retenção. Além disso, a preocupação com a estética nestes casos se faz mais presente. Quanto ao número de dentes perdidos, citam que é diretamente proporcional aos impactos causados bem como à complexidade do planejamento.

Ao final deste trabalho apresenta-se uma comparação entre os estudos acerca das taxas de insucesso das PPRs e dos fatores associados à insatisfação dos pacientes (Apêndice A).

3.3 ASPECTOS DE RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

3.3.1 Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas acerca do tema

Lynch e Allen (2006), destacam em seu artigo que a indicação inadequada de PPRs tem-se demonstrado um problema frequentemente discutido da literatura nos últimos 30 anos. Partindo deste fato, desenvolveram um estudo com objetivo de determinar os efeitos de fatores relacionados aos CDs sobre a qualidade das PPRs planejadas e prescritas nos Estados Unidos, Irlanda e Reino

Unido. No que tange à metodologia, os autores lançaram mão da aplicação de questionários acerca de atitudes, opiniões e experiências dos 107 CDs que aceitaram participar. Cerca de 35% assumiram que, às vezes, delegam o planejamento da PPR ao TPD, enquanto 11% admitiram que sempre o fazem. Apenas 15% e 13%, respectivamente, relataram que sempre ou frequentemente têm tempo suficiente para se dedicarem ao planejamento da PPR. Com relação aos honorários recebidos, 64% dos CDs afirmam que é um “incentivo” pobre para que possam dispender tempo suficiente com o planejamento da PPR. Apenas 6% não concordam com tal afirmação. Quando questionados acerca de qual etapa do tratamento julgam mais difícil, 70% apontam o planejamento e design da PPR. No tocante ao número de PPRs planejadas durante sua formação, as respostas variaram: 4 CDs apenas 1; 14 CDs, 2; 24 CDs, 4; e apenas 2 CDs, 12. Os resultados permitiram aos autores concluir também que os profissionais de odontologia realizaram poucos tratamentos envolvendo PPRs durante a formação profissional e que, provavelmente, foram desencorajados a optar por intervenções com tais próteses. Além disso, notaram que os problemas associados a estas, estão muito relacionados a questões educacionais, ressaltando as deficiências no ensino durante a formação.

Segundo Allen et al. (2008), estudos indicam uma baixa aceitação de pacientes usuários de PPRs no Reino Unido, haja vista que cerca de 30-50% nunca usam a prótese ou apenas ocasionalmente o fazem. Este fato gera uma necessidade de tratamento adicional à longo prazo e representa risco potencial de desperdício de recursos para o NHS (serviço britânico de saúde pública). Desta forma, elaboraram um estudo para explorar os fatores que determinam o padrão de fornecimento de PPRs por dentistas no Reino Unido. Quanto à metodologia, a amostragem foi baseada no registro do Dental Practice Board (DPB) extraído de 65 autoridades de saúde na Inglaterra. Os pesquisadores desconheciam a identidade dos profissionais que participaram do estudo. A coleta de dados ocorreu através de questionário que continha as seguintes sessões: quantidade de prescrições de PPRs de acrílico e cobalto-cromo no ano anterior; fatores que influenciam o sucesso ou falha em PPRs e o processo de confecção das próteses. Além disso, abordou-se características acerca dos cirurgiões-dentistas, como gênero, anos de formação e pós-graduação. Dos 796 questionários enviados aos cirurgiões-dentistas, 385 (48%) foram respondidos. Quanto aos

resultados, 68% eram homens e 83% do total tinha 5 anos ou mais de formação. Para os cirurgiões-dentistas, as principais razões que levam à reabilitação com PPRs são: estética e confiança social, ajuste da oclusão e capacidade mastigatória, redução de desgaste e melhoria da fala. No que tange ao sucesso da PPR, segundo estes, estava associado (nesta ordem de importância): à satisfação do paciente quanto à estética; à orientação dos pacientes quanto à higienização dos dentes remanescentes, sobretudo os de suporte; realização de ajustes periódicos; prognóstico dos dentes adjacentes; aspectos financeiros do paciente e tempo desde a perda dos elementos dentários. Concluíram que, embora os aspectos relacionados aos pacientes tenham influência, as principais barreiras ao sucesso das PPRs são reflexo de percepções, atitudes e outros fatores associados aos conhecimentos dos CDs.

Segundo, Júnior et al. (2009), quando se revisa a literatura nacional, pouco se encontra a respeito do conhecimento do CD no concernente à responsabilidade na qualidade de PPRs instaladas. Partindo disso, realizaram uma pesquisa com objetivo de avaliar o conhecimento de CD's da cidade de Piracicaba-SP sobre a correta avaliação das PPRs instaladas e discutir a legislação vigente acerca da responsabilidade de cada um dos profissionais envolvidos na confecção de uma PPR. Para isso, utilizou-se questionários que foram entregues aos 407 profissionais inscritos do município. Contudo, apenas 126 retornaram respondidos. O questionário foi dividido em duas partes, sendo que na primeira foram solicitados dados gerais da formação do CD e na segunda foram abordadas questões referentes ao conhecimento do CD quanto à correta avaliação das PPRs instaladas. Os principais fatores avaliados pelos CDs quanto à estética foram: cor e forma dos dentes e exposição de grampos. No tocante à fonética, apontaram a pronúncia de palavras e presença de chiados; enquanto que para a mastigação, apontaram a oclusão, ausência de deslocamento da PPR e o fato de o paciente conseguir ingerir alimentos que não conseguia anteriormente à reabilitação. Cerca de 59% dos CDs consideravam-se capazes de avaliar as PPRs instaladas, enquanto que 60% capazes de avaliar o grau de satisfação dos pacientes. Em casos de insatisfação do paciente, 46% afirmaram que confeccionariam outra PPR sem ônus ao paciente, 35% com ônus e 19% não o fariam novamente. Quanto à atualização dos conhecimentos, 57% dos CDs declararam não participar de cursos, palestras e aulas, o que contraria o Artigo 5,

parágrafo IV do Código de Ética Odontológico, que estabelece a obrigatoriedade da atualização de conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais para o pleno exercício da profissão. Dos 126 CDs, 84% possuem formação em prótese oriunda apenas da graduação, embora 70% tenha assumido a necessidade de um curso de especialização. Cerca de 61% declararam não ter conhecimento sobre o Código de Ética da profissão. Concluiu-se que os pesquisados possuíam conhecimentos precários necessários para o estabelecimento de um bom planejamento, confecção, bem como de uma correta avaliação das PPRs instaladas e proervação das mesmas. A legislação e jurisprudência concernente à responsabilidade pelos serviços prestados no tocante à PPR coloca o CD como o único responsável pelos serviços de diagnóstico, planejamento, execução na cavidade bucal, escolha da cor dos dentes, da cor da resina, do tipo, forma e tamanho dos dentes, instalação, avaliação e proervação, sendo que a maioria dos profissionais não tem conhecimento destes fatos.

Já Fernandes et al. (2014) realizaram um estudo transversal descritivo para verificar o grau de conhecimento de CDs especialistas em prótese dentária da cidade de Porto Alegre (RS) sobre aspectos relacionados aos insucessos de trabalhos protéticos (sobretudo no que tange à satisfação do paciente quanto à estética, conforto, fonética e adaptação), bem como propor uma reflexão sobre o tipo de obrigação assumida pelos protesistas durante o tratamento odontológico. Como metodologia, utilizaram a aplicação de questionários compostos por questões fechadas e abertas. A amostra foi composta por 143 participantes. Como resultado observaram que, de acordo com a percepção e conhecimento dos CDs, as falhas nas reabilitações com próteses estão associados à ausência de visitas regulares ao dentista para proervação e eventuais ajustes na prótese, baixa qualidade do serviço realizado pelo laboratório, ausência do desenvolvimento de plano guia, escolha inadequada dos dentes utilizados na confecção da prótese, má elaboração do plano de tratamento, bem como do design da prótese. Os autores puderam concluir, portanto, que os protesistas demonstraram ter conhecimento adequado acerca das questões que permeiam os insucessos na especialidade.

3.3.2 Qualidade dos modelos enviados aos laboratórios e comunicação entre Cirurgiões-Dentistas e Técnicos em Prótese Dentária

Para Castro et al. (2009), é comum que etapas do planejamento de PPRs de reponsabilidade do CD sejam negligenciadas ou delegadas ao TPD. Afirmam ainda que os fracassos iniciam-se quando estes dispositivos alteram o funcionamento do sistema estomatognático. Realizaram então uma pesquisa com objetivo de avaliar modelos de pacientes parcialmente edêntulos enviados pelos CDs aos laboratórios de prótese dentária sob os seguintes aspectos: a) condições físicas - molde, modelo e tipo de gesso; b) condições técnicas - presença de planejamento, desenho, delineamento, preparo de boca e montagem em articulador e c) comunicação entre o CD e o TPD da região em questão. A presente pesquisa foi realizada nos laboratórios de prótese dentária da cidade de Teresina (PI) que realizam trabalhos de PPR e são registrados no Conselho Regional de Odontologia para avaliação dos modelos de pacientes parcialmente edêntulos. Foram analisados 140 modelos em 5 laboratórios e uma ficha foi aplicada, com 14 questões fechadas. Os modelos foram analisados à luz natural ou artificial e fotografados para fins de registro e ilustração. Quanto aos resultados, cerca de 78,57% dos modelos foram considerados inadequados devido a bolhas, reprodução inadequada ou carência de detalhes. Cerca de 96,43% foram montados em ASA pelo próprio TPD e apenas um dentista encaminhou o registro para a montagem. A charneira foi o tipo de articulador usado em 97,14% das montagens. Em 94,29% dos casos, o planejamento e desenho não foram executados pelo CD e em 87,86% dos casos nenhuma evidência de preparo de boca foi encontrada. Em 80%, a comunicação entre técnicos e dentista foi feita por telefone. Os autores concluíram, portanto, que há excessiva transferência de responsabilidades do CD ao TPD, bem como comunicação ineficaz entre os mesmos.

Oliveira et al. (2009) realizaram uma pesquisa de campo nos laboratórios de prótese dentária da cidade de Feira de Santana (BA), com o objetivo de discutir os problemas envolvidos na grande quantidade de insucessos verificados em reabilitações orais com esse tipo de prótese, bem como a situação do planejamento das mesmas. Como metodologia, optou-se por considerar 6

laboratórios comerciais da cidade no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006. Verificou-se: número de PPRs confeccionados, presença de desenho da estrutura metálica da PPR, número de modelos delineados e que apresentavam preparo de boca (nichos, planos-guia e apoios de cingulo). Como critério de inclusão optou-se por apenas CD que trabalhavam na cidade. Como resultado observaram que, das 1.314 PPRs confeccionadas, apenas 6% dos modelos foram desenhados, 27% foram delineados e 8% apresentaram preparo de boca. Concluíram, portanto, que mais de 90% dos modelos não possuíam qualquer tipo de planejamento, desenho, delineamento ou preparo de boca, fato que predispõe ao grande número de insucessos das reabilitações.

Batista et al. (2011) avaliaram o planejamento (presença ou ausência) e a qualidade dos modelos de trabalho para confecção de PPR enviados aos laboratórios comerciais da cidade de João Pessoa (PB). Foram fotografados 40 modelos por laboratório, num total de 120 modelos de trabalho. A avaliação foi realizada através de dois questionários, um destinado ao TPD e outro aplicado pelo pesquisador na avaliação visual dos modelos. Cada um dos 3 laboratórios de prótese dentária da cidade de João Pessoa recebeu um código, representado pelos numerais romanos I, II e III e foram visitados diariamente, por um período de 30 dias, nos quais os modelos foram analisados e fotografados. O código utilizado para identificar os modelos em cada laboratório foi de 01 a 40 (números arábicos). Como resultado, encontraram os seguintes dados: a quantidade média de estruturas metálicas produzidas mensalmente pelo laboratório I foi de 150 estruturas, 40 no laboratório II e 100 no laboratório III. Quanto ao uso do delineador, os laboratórios I e II indicaram sempre fazerem uso do mesmo, ao passo que o laboratório III não o faz. Nesta pesquisa, todos os modelos (100%) chegaram vazados aos laboratórios. Entretanto, apenas 28 modelos (23,3%) apresentaram o planejamento da estrutura metálica a ser executada, contra 92 modelos (76,7%), que não o apresentaram ficando toda a responsabilidade delegada aos TPDs. Dentre os modelos que apresentaram planejamento da estrutura, 24 (20%) foram por meio de desenho no modelo de trabalho, 3 (2,5%) por desenho no modelo de estudo, e apenas 1 (0,8%) através da antiga estrutura metálica. Em nenhum dos modelos havia informações sobre qual seria o eixo de inserção e remoção determinado para confecção da prótese. Aproximadamente metade dos modelos (49,2%) foi enviada junto com o modelo antagonista. Apenas

13,3% deles chegaram montados em articulador, sendo 100% destes do tipo charneira. De todos os modelos, 71,7% foram classificados como de qualidade “Pobre”, 9,1% como “Aceitável” e apenas 19,2% como “Boa”. Em apenas 19,2% dos casos os nichos estavam corretamente preparados quanto à quantidade e localização. Na avaliação da presença de defeitos, um grupo de 18 modelos (15%) apresentou-se sem defeito algum. No outro grupo, de 102 modelos (85%), foi encontrado algum tipo de defeito como: bolhas em positivo, bolhas em negativo, dentes fraturados, molde com sub-extensão, mau vazamento e modelos extremamente sujos. Concluíram, portanto, que os modelos enviados aos laboratórios comerciais para a confecção de PPRs são, em sua ampla maioria, desprovidos de condições adequadas para essa função, devido à falta de nichos em número e localizações adequadas, o que caracteriza falta de preparo de boca básico; e à ausência de informações quanto ao planejamento da estrutura metálica pelo CD, deixando a cargo do TPD a realização do mesmo. Além disso, a qualidade dos modelos enviados mostrou-se insatisfatória, com a presença de defeitos estruturais, sendo alguns de tal magnitude que poderiam inviabilizar a confecção laboratorial adequada das próteses. Existe, portanto, necessidade de maior orientação aos CDs e TPDs a respeito da importância desses fatores no sucesso do tratamento com PPR.

Júnior et al. (2011), realizaram uma pesquisa com o objetivo de constatar nos modelos de gesso usados para confecção de PPR e enviados aos laboratórios de prótese dentária da cidade de Piracicaba (SP) se houve preparo dos elementos dentários e o modo pelo qual ocorre a comunicação entre o CD e o TPD para a confecção da PPR (envio de desenhos e/ou o planejamento do referido tipo de prótese dentária junto com os modelos). A qualidade do procedimento também foi analisada nos planejamentos enviados por escrito. Como metodologia, selecionaram apenas laboratórios que realizavam todas as etapas da confecção de PPR (um total de cinco estabelecimentos). Um questionário foi utilizado para avaliação dos modelos disponíveis no dia da pesquisa com questões estruturadas e abertas, abordando todos os aspectos inerentes ao preparo dos elementos dentários. Como resultado, observou-se que dos 43 modelos recebidos, apenas 15 tinham preparo dentário e a grande maioria era enviada sem o respectivo planejamento. Além disso, os técnicos conheciam as atribuições do CD no processo de confecção. Constatou-se que a

comunicação entre TPD e CD em 95% dos casos deu-se de forma verbal. Concluiu-se que todos os profissionais envolvidos com este tipo de trabalho possuem conhecimentos parciais com relação às diversas fases necessárias para obtenção de sucesso neste tipo de tratamento e conhecimentos precários sobre a legislação que norteia suas funções. Além disso, na maioria dos casos houve transferência de responsabilidades.

Ribeiro et al. (2012) realizaram um estudo à fim de identificar como são enviadas as solicitações de trabalho aos laboratórios de prótese dentária bem como de conhecer o responsável pelo planejamento das armações metálicas das PPRs. Para isso, aplicaram um questionário, com vinte e uma questões objetivas sobre o laboratório, o planejamento e a fundição das armações metálicas. Os questionários foram aplicados a 16 responsáveis por laboratórios de prótese dentária nas cidades de Aracaju (SE) e Taubaté (SP), por dois pesquisadores previamente treinados. Após análise dos resultados, concluíram que a desinfecção do modelo nunca é feita por 60% dos laboratórios em Aracaju e por 33% em Taubaté. No tocante ao desenho da armação metálica, notou-se que é feita por apenas 9% dos CDs taubateanos e 14% dos aracajuanos. Quanto ao delineamento dos modelos, 83% dos CDs de Taubaté e 50% dos de Aracaju nunca realizam. Foi evidenciado que 60% dos laboratórios de Aracaju e de Taubaté nunca recebiam os modelos montados em articulador. Concluíram então que o planejamento das próteses quase sempre foi delegado aos TPD (que muitas vezes não possuem o conhecimento necessário para desempenhar tal função).

Torban et al. (2016) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar qualitativa e quantitativamente os planejamentos das PPRs, os modelos de trabalho com os preparos (nichos e planos guia) realizados pelos CDs e a forma de comunicação entre os CDs e os TPDs da cidade de Recife (PE). Foram avaliados 290 casos (planejamentos) em um total de 5 laboratórios. Para tanto, utilizaram 2 questionários: o primeiro foi respondido pelo TPD responsável por cada laboratório, no qual foram abordadas questões sobre a responsabilidade pela elaboração do desenho da estrutura metálica, utilização ou não de delineador e tipo de comunicação entre o CD e o laboratório; o segundo questionário foi respondido por um pesquisador previamente treinado para a avaliação dos modelos de trabalho enviados aos laboratórios pelos CDs. Nos

modelos de trabalho, foram avaliadas a Classificação de Kennedy, a presença e qualidade do desenho da estrutura metálica, o uso ou não do delineador por parte do CD e a presença dos nichos e planos guia. Quanto à Classificação de Kennedy, obtiveram os seguintes resultados: classe IV (4%); classe III (44%), classe II (28%) e classe I (24%). No que tange ao planejamento: 84,5% dos modelos não apresentavam nenhum esboço de desenho para planejamento; enquanto 8,3% apresentavam-no de forma correta; e 7,2% de forma incorreta. Em relação aos preparos de boca: observou-se ausência em 80,3%. Quanto aos nichos, observou-se que a maioria (84,2%) estava incorretamente distribuída e preparada. Já os planos-guia, 94,5% estavam incorretamente distribuídos e com ausência de paralelismo entre si num mesmo modelo. No que diz respeito à comunicação entre o CD e o TPD sobre as orientações para confecção da estrutura metálica, observou-se ausência na grande maioria dos casos (84,5%) e, quando existente, geralmente o CD passou as informações ao TPD por meio de desenho no modelo de estudo (13,8% dos casos). Com relação ao delineamento do modelo, somente em 5,5% dos casos esse procedimento foi realizado pelo CD. Concluíram com tais resultados que o correto planejamento seguindo os princípios biomecânicos foi observado somente na minoria (8,3%) dos casos de PPR confeccionadas na cidade de Recife. Além disso, a maioria dos CDs não realizam o planejamento das PPRs e delegaram essa função aos TPDs. Ademais, as informações necessárias para a confecção da PPR continuam sendo negligenciadas pela maioria dos CDs.

Ao final deste trabalho apresenta-se uma comparação entre os estudos acerca dos aspectos de responsabilidade dos profissionais (Apêndice B).

3.4 ASPECTOS DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

3.4.1 Cuidados com a higiene e manutenção do tratamento

Dados obtidos por Graham et al. (2006) cujo objetivo, conforme já mencionado, foi elucidar os fatores que influenciam no uso e provisão das PPRs, mostram que os CDs do serviço de saúde público britânico tendem a recomendar

próteses fixas para usuários com boa higiene e as removíveis àqueles com higiene insatisfatória. Concluíram ainda que, para os CDs entrevistados, a qualidade da higiene bucal era fator decisivo para indicação e sucesso na reabilitação com PPRs.

Allen et al. (2008) realizaram um estudo com o objetivo de explorar os fatores que determinam o padrão de fornecimento e prognóstico de PPRs planejadas por CDs no Reino Unido e, para isso foram aplicados questionários acerca do assunto. Tais questionários abordavam questões como a probabilidade de uma lista de fatores resultarem no sucesso ou fracasso da PPR, bem como atitudes em relação à preservação. Além disso, foram apresentados 4 casos clínicos e solicitada a avaliação, em uma escala de cinco pontos (variando de 1 = ausência a 5 = muito forte) da influência de 11 fatores na decisão de indicar ou não o uso de PPR. Alguns desses fatores são: estado e prognóstico dos dentes remanescentes, potencial da prótese para melhoria da função, aspectos financeiros do tratamento, tempo desde a perda dos dentes, possibilidade de oferecer alternativas de tratamento e idade do paciente. Após aplicação observaram que, no que diz respeito ao sucesso na reabilitação das PPRs e aos fatores associados ou de responsabilidade do paciente, os principais apontados foram: higienização dos dentes remanescentes, sobretudo os de suporte; realização de ajustes periódicos e aspectos financeiros do paciente. Concluíram que existe um consenso geral de que os fatores impulsionados pelo paciente são críticos no resultado do tratamento.

Ribeiro et al. (2009) realizaram uma pesquisa com o objetivo de determinar os efeitos de dois meios diferentes de educação preventiva de higiene oral sobre a placa, assim como sobre a PPR, durante 12 meses. Estes dois meios foram: manual autoeducativo sobre higiene oral sem ilustrações e, de outro lado, instruções verbais aliadas a um manual ilustrativo de autoaprendizagem. Como metodologia, obteve-se pela participação de 53 pacientes parcialmente dentados, selecionados na clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Estes foram examinados quanto ao IP e índice de Sangramento (IS) e, posteriormente, divididos em 3 grupos. No primeiro (grupo controle), foram instruídos à continuar com a rotina de higiene normalmente. No segundo, receberam instruções e um manual autoeducativo sobre higiene oral sem ilustrações. No terceiro grupo, a orientação de higiene foi por intermédio de

instruções verbais e um manual ilustrativo de autoaprendizagem. Os efeitos sobre a placa, sangramento gengival e sobre a prótese foram examinados 7, 15 e 30 dias, 3, 6 e 12 meses após o início do estudo. Como resultado, observaram que o IP encontrado no exame preliminar foi maior que em todos os outros períodos e que houve diferença significativa no acúmulo de placa na superfícies das próteses entre os grupos I e II. Concluíram, no entanto, que os diferentes métodos de ensino de higiene bucal usados no estudo não tiveram importância significativa entre os grupos II e III, desde que a higienização seja realizada na frequência adequada. Além disso, o estudo sugeriu que os pacientes precisam ser examinados periodicamente, motivados e instruídos a fim de garantir sucesso na reabilitação.

Milward et al. (2013) visaram, em seu estudo, determinar as deficiências no conhecimento dos pacientes acerca da higienização da prótese. O método para coleta de dados foi a aplicação, entre abril e outubro de 2012, de um questionário a 196 pacientes do University Dental Hospital Wales. Tal questionário apresentava questões como: a quanto tempo você utiliza prótese?, Você remove a prótese antes de dormir ?, Se sim, onde armazena durante a noite ? Você a(s) higieniza diariamente ?, Quantas vezes e como faz isso ?, Remove para higienizá-la (s) ?, Escova os dentes restantes ?, Com que frequência ?, Quando começou o tratamento de reabilitação, seu dentista orientou quando aos cuidados e higiene ?, Se sim, de que forma isso foi feito ?, Com que frequência consulta o CD ?. Como resultado, obtiveram dados como o de que 91,8% dos participantes receberam instruções quanto à higienização da prótese quando do recebimento das mesmas. No entanto, destes, 60,2% realizavam a higienização com frequência inadequada, mesmo tendo conhecimento de sua importância. Além disso, 9,2% relataram dormir com a prótese. Desta forma, concluíram que, além da falta de conhecimento por parte de alguns pacientes, ainda há carências no que diz respeito à motivação para colocá-lo em prática.

Cakan et al. (2015) conduziram um estudo com objetivo de realizar um levantamento dos hábitos de higiene em usuários de PPR. Para tanto, um total de 145 usuários foram entrevistados por pessoal clínico experiente e utilizando questionário estruturado. Este abordou questões relativas à frequência da prática de higiene da PPR e dos dentes naturais, bem como materiais e instrumentos usados (creme dental, tipo de escova e uso de colutórios). Nos resultados, notou-

se que 49% dos pacientes relataram não ter sido bem informados pelos CDs. A escovação foi o método de limpeza mais frequente (57,6%). Cerca de 53% dos pacientes não removiam a prótese durante a noite para dormir. Concluíram que os hábitos e atitudes quanto à higiene podem ser afetados pelo gênero e nível de educação, por exemplo, e são fundamentais para garantir eficácia na reabilitação.

Manenti (2016) realizou um estudo retrospectivo observacional com o objetivo de avaliar a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses conduzidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A amostra foi composta por 14 próteses de 12 pacientes, confeccionadas entre 2010 e 2014. No que tange aos aspectos associados ao paciente, como a higienização ou complicações de cunho biológico, foram observados acúmulo de placa em 96% dos casos, além de cárie e doença periodontal nos dentes pilares em 16% e 42%, respectivamente. Desta forma, concluiu que é necessário que os pacientes sejam orientados e motivados a realizar a higiene de forma correta, prática fundamental para o aumento de sucesso em longo prazo das PPRs.

Ao final deste trabalho apresenta-se uma comparação entre os estudos acerca dos aspectos de responsabilidade do paciente (Apêndice C).

3.5 DANOS AOS TECIDOS ADJACENTES

Zanetti et al. (1996) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a presença de lesões na mucosa bucal, mais especificamente nas áreas de suporte mucoso, em pacientes portadores de PPRs. Para isso, foram examinados 60 pacientes, com próteses em um ou ambos os arcos num total de 72 próteses estudadas, das faculdades de odontologia da USP, UNICID e UMC. Como resultado, observaram que dos 60 pacientes examinados, 31 não apresentaram qualquer tipo de lesão. A maioria dos pacientes do sexo masculino (58,82%) apresentou mucosa com aspecto normal. Contudo, a maioria dos pacientes do sexo feminino (51,16%) apresentou algum tipo de lesão da mucosa. Quanto à ocorrência de lesões, notou-se que 63,33% do total dos pacientes não apresentaram lesão; 35% apresentaram estomatite por prótese; 15% hiperplasia fibrosa inflamatória e 6,67% úlcera traumática. Concluíram, portanto, que houve

maior ocorrência de lesões entre as mulheres e que a lesão mais prevalente foi a estomatite por prótese.

Leles et al. (1999) realizaram um estudo à fim de verificar o efeito da PPR sobre a condição dental e periodontal de pilares em comparação aos elementos não envolvidos pelas estruturas da prótese. Para isso, selecionaram, aleatoriamente, 30 pacientes (25 mulheres e 5 homens) da faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (UFG), todos usuários de PPRs convencionais por tempo médio de 11,5 anos. O exame intra-oral do paciente, conduzido por um único operador, considerou as características gerais da prótese, condição bucal e das estruturas biológicas de suporte, bem como o estado dental e periodontal dos pilares (contíguos aos espaços protéticos e associados aos retentores diretos da PPR). Como dente controle, optou-se por aqueles que não possuíam relação direta com a prótese. Para avaliação, os seguintes critérios foram utilizados: IP, presença de sangramento à sondagem, cálculo, cárie, profundidade do sulco e grau de mobilidade. No que tange aos resultados, observou-se que apenas 7 pacientes foram orientados quanto à necessidade de manutenção periódica do tratamento. Apenas 30% retornaram ao CD para revisão do trabalho protético. Nos 30 pacientes avaliados, foram considerados 129 dentes pilares e 88 dentes controle. Os autores apresentaram dados referentes à diferença entre os grupos pilar e controle em relação às médias do IP, profundidade de sondagem (PS) e mobilidade dental, os quais se revelaram ligeiramente mais elevados nos pilares. A partir disso, concluíram que os dentes pilares apresentaram condições dentais e periodontais inferiores.

Zlatic et al. (2002), em seu estudo longitudinal, buscaram investigar os efeitos da PPR sobre a saúde periodontal e se há associação desta com o aumento da ocorrência de gengivite, periodontite e mobilidade dos pilares. Para tanto, foram selecionados 205 pacientes (80 homens e 125 mulheres, com idades entre 38 e 89 anos) usuários de PPRs durante períodos que variaram de 1 a 10 anos. Um questionário, dividido em duas partes, foi aplicado. A primeira, abordou questões como gênero, idade, hábitos nocivos, tempo de uso da prótese, presença de mau hálito, acúmulo de alimento sob a prótese ou na superfície dos dentes remanescentes. A classificação de Kennedy, material da prótese, dentes suporte, número de contatos dentários, número e localização dos grampos foram verificados. A segunda parte tratou sobre IP, gengivite e cálculo, bem como PS,

recessão gengival (RG) e mobilidade dentária nos dentes pilares e não pilares. Utilizou-se o Índice de Tarbet, o qual baseia-se nos seguintes scores: 0, ausente; 1, pouco; 2, moderado; e 3, elevado. Após análise dos resultados, notaram que 65% dos pacientes reportaram acúmulo (de moderado a intenso) de alimentos sob a base da prótese; cerca de 50% relataram esse acúmulo nos dentes remanescentes e 16% relataram problemas com mau-hálito. Considerando o Índice de Tarbet, 45% dos pacientes tiveram score 1 para acúmulo de placa sob a PPR. Nos dentes pilares, 70% obteve o score 2 para placa, 87% score 2 para gengivite e 52% score 1 para presença de cálculo. A média para PS da maioria (54%) dos dentes pilares foi 2 mm. Quanto à RG, 29% demonstraram 4 mm, enquanto que a média encontrada foi de 2 mm. O grau de mobilidade encontrado foi 1 em 50% dos pacientes examinados, embora cerca de 32% tenha apresentado grau 3. Já nos dentes que não atuavam como pilares, 58% obteve score 1 para placa, 41% score 2 para cálculo e 50% obteve score 2 para gengivite. A média para PS em 82% dos casos foi de 2 mm. Quanto à RG, 25% demonstraram 4 mm, enquanto que a média encontrada foi de 3 mm em 43% dos pacientes. O grau de mobilidade encontrado foi 0 (zero) em 45% dos pacientes examinados. Com base nisso, os autores puderam concluir que houve significativa diferença entre IP, cálculo, gengivite, PS, RG e mobilidade dentária entre os dentes pilares e não pilares, sendo que os pilares demonstraram piores condições. Além disso, ressaltam que o correto planejamento da PPR aliado a bons hábitos de higiene atuam na redução da probabilidade de ocorrência de doenças periodontais.

Bomfim et al. (2008) realizaram um estudo com o objetivo de identificar a prevalência de lesões de tecido mole na cavidade bucal de indivíduos usuários de prótese dentária e sua relação com hábitos de higiene. Foram examinados 94 pacientes de ambos os gêneros, portadores de prótese dentária total ou parcial removível, atendidos no Serviço de Prótese de Cruz das Armas, João Pessoa (PB) e na Clínica Protética/DOR/UFPB. Para realização do exame clínico a seguinte sequência foi obedecida: mucosa labial e sulco superior e inferior; área labial das comissuras e mucosa jugal; língua (superfícies dorsal e ventral e seus bordos); e por fim assoalho da boca, palato duro e mole, margens alveolares e gengiva. Os dados foram anotados em uma ficha clínica específica para esse fim e analisados quanto à prevalência das lesões, tipos e relação quanto ao gênero e

hábitos de higiene. Obtiveram os seguintes resultados: 41,5% dos pacientes eram do sexo masculino e 58,5% do feminino; 69,1% apresentaram alguma lesão clinicamente visível na cavidade bucal, sendo que destes, 83,1% eram do sexo feminino. Quanto aos hábitos, 81,9% dos pacientes afirmaram utilizar escovação com dentífrico e 71,2% relataram que dormem com a prótese. Cerca de 57,4% dos pacientes relataram que a prótese já incomodou ou incomoda durante o uso. No que tange ao aspecto das próteses, observou-se que 54,2% estavam quebradas, 71,2% manchadas, 73,4% com biofilme visível, 59,5% com desgaste nos dentes, 73,4% com falta de estabilidade e 47,8% com problemas de oclusão. Quanto às lesões, concluíram que a estomatite protética foi a mais frequente (presente em 44,6% dos casos). Destes, 61,7% dos pacientes possuíam o hábito de dormir com a prótese. A segunda lesão mais prevalente foi a hiperplasia fibrosa inflamatória (42,5% dos casos). As demais alterações ou lesões observadas foram: rebordo flácido (16%), queilite angular (12,7%), área de compressão (7,4%), úlcera traumática (2,1%), fibroma (2,1%), líquen plano (3,2%) e língua geográfica (2,1%). A partir de tais dados, os autores puderam concluir que as lesões de maior frequência foram, nesta ordem, estomatite protética, hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite angular. Além disso, as condições físicas e de higiene das próteses estavam desfavoráveis, o que pode contribuir para o aparecimento de estomatites. Não foi encontrada nenhuma neoplasia.

Rovani et al. (2011) conduziram uma pesquisa cujo objetivo foi analisar a situação clínica dos tecidos de suporte sob próteses removíveis parciais e totais, visando determinar a prevalência de patologias em relação a cada tipo protético. Para isso, selecionaram 308 pacientes portadores de próteses removíveis (totais ou parciais) para exame de triagem na Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Foram excluídos da pesquisa os pacientes portadores de HIV, diabetes ou alterações de desenvolvimento. Dos 308 examinados, 107 eram portadores de PPR, sendo 32 do sexo masculino e 75 do feminino. Com relação às lesões, estavam presentes na cavidade oral de 13 homens e 62 mulheres e 59,4% dos homens e 80% das mulheres possuíam o hábito de dormir com a prótese. No que tange à distribuição, em porcentagem, das patologias na mucosa de suporte no sexo masculino, observou-se o seguinte: candidíase (30,9%), hiperplasia papilar inflamatória no palato (23%), granuloma piogênico (15%), hiperplasia inflamatória

(7%), úlcera traumática (7%) e ceratose friccional (5,4%). Já no sexo feminino, foi constatado: granuloma piogênico (24,2%), hiperplasia inflamatória (21%), ceratose friccional (17,7%), úlcera traumática (10,3%), hiperplasia papilar inflamatória no palato (9,7%) e candidíase (8,1%). Concluíram, portanto que a maioria dos pacientes apresentou alguma lesão associada ao uso de próteses dentárias e que o sexo feminino apresentou maior prevalência que o sexo masculino. Além disso, a má higiene e o uso de próteses antigas são os principais fatores determinantes à presença de doenças nas mucosas de suporte.

Em sua pesquisa, Diniz et al. (2013) tinham como objetivo avaliar clinicamente os efeitos do uso de PPRs sobre os tecidos periodontais nos dentes de suportes diretos. Para tanto, foram selecionados 30 pacientes (entre 32 e 75 anos) atendidos na clínica do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão. Na avaliação periodontal utilizou-se o IP, PS, nível clínico de inserção, RG e grau de mobilidade dentária. Ao todo, foram considerados 109 dentes de suporte direto (46 anteriores e 63 posteriores). Foi utilizado o IP em que: (0) ausência de placa na região gengival, (1) uma película de placa aderida à margem gengival livre e áreas adjacentes aos dentes na avaliação periodontal, (2) acúmulo moderado de depósitos moles dentro da bolsa gengival, sobre a margem gengival e/ou adjacente à superfície dentária, os quais podem ser vistos facilmente e (3) abundância de matéria mole dentro da bolsa gengival e/ou sobre a margem adjacente à superfície dentária. Avaliou-se a situação gengival quanto à: 0 - Gengiva normal; 1 – Inflamação leve – leve troca na coloração, leve edema, ausência de sangramento na sondagem; 2 - Inflamação moderada – aspecto avermelhado, edema e aspecto brilhante, presença de sangramento na sondagem; 3 - Inflamação acentuada – marcada pelo aspecto avermelhado e edema, ulceração, propensão ao sangramento espontâneo. A PS foi avaliada utilizando-se uma sonda periodontal milimetrada tipo Michigan; aferindo-se um total de 6 pontos. A RG por sua vez, foi classificada de acordo com Miller em Classe I, II, III e IV. Quanto aos resultados, observou-se um maior acúmulo de placa e maior frequência de inflamação gengival nas faces interproximais. Dos dentes avaliados, 55,1% exibiram RG e 11,9% exibiram mobilidade (a maioria estava em próteses de extremo livre). No que tange à PS, na maior parte dos elementos foi maior que 3mm. Concluíram então que o planejamento incorreto da

PPR e a falta de cuidados por parte do paciente interferem de forma direta na condição periodontal.

Em seu estudo retrospectivo observacional, conforme já mencionado, Manenti (2016) buscou avaliar a prevalência e natureza das falhas nos tratamentos envolvendo PPRs. Após análise dos resultados, constatou-se acúmulo de placa em 96% dos casos, cárie e doença periodontal nos dentes pilares (16% e 42% respectivamente), além de sangramento à sondagem (82%), fratura dos dentes pilares (2%) e estomatite protética (2%).

Ao final deste trabalho apresenta-se uma comparação entre os estudos acerca dos danos aos tecidos adjacentes (Apêndice D).

4 DISCUSSÃO

A PPR é extremamente importante na reabilitação oral no tocante ao reestabelecimento funcional e estético do paciente por um custo relativamente baixo em relação às demais alternativas protéticas, como a prótese fixa convencional e a sobre implantes. (Kliemann e Oliveira, 2002).

Contudo, alguns estudos demonstram que nem sempre esta modalidade de tratamento resulta em sucesso. Wagner e Kern (2000), por exemplo, encontraram um percentual de falhas em 39,6% dos tratamentos, enquanto que Etman e Bikey (2012), em 29,5%. Além disso, segundo pesquisas, em muitos casos há insatisfação por parte do paciente ao final do tratamento. Zlataric e Celebic (2001) obtiveram um percentual de apenas 54% de satisfação entre os entrevistados. Graham et al. (2006), Etman e Bikey (2012), Moreira et al. (2012) e Manenti (2016), por sua vez, relatam que alguns pacientes relacionam essa insatisfação com a má-adaptação ou instabilidade, ausência de retenção, comprometimento estético e/ou fonético e sensação de ter um corpo estranho na boca. Zlataric e Celebic (2008) citam que, para os pacientes, o sucesso nesta modalidade de tratamento está relacionado, em ordem de relevância, à função mastigatória, estética e fala.

Em estudo de Bomfim et al. (2008), cerca de 57,4% dos pacientes queixaram que a prótese já incomodou ou incomoda durante o uso. Após análise das próteses, notou-se que 54,2% estavam quebradas, 71,2% manchadas, 73,4% com biofilme visível, 59,5% com desgaste nos dentes, 73,4% com falta de estabilidade e 47,8% com problemas de oclusão.

No que se refere aos fatores relacionados aos insucessos, pode-se afirmar que a negligência dos profissionais nas etapas de condução do tratamento e a falta de cuidados por parte dos pacientes após sua conclusão justificam tais falhas e insatisfações, as quais podem acarretar ainda em danos aos tecidos adjacentes à prótese. Isto torna-se evidente levando-se em consideração Batista et al. (2011), segundo os quais uma PPR bem orientada e bem construída contribui no processo de preservação dos dentes remanescentes e dos tecidos de suporte e que planejamentos incorretos, bem como a confecção inadequada de preparos de boca são fatores que contribuem ativamente para o desenvolvimento

de patologias. Além disso, destacam que são lamentáveis as condições em que se encontra a saúde bucal dos pacientes usuários de PPR sem o devido preparo. Afirmam que não é apenas o fracasso do aparelho protético em si que gera alterações no sistema estomatognático, pois quem fracassa, na verdade, são também os CDs que não planejam ou não realizam preparos de boca, ou então o próprio paciente, pela sua má higiene oral, por exemplo.

Sobre este quesito, Torban et al. (2016) ressaltam que a PPR é uma alternativa conservadora e eficiente se todas as etapas do planejamento forem criteriosamente respeitadas: exame clínico e radiográfico, obtenção dos modelos de estudo, delineamento, preparos de boca cuidadosamente planejados e executados, obtenção dos modelos de trabalho, registro oclusal e o desenho da estrutura metálica com todas as informações necessárias para o TPD.

Partindo dessa premissa, nota-se que o conhecimento e habilidade dos CDs são cruciais no sucesso do tratamento. Contudo, nem sempre é isso que se pode observar na rotina clínica. Em sua pesquisa, Júnior et al. (2009) apontou que a maioria dos CDs entrevistados assumiu não participar de cursos, aulas, atualizações ou palestras e que o conhecimento acerca da reabilitação com PPRs era oriundo apenas da graduação. Isso vai de encontro ao Código de Ética Odontológica (Art.5º Incisos IV e XVII), segundo o qual os CDs devem manter atualizados os conhecimentos profissionais e culturais visando o pleno desempenho do exercício profissional.

Além disso, Júnior et al. (2009) cita ainda que este fato permite inferir que, para os CDs, essa modalidade de tratamento reabilitador bem como todas as suas extensões, são estáticos, pois ainda que o conhecimento acerca do tema tenha sido adquirido apenas na graduação, esses profissionais não demonstraram interesse algum em se atualizar.

No tocante ao sucesso do tratamento reabilitador com PPRs, está associado (do ponto de vista dos CDs e nesta ordem de importância) à satisfação dos pacientes quanto à estética; à orientação desses quanto à higienização dos dentes remanescentes, sobretudo os de suporte; realização de ajustes periódicos; prognóstico dos dentes adjacentes; aspectos financeiros do paciente; e tempo decorrido desde a perda dos elementos dentários (Allen et al., 2008). A ausência de visitas regulares ao dentista para preservação, baixa qualidade do serviço realizado pelo laboratório, ausência do desenvolvimento de plano guia, escolha

inadequada dos dentes utilizados na confecção da prótese e má elaboração do plano de tratamento, bem como do design da prótese também foram apontados (Fernandes et al., 2014).

No entanto, lamentavelmente nota-se que, em muitos casos, o conhecimento de tais conceitos não é posto em prática. Segundo estudo de Lynch e Allen (2006), a indicação inadequada de PPRs por parte de clínicos gerais tem-se demonstrado um problema frequentemente discutido nos últimos 30 anos. Além disso, citam que os profissionais de odontologia envolvidos em sua pesquisa realizaram poucos tratamentos envolvendo PPRs durante a formação profissional ou foram desencorajados, refletindo assim as deficiências no ensino durante a formação. Isso foi corroborado por Júnior et al. (2009) que, após aplicação de questionário sobre o tema, concluíram que os CDs possuíam conhecimentos insuficientes para o estabelecimento de um bom planejamento, confecção, bem como para uma correta avaliação das PPRs instaladas e preservação das mesmas.

Allen et al. (2008) também destacam que, embora os aspectos relacionados aos pacientes tenham influência, as principais barreiras ao sucesso das PPRs são reflexo de percepções, atitudes e outros fatores associados aos conhecimentos dos CDs. Nota-se, portanto, a importância de se investir no ensino da PPR nas faculdades de Odontologia bem como na reciclagem de profissionais já atuantes, haja vista a crescente demanda por esse tipo de reabilitação, dados os problemas socioeconômicos e aumento da população idosa no país (Neto et al., 2011).

Ainda no âmbito das responsabilidades dos profissionais, vale ressaltar a importância da qualidade dos modelos enviados aos laboratórios de prótese, bem como da comunicação entre CDs e TPD para o sucesso do tratamento reabilitador.

Conforme cita Palomo et al. (2003), a elaboração de uma PPR enquadra-se num triângulo formado entre CD, TPD e paciente, em cuja base estão o CD, responsável pelo planejamento das etapas clínicas, e o TPD, pelas fases laboratoriais; e no topo, o paciente, portador de uma boca parcialmente desdentada, na condição de consumidor.

Embora alguns profissionais não tenham conhecimento, a legislação e jurisprudência concernente à responsabilidade pelos serviços prestados no

tocante à PPR, coloca o CD como o único responsável pelos serviços de diagnóstico, planejamento, execução na cavidade bucal, escolha da cor dos dentes, da cor da resina, do tipo, forma e tamanho dos dentes, instalação, avaliação e proervação (Júnior et al., 2009).

Entretanto, na prática, nem sempre é isso que se pode observar. Castro et al. (2009), por exemplo, concluíram que dos 140 modelos envolvidos em sua pesquisa, 96,43% foram montados em ASA pelo próprio TPD. Além disso, em 94,29% dos casos, o planejamento e desenho não foram executados pelo CD e em 87,86% não houve evidência de preparo de boca. Oliveira et al. (2009), por sua vez, também obtiveram dados alarmantes em seu estudo. Isso porque, nas 1.314 PPRs confeccionadas, apenas 6% dos modelos foram desenhados; 27%, delineados; e 8% apresentaram preparo de boca. Resultados de Batista et al. (2011) demonstraram que dos 120 modelos analisados, apenas 28 apresentaram o planejamento da estrutura metálica a ser executada. Em nenhum dos modelos havia informações sobre o eixo de inserção e remoção determinado para confecção da prótese. Apenas 13,3% dos modelos chegaram montados em articulador. Cerca de 71% dos modelos foram classificados como de qualidade “Pobre” o que, clinicamente, significa preparos de nichos inexistentes ou insatisfatórios.

Júnior et al. (2011) constataram que, dos 43 modelos avaliados na pesquisa, menos de 35% tinham preparo dentário e a grande maioria era enviada ao laboratório sem o respectivo planejamento. Já no estudo de Ribeiro et al. (2012) envolvendo laboratórios da cidade de Taubaté (SP), dados revelaram que o desenho da armação metálica estava ausente em 91% dos modelos e que apenas 17% foram delineados. Torban et al. (2016) encontraram um percentual de apenas 15,5% para modelos que apresentavam algum esboço de desenho do planejamento.

Observa-se, portanto que grande parte dos dentistas ignora os princípios básicos que regem a construção da PPR, delegando o planejamento ao TPD, ou seja, na maioria dos casos há transferência de responsabilidade dos CD aos TP, o que permite atribuir à negligência daqueles o considerável número de fracassos que ocorrem com este tipo de aparelho (Neto et al., 2011). Assim como as demais próteses, a PPR envolve etapas clínicas e laboratoriais, necessitando assim de um perfeito relacionamento entre CD e TPD, entre os quais existe uma

relação de dependência mútua, onde cada um deve assumir seus compromissos com responsabilidade e prezar pela qualidade final do trabalho à fim de evitar falhas e o insucesso no tratamento (Palomo et al., 2003).

No tocante à qualidade dos modelos enviados aos laboratórios, estudos revelam que também houve negligência. Cerca de 78,57% dos modelos analisados por Castro et al. (2009) foram considerados inadequados devido a bolhas, reprodução inadequada ou carência de detalhes. Batista et al. (2011) encontraram um percentual de 85% com algum tipo de defeito como: bolhas em positivo, bolhas em negativo, dentes fraturados, molde com sub-extensão, mau vazamento, a associação deles e outros defeitos como modelo extremamente sujo (presença de fungos, poeira, manchas e insetos minúsculos). Além disso, nota-se ainda que há falta de cuidados no que tange à biossegurança, fato comprovado por Ribeiro et al. (2012), os quais concluíram que a desinfecção do modelo nunca é feita por cerca de 46,5% dos TPDs envolvidos em sua pesquisa.

Batista et al. (2011) citam ainda que muitos TPD agem mais com razão econômica do que com a consciência ética e profissional quando não devolvem os modelos mal planejados e defeituosos.

A comunicação ineficaz entre CD e TPD também representa um fator capaz de comprometer o sucesso do tratamento reabilitador. Todescan et al. (1996), citam que o bom planejamento é um dos pilares que sustentam o sucesso do tratamento e é fundamental que o delineamento, o desenho da prótese e os preparos nos dentes sejam visualizados e entendidos pelo TPD. Dessa forma, cabe ao CD fornecer a esse profissional todos os dados necessários e de forma clara.

No entanto, pesquisas demonstram que, em muitos casos, isso é feito de maneira inadequada (por telefone, na maioria das vezes). Castro et al. (2009) e Júnior et al. (2011) encontraram um percentual de 80% e 95%, respectivamente, de casos em que esta comunicação se deu de forma verbal. Torban et al. (2016), porém, observaram ausência de comunicação na grande maioria dos casos (84,5%) e, quando existente, geralmente o CD passou as informações ao TPD por meio de desenho no modelo de estudo (13,8%). Citam ainda que existem situações onde esta comunicação acontece, porém as informações transmitidas não são compreendidas adequadamente pelo TPD.

Outros fatores apontados como pilares para as falhas nos tratamentos reabilitadores com as PPRs são aqueles de responsabilidade dos pacientes. Existe um consenso geral de que os fatores impulsionados pelo paciente (como higienização dos dentes remanescentes, sobretudo os de suporte, hábitos, realização de ajustes periódicos e aspectos financeiros) são críticos no resultado do tratamento (Allen et al., 2008). Isso porque a manutenção de uma higiene oral de qualidade associada a consultas periódicas de manutenção e orientações do CD resultam na redução ou até mesmo na ausência de danos aos tecidos periodontais e outras estruturas adjacentes (Ribeiro et al., 2009).

A qualidade da higiene bucal foi apontada por CDs como fator decisivo para reabilitação com PPRs e, para grande maioria desses profissionais, uma cavidade oral mal higienizada era fator determinante ao insucesso, haja vista que neste caso a PPR torna-se mais um obstáculo do que um auxílio para reabilitação (Graham et al., 2006). Isso se deve ao fato de que a presença de tal aparelho aumenta a possibilidade de retenção do biofilme dentário, exigindo assim maiores cuidados com a higienização (Neto et al., 2011).

Entretanto, a despeito das orientações fornecidas pelo CD, infelizmente nem sempre essa higienização é realizada na frequência ou da forma adequada. Além disso, o hábito de dormir com a PPR é mantido por muitos pacientes e estudos têm demonstrado esse fato.

Milward et al. (2013) realizaram uma pesquisa segundo a qual a quase totalidade (cerca de 92%) dos 196 pacientes participantes receberam orientações do CD sobre a higienização, porém 60,2% realizavam com frequência inadequada, mesmo conhecendo sua importância. Cakan et al. (2015) obtiveram em seu estudo um percentual de 49% de pacientes que relataram não terem sido bem orientados pelos CDs.

Quanto ao hábito de dormir com a prótese, Cakan et al. (2015) obtiveram um percentual de 53% para pacientes que o mantinham, enquanto Bomfim et al. (2008), 71,2%. Já para Rovani et al. (2011), este variou de 59,4% entre os homens e 80% entre as mulheres.

Quanto às consultas de revisão, Leles et al. (1999) encontraram um percentual de apenas 30% para os pacientes entrevistados que retornaram ao CD para consultas de proervação.

Dessa forma, torna-se evidente que a motivação e orientação quanto aos hábitos e à higiene oral por parte dos CDs podem interferir diretamente no sucesso da reabilitação com PPR (Ribeiro et al., 2009). Sendo assim, os pacientes devem ser informados por estes profissionais quanto aos efeitos nocivos da carência de cuidados e motivados a realizá-los corretamente à fim de garantir eficácia na reabilitação (Cakan et al., 2015). Ademais, devem ser informados quanto às limitações desse tipo de prótese para garantir expectativas realistas no tocante ao tratamento. Assim, suas atitudes e cuidados são melhores, potencializando maiores taxas de sucesso (Etman e Bikey, 2012).

Diniz et al. (2013) destacam que a qualidade do planejamento da PPR interfere significativamente na condição periodontal e que princípios técnicos adequados envolvidos na execução clínica e laboratorial, na manutenção e na instrução ao paciente quanto à higiene da PPR contribuem na diminuição do aparecimento de doenças periodontais. Além disso, a PPR pode contribuir para a retenção de biofilme, mas seu uso não é inviável, desde que sejam tomados os cuidados adequados com planejamento, execução, higienização e manutenção.

Diante do exposto, vale ressaltar que esses fatores condicionantes das falhas no tratamento reabilitador com PPR podem culminar ainda em danos aos tecidos adjacentes e aos dentes pilares ou não pilares, seja através do acúmulo de placa, cárie, doença periodontal ou lesões em mucosa caracterizando, portanto, o insucesso. Segundo Leles et al. (1999), o tratamento protético não elimina a possibilidade de que novos problemas possam ocorrer sobre os elementos biológicos e protéticos envolvidos. Goiato et al. (2005) destacam que, infelizmente, é comum lesões orais decorrentes do uso de próteses iatrogênicas ou até mesmo de uma inadequada orientação do paciente pelo CD quanto ao uso e higienização das mesmas.

Pesquisas acerca do tema corroboram tal fato, a exemplo de Manenti (2016), que constatou acúmulo de placa em 96% dos pacientes usuários de PPR avaliados, cárie em 16% e doença periodontal em 42% dos dentes pilares, além de sangramento à sondagem (82%) e fratura dos dentes pilares (2%). Zlatic et al. (2002) por sua vez, notaram significativa diferença entre índices de placa, cálculo, gengivite, PS, RG e mobilidade dentária entre os dentes pilares e não pilares, sendo que os pilares demonstraram piores condições. Diniz et al. (2013) avaliaram clinicamente os efeitos do uso de PPRs sobre os tecidos periodontais

nos dentes suportes diretos e concluíram que 55,1% exibiram RG, 11,9% apresentaram mobilidade e, na maior parte dos elementos, a PS foi maior que 3 mm.

No que diz respeito às lesões em mucosa, a estomatite por prótese foi a mais prevalente entre os estudos considerados nesta revisão de literatura. De acordo com Neville et al. (2009), essa é frequentemente classificada como uma forma de candidíase eritematosa e alguns autores usam o termo candidíase atrófica crônica como sinônimo. É caracterizada por uma variedade de graus de eritema, algumas vezes acompanhado por petéquias hemorrágicas, localizadas no palato na área de contato com uma prótese removível. Raramente é sintomática e os pacientes geralmente admitem manter o hábito de dormir com a prótese. Bomfim et al. (2008) e Zanetti et al. (1996), encontraram, respectivamente, um percentual de 44,6%, 35% para estomatite protética entre os pacientes avaliados em suas pesquisas.

A hiperplasia fibrosa inflamatória foi a segunda lesão mais prevalente. Consiste em uma hiperplasia de tecido conjuntivo fibroso, semelhante a um tumor, que se desenvolve em associação com as bordas de uma prótese total ou parcial mal adaptada e que se apresenta como uma única prega ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar (Neville et al., 2009). Bomfim et al. (2008), Zanetti et al. (1996) e Rovani et al. (2011) encontraram, respectivamente, os seguintes percentuais entre os pacientes avaliados em suas pesquisas: 42,5%, 15% e 14%.

A úlcera traumática foi a terceira lesão mais prevalente. Caracteriza-se como uma lesão de início súbito, com dor leve a moderada e associada a histórico de trauma local (Neville et al., 2009). Rovani et al. (2011), Zanetti et al. (1996) e Bomfim et al. (2008) encontraram, respectivamente, os seguintes percentuais: 8,65%, 6,67% e 2,1%.

Rovani et al. (2011) constataram ainda um percentual de 30,9% de candidíase entre os homens e 8,1% entre as mulheres; hiperplasia papilar inflamatória no palato (23% em homens e 9,7% em mulheres) e granuloma piogênico (15% em homens e 24,2% em mulheres).

5 CONCLUSÃO

A partir dessa revisão de literatura, pode-se concluir que os insucessos comumente presentes no tratamento reabilitador com PPRs foram ocasionados, em sua maioria, por:

- Atitudes do CD, como falta de conhecimento e negligência na elaboração do planejamento ou ainda na fase de confecção dos modelos a serem enviados aos laboratórios, além da transferência de responsabilidade dos CD para os TPD. Aos técnicos, pode-se atribuir o fato de não devolverem os modelos defeituosos e inadequados à realização do trabalho;
- Comunicação ineficiente entre CD e TPD, comprometendo assim a transmissão das informações necessárias à correta confecção da prótese;
- Descuido por parte dos pacientes no que tange à correta higienização tanto da prótese quanto dos elementos remanescentes, bem como por não comparecerem às consultas de preservação e manutenção do tratamento protético.

Além disso, tais falhas no planejamento podem resultar em danos aos tecidos adjacentes à prótese, sendo que os principais encontrados nessa revisão foram: estomatite por prótese, hiperplasia fibrosa inflamatória e úlcera traumática, além de cárie e doença periodontal.

Vale ressaltar a importância do comprometimento do CD, TPD e paciente para garantir o sucesso do tratamento reabilitador por meio de PPR e a longevidade das estruturas orais remanescentes.

REFERÊNCIAS

1. Kliemann C, Oliveira W. Manual de Prótese Parcial Removível. 1.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Leles CR, Melo M, Oliveira MMM. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. *Robrac*. 1999; 8 (25): 14-18.
4. Oliveira F, Solis ACO, Santos JFF. A prótese parcial removível e a sua relação com parâmetros periodontais. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2018
5. Oliveira MCS, Santos LB, Vieira AC, Sampaio NM, Oliveira VMB. Prevalência do planejamento em prótese parcial removível na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Int J Dent Recife*. 2009 abr/jun; 8(2): 67-71.
6. Vanzeveren C, D'hoore W, Bercy P. Influence of removable partial denture on periodontal indices and microbiological status. *J Oral Rehabil*. 2002; 29:232-9.
7. Wagner B, Kern M. Clinical evaluation of removable partial dentures 10 years after insertion: success rates, hygienic problems, and technical failures. *Clin Oral Invest*. 2000; 4:74–80.
8. Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de protese parcial removivel. Sao Paulo: Ed. Santos; 1998.
9. Neto AF, Carreiro AFP, Rizzatti-Barbosa CM. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontol. Clín.-Cient*. 2011 jun; 10(2): 125-128.
10. Zlataric DK, Celebic A. Treatment Outcomes with Removable Partial Dentures: A Comparison Between Patient and Prosthodontist Assessments. *Int J Prosthodont* 2001; 14: 423–426.
11. Cosme DC, Baldisserotto SM, Fernandes EL, Rivaldo EG, Rosing CK, Shinkai RSA. Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. *J Appl Oral Sci*. 2006;14(2):111-116
12. Graham R, Mihaylov S, Jepson N, Allen PF, Bond S. Determining 'need' for a Removable Partial Denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use. *Br Dent J* 2006 Fev; 200: 155–158.
13. Zlataric DK, Celebic A. Factors Related to Patients' General Satisfaction with Removable Partial Dentures: A Stepwise Multiple Regression Analysis. *Int J Prosthodont*. 2008; 21: 86–88.

14. Etman MK, Bikey D. Clinical performance of removable partial dentures: A retrospective clinical study. *Open Journal of Stomatology*. 2012; 2: 173-181.
15. Moreira GS, Botega DM, Mengatto CM, Hilbert JB. Nível de satisfação e capacidade mastigatória em usuários de prótese parcial removível. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*. 2012 jul/dez; 22(2): 27-35.
16. Rodrigues AMNF. Eficácia mastigatória em pacientes portadores de prótese parcial removível e prótese parcial fixa-antes e depois [tese de mestrado]. Viseu: Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária; 2014.
17. Manenti MT. Prevalência e natureza de falhas e complicações com próteses parciais removíveis realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina – um estudo piloto [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da UFSC como requisito para a conclusão do curso; 2016.
18. Ali Z, Baker S, Barabari P, Martin N. Efficacy of Removable Partial Denture Treatment: A Retrospective Oral Health- Related Quality of Life Evaluation. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2017; 25: 101–107.
19. Lunch CD, Allen PF. Why do dentists struggle with removable partial denture design ? An assessment of financial and educational issues. *Br Dent J*. 2006 Mar; 200: 277 – 281.
20. Allen PF, Jepson NJ, Doughty J, Bond S. Attitudes and practice in the provision of removable partial dentures. *Br Dent J*. 2008; 204: E2
21. Júnior LF, Rizatti-Barbosa CM, Ambrosano GMB, Júnior ED, Fernandes MM, Santos LSM. Conhecimento do cirurgião-dentista referente à avaliação de próteses parciais removíveis e à responsabilidade nos passos de sua confecção. *Saúde, Ética & Justiça*. 2009;14(1): 9-16.
22. BRASIL. Conselho Federal de Odontologia – Código de Ética Odontológico – Rio de Janeiro, CFO 2003. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf>. Acesso em 25 de janeiro de 2019.
23. Fernandes MM, Tinoco RR, Castro TL, Paranhos LR, Júnior LF, Júnior ED. Failures in dental prosthesis dentists perception of the involved legal aspects. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2014 jan/jun; 36(1): 123-127.
24. Castro JCO, Zanetti RV, Feltrin PP, Froner EE, Moura CDVS. Modelos de prótese parcial removível e comunicação entre cirurgiões-dentistas e técnicos nos laboratórios na cidade de Teresina, Piauí. *RGO, Porto Alegre*. 2009 jul/set; 57(3): 273-279.
25. Batista AUD, Sales JPLA, Farias Neto A, Carreiro AFP. Avaliação do Planejamento de Prótese Parcial Removível em Modelos Recebidos por

Laboratórios de João Pessoa, PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011 jan/mar; 11(1):53-58.

26. Júnior LF, Rizatti-Barbosa CM, Picapedra A, Fernandes MM, Barbieri AA, Silva RF. Responsabilidade legal sobre modelos de prótese parcial removível. *RGO - Rev Gaucha Odontol*. 2011 out/dez; 59(4): 603-608.
27. Ribeiro CF, Melo AUC, Júnior AAA, Oliveira JLG, Araújo VP, Neves ACC. Relação Cirurgião-Dentista/Laboratório de Prótese Dentária: Quem Realiza o Planejamento das Armações Metálicas das Próteses Parciais Removíveis. *R bras ci Saúde*. 2012; 16(4):525-530.
28. Torban P, Freitas JAC, Braz R, Duarte FESD. Avaliação qualitativa e quantitativa dos planejamentos de próteses parciais removíveis enviados pelos dentistas aos laboratórios de prótese dentária avaliação qualitativa e quantitativa dos planejamentos de próteses parciais removíveis enviados pelos dentistas aos laboratórios de prótese dentária. *Odontol. Clín.-Cient. (Online)*. 2016 Jun; 15(2): 109-114.
29. Ribeiro GD, Pavarina AC, Giampaolo ET, Machado AL, Jorge JH, Garcia PPNS. Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: longitudinal study. *Gerodontology* 2009; 26: 150–156.
30. Milward P, Katechia D, Morgan MZ. Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *Br Dent J*. 2013; 215: E20.
31. Cakan U, Yuzbasioglu E, Kurt H, Kara HB, Turunç R, Akbulut A, et al. Assessment of hygiene habits and attitudes among RPD wearers. *Niger J Clin Pract* 2015 jul/aug; 18(4): 511-515.
32. Zanetti RV, Zanetti AL, Laganá DC, Feltrin PP. Study of 60 removable prosthesis wearers: clinical evaluation of the oral lesions. *RPG rev. pos-grad*. 1996 jul/set; 3(3):175-84.
33. Zlataric DK, Celebic A, Valentic-Peruzovic M. The Effect of Removable Partial Dentures on Periodontal Health of Abutment and Non-Abutment Teeth. *J Periodontol*. 2002; 73 (2): 137–144.
34. Bomfim IPR, Soares DG, Tavares GR, Santos RC, Araújo TP, Padilha WWN. Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal em Pacientes Portadores de Prótese Dentária. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008 jan/abr; 8(1):117-121.
35. Rovani G, Piccinin F, Flores ME, Conto F. Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. *Stomatos*. 2011 jan/jun; 17(32): 33-42.
36. Diniz LCS, Leite DFC, Lopes FF, Pereira ALA. Avaliação clínica do periodonto em dentes retentores de prótese parcial removível. *Rev Pesq Saúde*. 2013 set/dez; 14(3): 166-170.

37. Palomo E, Teixeira ML, Stegun RC. Avaliação do comportamento dos cirurgiões-dentistas e protéticos na confecção de estruturas metálicas de próteses parciais removíveis nos laboratórios comerciais da cidade de São Paulo. *Rev Bras Prot Clin Lab* 2003; 5(27): 425-31.
38. Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Lesões orais provocadas pelo uso de prótese removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005; 5(1): 85-90.
39. *Neville* BW, et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
40. Montero J, Macedo C, López-Valverde A, Bravo M. Validation of the oral health impact profile (OHIP-20) for Spanish edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17(3): e469-e476.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário acerca do Perfil de Impacto sobre a Saúde Bucal Oral Health Impact Profile (OHIP-20).

	ITEM	SCORES*				
		0	1	2	3	4
1	Possui dificuldade na mastigação ?					
2	Possui dificuldade em apanhar os alimentos ?					
3	Sente desconforto ao se alimentar ?					
4	Há necessidade de interromper as refeições ?					
5	O alimento “escapa” durante a mastigação ?					
6	Possui incapacidade de se alimentar ?					
7	Sente-se descontente ao se alimentar ?					
8	Sente dor ?					
9	Possui alguma lesão na boca ?					
10	Sente-se intolerante à prótese ?					
11	Tem a sensação de que a prótese não se encaixa ?					
12	Sente-se preocupado (a) ?					
13	Sente-se chateado (a) ?					
14	Sente-se tímido ao sorrir ?					
15	Nota desconforto para socializar ?					
16	Possui incapacidade de socializar ?					
17	Sente-se envergonhado ?					
18	Notou menor tolerância com a família ?					
19	Notou maior irritabilidade ?					
20	Tem uma vida insatisfatória ?					

*Escala de intensidade, onde 0 = nunca e 4 = sempre.

Fonte: Montero, et al. (2012)

APÊNDICES

APÊNDICE A – Comparação entre os estudos acerca das taxas de insucesso das PPRs e dos fatores associados à insatisfação dos pacientes

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Wagner e Kern (2000)	Examinar a condição e taxa de sucesso de várias PPRs após 10 anos de início do uso.	36,6% dos tratamentos foram considerados sucessos; 23,8% sucessos parciais; e 39,6% apresentavam falhas. Apenas em um terço das próteses não se observou problemas de higiene ou falhas técnicas. Observaram melhores resultados (66,7%) nas PPRs constituídas por vários pilares.	<ul style="list-style-type: none"> • A taxa de sucesso das próteses após 10 anos foi cerca de 60%.
Zlatic e Celebic (2001)	Avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação à PPR.	54% dos pacientes mostraram-se satisfeitos com o tratamento embora, segundo os profissionais, apenas 30% das próteses fossem consideradas efetivas. Cerca de 7% dos pacientes declararam total insatisfação com o tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos pacientes mostrou-se satisfeita, embora sua avaliação quanto ao resultado do tratamento tenha sido menos criteriosa em comparação à dos profissionais.
Cosme et al. (2006)	Explorar variáveis técnicas, biológicas e de satisfação sobre o funcionamento de PPRs após cinco anos de uso.	A PPR foi considerada excelente quanto à retenção, mastigação, estética e conforto por 50% dos pacientes. Para os CDs, retenção e estabilidade estavam excelentes em 66% dos casos. A higiene dos dentes e da prótese foi considerada boa, respectivamente, em 52% e 46% dos casos.	<ul style="list-style-type: none"> • Houve correlação com as variáveis retenção, mastigação e conforto/ estabilidade; • A adaptação da armação metálica foi considerada boa em 92% dos casos; • Para a maioria dos casos, a reabilitação foi considerada satisfatória.

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Graham et al. (2006)	Elucidar fatores que influenciam no uso das PPRs do ponto de vista dos pacientes e CDs.	Os pacientes se sentiam mais motivados ao uso da PPR quando houve envolvimento de elementos ântero-superiores e nos casos em que havia constante contato com outras pessoas. Além disso, julgavam a PPR útil na manutenção do suporte do formato da face.	<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais associam o uso da PPR à reabilitação funcional dos dentes, enquanto que, para os pacientes, essa tem um significado majoritariamente social, que possibilita a interação com pessoas; Os pacientes, embora reconheçam sua importância, relataram inconvenientes associados ao uso de PPR, como a necessidade de retirá-la após as refeições para higienização e eventual má-adaptação, além da sensação de ter um corpo estranho na boca.
Zlatic e Celebic (2008)	Analisar fatores relacionados à satisfação e sucesso dos tratamentos de pacientes com PPRs.	A satisfação e sucesso das próteses maxilares foram correlacionados à função mastigatória (86% dos casos), estética (77%), e fala (68%). Já nas próteses inferiores, houve correlação com estética (53%) e mastigação (89%).	<ul style="list-style-type: none"> A estética foi a responsável pela satisfação na maioria dos casos.
Etman e Bikey (2012)	Analisar os efeitos de gênero dos pacientes e localização das próteses (maxila ou mandíbula) sobre a performance clínica e sucesso na reabilitação.	<ul style="list-style-type: none"> Sucesso de 75% das próteses em homens e 67,2% em mulheres; e melhor resultado em maxila (78% de sucesso) comparada à mandíbula (70,1%); As falhas foram associadas à desadaptação e a deficiências na retenção e integridade. 	<ul style="list-style-type: none"> Os fatores associados aos pacientes são tão importantes quanto, ou mais influentes, que aqueles associados aos profissionais.

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Moreira et al. (2012)	Avaliar o nível de satisfação e a capacidade mastigatória em pacientes reabilitados com PPRs antigas em comparação às novas próteses.	A satisfação dos pacientes elevou de 54% para 82% após a substituição, assim como a capacidade mastigatória, que passou de 61% para 85%. Os principais fatores associados à insatisfação foram: fonética (1,6%), desgaste oclusal (3,2%), mastigação (8%), desconforto (9,7%), perda dos dentes pilares (13,3%), fratura (16,1%), estética (21%), e retenção (24,5%).	<ul style="list-style-type: none"> • A estética e retenção comprometidas foram os principais fatores que ocasionaram a falha e necessidade de substituição das PPRs; • Para os pacientes foi notório o benefício ocasionado pela substituição.
Rodrigues (2014)	Comparar a eficiência mastigatória no tratamento de pacientes com diferentes caracterizações a nível de dentição: natural completa, parcialmente desdentados e um grupo previamente sujeito a reabilitação oral por prótese.	O teste mastigatório foi executado em 3 modalidades, mastigação unilateral à direita, à esquerda e livre. Os resultados demonstraram que o paciente reabilitado com prótese fixa tem uma melhor eficiência mastigatória do que os reabilitados com PPR.	<ul style="list-style-type: none"> • A chance de sucesso depende da modalidade de tratamento usada na reabilitação; • Nos casos de reabilitação com PPR, quanto maior o número de elementos perdidos, menor a eficiência mastigatória e chances de sucesso no tratamento.
Manenti (2016)	Avaliar a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).	Além de fatores associados à higiene, falhas e complicações (como perda de retenção e manchamento, queixas estéticas e fonéticas) também se mostraram presentes, embora com menor frequência.	<ul style="list-style-type: none"> • A prevalência de complicações em PPRs é moderada, o que indica a necessidade de reparo ou repetição frequente; • Uma alternativa para promoção do sucesso em longo prazo seriam os programas de educação em saúde e manutenção das próteses.

<p>Ali et al. (2017)</p>	<p>Investigar a influência das variáveis do paciente sobre as próteses.</p>	<p>Houve diferença no OHIP-20 entre as variáveis analisadas. No gênero masculino, o score médio foi 16, enquanto que no feminino, 24. Em casos de substituição por PPR dos dentes anteriores, o score foi 14; nos posteriores, 47. Na presença de extremidade livre, o score foi 20; na sua ausência, 18. Em paciente com histórico de uso de prótese, o score foi 19; nos casos de primeiro uso, 26.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhores resultados na reabilitação foram associados a dentes anteriores; • Quanto maior o número de elementos perdidos, pior foi o prognóstico; • Gênero dos pacientes e número de dentes mostrou correlação significativa no sucesso do tratamento.
------------------------------	---	---	---

APÊNDICE B – Comparação entre os estudos acerca dos aspectos de responsabilidade dos profissionais

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Lynch e Allen (2006)	Determinar os efeitos de fatores relacionados aos CDs sobre a qualidade das PPRs.	Cerca de 35% dos CDs assumiram que, às vezes, delegam o planejamento da PPR ao TPD. Apenas 15% afirmaram ter tempo suficiente para se dedicarem ao planejamento da PPR. Muitos (64%) afirmam que o valor recebido é um “incentivo” pobre para dispender tempo com o planejamento. Para 70%, o planejamento é a etapa mais difícil do tratamento. A maioria dos CDs realizou apenas 4 tratamentos desta modalidade ao longo de sua formação.	<ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais de odontologia realizaram poucos tratamentos envolvendo PPRs durante a formação; • Muitos foram desencorajados a optar por tais intervenções; • O principal fator associado ao profissional está relacionado a questões educacionais, ressaltando as deficiências teórico-práticas durante sua formação.
Allen et al. (2008)	Explorar os fatores que determinam o padrão de fornecimento e prognóstico de PPRs planejadas por dentistas no Reino Unido.	Para os CDs, as principais razões para reabilitação com PPRs são: estética e confiança social, ajuste da oclusão e capacidade mastigatória, redução de desgaste e melhoria da fala. Relacionam o sucesso à satisfação quanto à estética; à orientação quanto à higienização dos dentes remanescentes; ajustes periódicos; prognóstico dos dentes adjacentes; aspectos financeiros e tempo desde a perda dos dentes.	<ul style="list-style-type: none"> •As principais barreiras ao sucesso das PPRs são reflexo de percepções, atitudes e outros fatores associados aos conhecimentos dos CDs; •Os aspectos relacionados aos pacientes também exercem significativa influência e são críticos no resultado da reabilitação.

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Júnior et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento de CDs sobre a correta avaliação das PPRs instaladas; Discutir a legislação vigente acerca da responsabilidade dos profissionais envolvidos em sua confecção. 	<ul style="list-style-type: none"> Para os CDs, os fatores considerados na avaliação das PPRs instaladas foram: cor e forma dos dentes, exposição de grampos, pronúncia de palavras, presença de chiados, oclusão e deslocamento da prótese; A grande maioria (57%) não participava de atualizações, cursos e palestras; 84% possuíam formação oriunda apenas da graduação; 61% desconhecia o código de ética odontológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Os CDs possuíam conhecimentos precários acerca do assunto; A maioria dos CDs desconhece o fato de que a legislação acerca dos serviços prestados no tocante à PPR os coloca como o único responsável pelo diagnóstico e planejamento.
Fernandes et al. (2014)	Verificar o grau de conhecimento do CD especialista em prótese dentária acerca dos aspectos associados ao insucesso das mesmas.	Para os CDs, as falhas estão associadas à: ausência de visitas regulares ao dentista para proervação e ajustes na prótese, baixa qualidade do serviço realizado pelo laboratório, ausência de plano guia, escolha inadequada dos dentes, má elaboração do plano de tratamento e do design da prótese.	<ul style="list-style-type: none"> Os protesistas demonstraram ter o conhecimento adequado acerca dos aspectos associados ao insucesso das próteses.
Castro et al. (2009)	Avaliar os modelos enviados pelos CDs aos laboratórios de prótese dentária sob os seguintes aspectos: a) condições físicas; b) condições técnicas; c) comunicação entre o CD e TPD.	<ul style="list-style-type: none"> 78,57% dos modelos foram considerados inadequados; 96,43% foram montados em ASA pelo próprio técnico em prótese; A charneira foi o tipo de articulador usado em 97,14% das montagens; 	<ul style="list-style-type: none"> Há excessiva transferência de responsabilidades do CD ao TPD, bem como comunicação ineficaz entre os mesmos.

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
		<ul style="list-style-type: none"> • Em 94,29% dos casos o planejamento e desenho não foram executados pelo CD; • Em 87,86% dos casos nenhuma evidência de preparo de boca foi encontrada 	
Oliveira et al. (2009)	<p>Discutir os problemas envolvidos no insucesso das reabilitações com PPR, bem como a situação do planejamento das mesmas.</p>	<p>Observaram que, das 1.314 PPRs confeccionadas, apenas 6% dos modelos foram desenhados, 27% delineados e 8% apresentaram preparo de boca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 90% dos modelos não possuíam qualquer tipo de planejamento, desenho, delineamento ou preparo de boca, o que condiciona o insucesso das reabilitações.
Batista et al. (2011)	<p>Avaliar o planejamento (presença ou ausência) e a qualidade dos modelos de trabalho enviados aos laboratórios para confecção de PPR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas em 23,3% dos modelos havia planejamento da estrutura metálica; • Desses, 20% foi por meio de desenho no modelo de trabalho, 2,5% por desenho no modelo de estudo e 1 (0,8%) através da antiga estrutura metálica; • Nenhum modelo possuía informações sobre o eixo de inserção; • 71,7% dos modelos foram classificados como de qualidade "Pobre"; • 85% dos modelos apresentaram algum defeito, como: bolhas em positivo ou negativo, dentes fraturados, molde com sub-extensão ou mau vazamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos modelos foi considerada desprovida de condições adequadas; • Existe a necessidade de maior orientação aos CDs e TPDs a respeito da importância desse fator no sucesso da reabilitação com a PPR.

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Júnior et al. (2011)	Verificar nos modelos de gesso usados para confecção de PPR se houve preparo dos elementos dentários e o modo como ocorre a comunicação entre o CD e o TPD.	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas 15, dos 43 modelos recebidos, tinham preparo dentário; • A grande maioria era enviada ao laboratório sem planejamento; • A comunicação entre técnicos e cirurgiões em 95% dos casos ocorreu de forma verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Embora todos os profissionais envolvidos com este tipo de trabalho possuam conhecimentos parciais com relação às diversas fases necessárias para obtenção de sucesso, na maioria dos casos houve transferência de responsabilidades.
Ribeiro et al. (2012)	Identificar como são enviadas as solicitações de trabalho aos laboratórios e conhecer o responsável pelo planejamento das armações metálicas em Aracaju (SE) e Taubaté (SP).	<ul style="list-style-type: none"> • Desenho da armação metálica presente em apenas 9% (taubateanos) e 14% (aracajuanos); • Ausência de delineamento dos modelos: 83% (Taubaté) e 50% (Aracaju); • 60% dos laboratórios ambas as cidades nunca recebiam os modelos montados em articulador. 	<ul style="list-style-type: none"> • O planejamento das próteses foi, na maioria dos casos, delegado aos TPD.
Torban et al. (2016)	Avaliar qualitativa e quantitativamente os planejamentos das PPRs, os modelos de trabalho com os preparos (nichos e planos guia) realizados pelos CDs e a forma de comunicação entre os CDs e os TPDs.	<ul style="list-style-type: none"> • Em 84,5% dos modelos não havia esboço de planejamento; • Preparos de boca: ausência em 80,3%; • Nichos: observou-se que a maioria (84,2%) estava incorretamente distribuída e preparada; • Planos-guia: 94,5% incorretamente distribuídos e com ausência de paralelismo entre si; • Delineamento: realizado apenas em 5,5% dos casos; • Ausência de comunicação entre CDs e TPDs em 84,5% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O correto planejamento seguindo os princípios biomecânicos foi observado somente em 8,3% dos casos; • A maioria dos CDs delegaram o planejamento aos TPDs; • As informações necessárias para a confecção da PPR continuam sendo negligenciadas pela maioria dos CDs.

APÊNDICE C – Comparação entre os estudos acerca dos aspectos de responsabilidade do paciente

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Graham et al. (2006)	Elucidar fatores que influenciam no uso das PPRs do ponto de vista dos pacientes e CDs.	Os pacientes se sentiam mais motivados ao uso da PPR quando do envolvimento de elementos ântero-superiores e nos casos daqueles cujo trabalho exigia constante contato com outras pessoas. Os CDs envolvidos tendem a recomendar próteses fixas para usuários com boa higiene e as removíveis àqueles com insatisfatória.	<ul style="list-style-type: none"> • Para os CDs entrevistados, a qualidade da higiene bucal pode ser considerada um fator determinante para indicação e sucesso na reabilitação com PPRs.
Allen et al. (2008)	Explorar os fatores que determinam o padrão de fornecimento e prognóstico de PPRs planejadas por dentistas no Reino Unido.	Os principais fatores de responsabilidade do paciente apontados pelos CDs foram: higienização dos dentes remanescentes, sobretudo os de suporte; realização de ajustes periódicos e aspectos financeiros.	Concluíram que existe um consenso geral entre os CDs de que os fatores impulsionados pelo paciente são críticos no resultado do tratamento.
Ribeiro et al. (2009)	Determinar os efeitos de dois meios diferentes de educação preventiva de higiene oral sobre a placa, bem como sobre a PPR, durante 12 meses.	O IP encontrado no exame preliminar foi maior que em todos os outros períodos. Houve grande diferença no acúmulo de placa nas superfícies das próteses entre os grupos I (controle, o qual continuou sua rotina de higienização habitual) e II (grupo que recebeu instruções e um manual autoeducativo sobre	<ul style="list-style-type: none"> •Os diferentes métodos de ensino de higiene bucal usados no estudo não tiveram importância significativa entre os grupos II e III; •Os pacientes precisam ser examinados periodicamente, motivados e instruídos à fim alcançarem êxito na reabilitação.

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
		higiene oral sem ilustrações). O grupo III recebeu instruções verbais e um manual ilustrativo de autoaprendizagem.	
Milward et al. (2013)	Determinar as deficiências no conhecimento dos pacientes no que tange à higienização da prótese.	<ul style="list-style-type: none"> • Cerca de 91,8% dos pacientes participantes afirmaram terem recebido instruções quando da instalação das próteses. No entanto, destes, 60,2% realizavam a higienização com frequência inadequada; • 9,2% relataram dormir com a prótese. 	Além da falta de conhecimento por parte de alguns pacientes, ainda há carências no que diz respeito à motivação para colocá-lo em prática.
Cakan et al. (2015)	Realizar um levantamento dos hábitos de higiene em usuários de PPR.	<ul style="list-style-type: none"> • 49% dos pacientes relataram não ter sido bem informados pelos CDs; • A escovação foi o método de limpeza usado em 57,6% dos casos; • 53% dos pacientes não removiam a prótese para dormir. 	Os hábitos e atitudes quanto à higiene são fundamentais para garantir eficácia na reabilitação.
Manenti (2016)	Avaliar a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses.	No que tange aos aspectos associados ao paciente, como higienização, foram observados acúmulo de placa, cárie e doença periodontal nos dentes pilares.	•Existe a necessidade de que os pacientes sejam orientados e motivados a realizar a higiene de forma correta.

APÊNDICE D – Comparação entre os estudos acerca dos danos aos tecidos adjacentes

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Zanetti et al. (1996)	Verificar a presença de lesões na mucosa bucal em pacientes portadores de PPRs.	<ul style="list-style-type: none"> • Dos 60 pacientes examinados, 31 não apresentaram lesão; • 58,82% dos homens apresentaram mucosa normal; • 51,16% das mulheres apresentaram algum tipo de lesão da mucosa; • Quanto à ocorrência de lesões: 35% apresentaram estomatite por prótese; 15% hiperplasia fibrosa inflamatória e 6,67% úlcera traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> • A lesão mais prevalente foi a estomatite por prótese sendo que, dentre os pacientes examinados, houve maior ocorrência de lesões no sexo feminino.
Leles et al. (1999)	Verificar o efeito da PPR sobre a condição dental e periodontal de pilares em comparação aos elementos não envolvidos pelas estruturas da prótese.	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas 7, dos 30 pacientes envolvidos foram orientados quanto à necessidade de manutenção periódica; • Apenas 30% retornaram ao cirurgião-dentista para proserações; • Observaram valores mais elevados em dentes pilares para as médias do IP, PS e mobilidade dental. 	Concluíram que os dentes pilares apresentaram condições dentais e periodontais inferiores.
Zlataric et al. (2002)	Investigar os efeitos da PPR sobre a saúde periodontal e sua possível associação com o aumento da ocorrência de gengivite, periodontite	<p>Nos elementos pilares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70% obteve o score 2 para placa; • 87% score 2 para gengivite; • 52% score 1 para presença de cálculo; • A média para PS 	Houve significativa diferença entre IP, cálculo, gengivite, PS, RG e mobilidade dentária entre os dentes pilares e não pilares, sendo que os pilares demonstraram

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
	e mobilidade dos pilares.	<p>de 54% dos dentes pilares foi 2 mm;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29% demonstrou 4 mm de RG, enquanto que a média encontrada foi de 2 mm; • O grau de mobilidade encontrado foi 1 em 50% dos pacientes examinados, embora cerca de 32% tenha apresentado grau 3. 	<p>piores condições.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O correto planejamento aliado a bons hábitos de higiene são capazes de reduzir a ocorrência de doenças periodontais.
Bomfim et al. (2008)	Identificar a prevalência de lesões de tecido mole na cavidade bucal de indivíduos usuários de prótese dentária e sua relação com hábitos de higiene.	<ul style="list-style-type: none"> • 69,1% dos pacientes apresentaram alguma lesão. Destes, 83,1% eram do sexo feminino; • 81,9% dos pacientes utilizavam a escovação com dentífrício; • 71,2% dormiam com a prótese; • Para 57,4% a prótese já incomodou ou incomoda durante o uso; • Quanto às lesões, a estomatite protética foi a mais frequente (presente em 44,6%); • Cerca de 54,2% estavam quebradas, 71,2% manchadas, 73,4% com biofilme visível, 59,5% com desgaste nos dentes, 73,4% com falta de estabilidade e 47,8% com problemas de oclusão. 	<ul style="list-style-type: none"> • As lesões mais frequentes foram, nesta ordem: estomatite protética, hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite angular; • As condições físicas e de higiene das próteses estavam desfavoráveis; • Não foi encontrada nenhuma neoplasia.
Rovani et al. (2011)	Analisar a situação clínica dos tecidos de suporte sob PPRs e PTs visando determinar a prevalência de patologias.	<ul style="list-style-type: none"> • 59,4% dos homens e 80% das mulheres possuíam o hábito de dormir com a prótese; • No sexo masculino, observou-se: 	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos pacientes apresentou alguma lesão associada ao uso de próteses dentárias e o sexo feminino apresentou

Autores e ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
		<p>candidíase (30,9%), hiperplasia papilar inflamatória no palato (23%), granuloma piogênico (15%), ceratose friccional (5,4%), hiperplasia inflamatória (7%) e úlcera traumática (7%);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já no sexo feminino, foi constatado: candidíase (8,1%), hiperplasia papilar inflamatória no palato (9,7%), granuloma piogênico (24,2%), ceratose friccional (17,7%), hiperplasia inflamatória (21%) e úlcera traumática (10,3%). 	<p>maior prevalência;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A má higiene e o uso de próteses antigas são os principais fatores determinantes à presença de doenças.
Diniz et al. (2013)	<p>Avaliar os efeitos do uso de PPRs sobre os tecidos periodontais nos dentes de suporte direto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maior acúmulo de placa e frequência de inflamação gengival nas faces interproximais; • 55,1% dos elementos exibiram RG e 11,9% exibiram mobilidade (a maioria estava em próteses de extremo livre); • Na maior parte dos elementos a PS foi maior que 3mm. 	<ul style="list-style-type: none"> • O planejamento incorreto e a falta de cuidados por parte do paciente interferem de forma direta na condição periodontal.
Manenti (2016)	<p>Avaliar a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).</p>	<p>Acúmulo de placa em 96% dos casos, cárie e doença periodontal nos dentes pilares (16% e 42% respectivamente), sangramento à sondagem (82%), fratura dos dentes pilares (2%) e estomatite protética (2%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Há considerável percentual de falhas associadas aos danos dos tecidos adjacentes, o que evidencia a necessidade de consultas para preservação, bem como de orientações quanto à higiene.