MARCELLI SOARES DE SOUZA CAMARGO

**Avaliação de satisfação dos usuários e qualidade das Próteses Parcial
Removível instaladas na clínica de graduação da FOUSP entre 2010-2014**

São Paulo
2016

MARCELLI SOARES DE SOUZA CAMARGO

**Avaliação de satisfação dos usuários e qualidade das Próteses Parcial
Removível instaladas na clínica de graduação da FOU SP entre 2010-2014**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Prótese Dentária

Orientador: Prof. Dr. Newton Sesma.

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Camargo, Marcelli Soares de Souza.

Avaliação de satisfação dos usuários e qualidade das Próteses Parcial Removível instaladas na clínica de graduação da FOU SP entre 2010-2014 / Marcelli Soares de Souza Camargo ; orientador Newton Sesma. -- São Paulo, 2016.

57 p. : tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Prótese Dentária. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Prótese parcial removível. 2. Qualidade de vida. 3. Satisfação do paciente I. Sesma, Newto. II. Título.

Camargo MSS. Avaliação de satisfação dos usuários e qualidade da Prótese Parcial Removível instaladas na clínica de graduação da FOU SP entre 2010-2014
Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por me mostrar em diversos momentos que o caminho mais fácil muitas vezes não é o mais correto. Por me fazer decidir em continuar nessa trajetória e por me permitir realizar esse importante sonho na minha vida.

A minha mãe que nunca desanimou ou desistiu dos meus sonhos. Que por inúmeras vezes ficou ao meu lado apenas para me fazer companhia. A ela dedico tudo o que consegui e possuo na minha vida.

Ao meu um pai, que na sua forma mais simplória, foi meu maior exemplo de perseverança e coragem. Um homem forte e batalhador que me serviu de espelho a ser seguido.

Ao meu orientador por conseguir guiar todos os obstáculos deste trabalho. Pelo seu conhecimento e firmeza ao direcionar essa pesquisa.

Ao Prof. Roberto Chaib Stegun como pessoa e professor. Ele é o responsável por eu caminhar na vida acadêmica e a ele responsabilizo meu amor pela odontologia. Um amigo que nas situações mais adversas me mostrou que a calma e o tempo resolvem grande parte dos nossos problemas.

Ao meu namorado, que com sua paciência ficou ao meu lado neste período de dedicação quase que exclusiva e me ajudou de inúmeras formas. A ele tenho muito agradecer.

Aos meus amigos que conseguiram me animar nos momentos mais difíceis e que não me deixaram desistir. Buscaram sempre um sorriso no meu rosto e me davam uma palavra de conforto quando estava nos momentos de mais profundo desânimo.

Aos funcionários do departamento de Prótese que zelaram por esse trabalho e fizeram com que fosse realizado com sucesso.

As meninas da biblioteca que sempre de forma bem educada e atenciosa estiveram dispostas a ajudar e explicar às dúvidas e inquietações inerentes às dissertações e teses. Que me acalmou e me fez trabalhar de forma eficiente e correta.

Determinação, coragem e auto-confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.

Dalai Lama

RESUMO

Camargo MSS. Avaliação de satisfação dos usuários e qualidade da Prótese Parcial Removível instaladas na clínica de graduação da FOU SP entre 2010-2014 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade e satisfação das próteses parciais removíveis instaladas na clínica da graduação da disciplina de prótese removível no período de 2010-2014. Os pacientes que participaram da clínica nesse período foram contactados por telefone e convidados a participar da clínica de retorno da disciplina e ao mesmo tempo verificar a qualidade das próteses e a satisfação do paciente. Do total de 284 próteses instaladas nesse período, 50 foram avaliadas neste trabalho. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa preencheram 4 questionários: 1) TCLE, 2) Mini-mental; 3) GOHAI e 4) Anamnese da Prótese. Das próteses presentes no estudo classificaram-se em Perfeitas (sem queixa) e Problemáticas (com queixa). Após preenchido os questionários, relacionou-se a queixa principal com arco restaurado, análise da oclusão presente na prótese em função na boca, qualidade da sela, higienização da prótese e o momento em que a falha é decorrente. Como conclusão, teve-se que a queixa “soltar sozinha” foi a de maior destaque e está relacionada ao momento da falha pós- instalação. As próteses mal adaptadas estão relacionadas com uma qualidade de vida prejudicada e isto reforça que os retornos periódicos para controle da prótese são fundamentais para o sucesso clínico da prótese.

Palavras-chave: Prótese parcial removível. Qualidade de vida. Qualidade da satisfação do paciente.

ABSTRACT

Camargo MSS. Satisfaction evaluation and quality of removable partial dentures in the FOUSP undergraduate clinic between 2010-2014 [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida

The objective of this study was to evaluate the quality and satisfaction of removable partial dentures installed in removable prosthesis undergraduate clinic in the 2010-2014 period. Patients attending the clinic during this period were contacted by telephone and invited to participate in the discipline of clinical and return at the same time check the quality of prosthetics and patient satisfaction. Of the total of 284 implants installed during this period, 50 were evaluated in this study. Patients who agreed to participate completed 4 questionnaires: 1) TCLE, 2) MiniMental, 3)GOHAI and 4) anamnesis of the prosthesis. Prostheses present in the study were classified in Optimal (without complaint) and Problematic (complaining). Thus, the complaint related to restored arch, occlusal analysis in the function of the prosthesis, saddle quality, denture cleaning and the time when the failure is due. In conclusion, it was that the complaint "drop alone" was the most prominent and is related to the time of after installation failure. Poorly adapted prostheses are associated with impaired quality of life and this reinforces that the periodic returns to the prosthesis control are fundamental for clinical success of the prosthesis.

Keywords: Removable partial denture. Quality of life. Quality patient satisfaction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PPR	Prótese Parcial Removível
TPD	Técnico em Prótese Dentária
PT	Prótese Total
OHRQoL	Oral Health Related Quality of Life
PPF	Prótese Parcial Fixa
USAL	Universidade de Salamanca
GOHAI	Geriatric Oral Health Assesment Index
FOUSP	Faculdade de Odontologia da USP
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MMSE	Mini Mental State examination
MIC	Máxima Intercuspidação
GC	Guia Canino
GL	Guia Incisivo Lateral
GP	Guia Parcial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3 PROPOSIÇÃO	28
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	29
4.1 Método Estatístico	30
4.2 Complicações	30
4.3 Avaliação Cognitiva.....	31
4.4 Riscos e Benefícios	31
5 RESULTADOS	33
5.1 Da queixa do Paciente.....	33
5.2 Distribuição do tipo de Queixa	34
5.3 Relação de queixa com Co-variáveis	34
5.4 Relação da queixa do paciente com Momento da Falha	36
5.5 Relação da Classificação com Co-variáveis	36
5.6 Relação do arco restaurado com dificuldade de adaptação.....	37
6 DISCUSSÃO	39
7 CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O objetivo de uma reabilitação oral é devolver ao indivíduo suas funções orais principais (Gotfredsen; Walls, 2008, Al-Imam et al., 2016). Próteses Parciais Removíveis (PPRs) são indicadas como opção de tratamento em casos com perdas dentárias múltiplas (Zitzmann et al., 2008; Dhingra, 2012). O sucesso na escolha das PPRs depende da sua indicação (planejamento), saber orientar o Técnico em Prótese Dentária (TPD) sobre o desenho no modelo de estudo (confeção) e um acompanhamento do paciente pós-instalação (Al-Imam et al., 2016; Benso et al., 2013; Yeung et al., 2002). Um grande número de estudos tem descrito a sobrevida e as complicações durante o uso das PPRs e diferentes desfechos tem sido relatados (Benso et al., 2013; Yeung et al., 2002; Graham et al., 2006). Desta forma, tem-se que a taxa de sobrevida das PPRs são, de aproximadamente, 75% após 5 anos e de 50-60% após 10 anos de uso. As possíveis falhas e complicações sugerem aspectos importantes no manejo do planejamento e assim, alcançar o sucesso clínico desejado quando o caso reabilitador tem como opção o uso de PPRs (Al-Imam et al., 2016).

Em qualquer tratamento reabilitador a presença de falhas ou complicações faz deste um tratamento traumático e desanimador. Na PPR, as falhas mais frequentes são as que estão relacionadas ao não uso da prótese, a falta de retenção, dor nas mucosas subjacentes, fraturas de dentes, ânsia e estética não agradável (Benso et al., 2013; Pistorius et al., 2013). O Visscher et al. (2014) concluiu em seu trabalho que a condição dentária prejudicada está associada a deterioração da qualidade relacionada à saúde oral, especialmente sobre as limitações funcionais, dor física e incapacidade social, e em menor grau em relação à situação fisiológica do paciente.

Um estudo recente na Alemanha demonstrou que a população idosa do país estava com diminuição da perda dentária na última década. Porém, ainda existem pacientes com perdas dentárias múltiplas e associam a reabilitação com o uso das PPRs. Como a saúde geral e qualidade de vida é geralmente valorizada neste país, há confrontações diárias no quesito de sobrevida dos dentes remanescentes sobre a colocação e remoção diária das PPRs e suas possíveis desvantagens

funcionais que muitas vezes resultam, subjetivamente, na redução da qualidade de vida dessas pessoas (Visscher et al., 2014; Montero et al., 2013; Hummel et al., 2002; Al-Omiri et al., 2014; John et al., 2004).

Isto revela que ainda existem muitas dúvidas quanto ao uso das PPRs como opção no tratamento reabilitador. A partir disso, faz-se necessário saber se as próteses removíveis quando bem planejadas, executadas e feitas os controles periódicos pós-instalação são para o sistema estomatognático uma peça oclusal de conforto, estética e função ou apenas, uma opção antiga, barata e transitória?

Este estudo transversal tem como objetivo principal esclarecer o quanto um planejamento inadequado, uma falha de execução ou a ausência dos controles periódicos pós-instalação podem levar um tratamento com PPR ao insucesso. Assim, pacientes que tiveram a PPR instaladas de 2010- 2014 pelos alunos na disciplina de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia de São Paulo foram chamados, avaliados e quantificados a sobrevida, ou falha, ou sucesso das PPRs. Quando houver falha, será analisada em que momento esta ocorreu. Esclarecendo assim, se a PPR pode ou não ser uma opção positiva para o paciente quando feitas dentro dos padrões estipulados na literatura.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Essa revisão de literatura reforça a importância que o trabalho protético de qualidade pode gerar na qualidade de vida dos seus usuários. Da mesma forma que, negligenciar os fatores para se obter uma PPR de qualidade pode levar o paciente a uma saúde oral deficitária com traumas sociais até o insucesso no tratamento reabilitador.

Os autores Folstein et al., 1975, pontuam a importância de haver um questionário de exame mental que avalie a capacidade cognitiva dos pacientes. Este exame é importante porque ele é de fácil acesso e de rápida aplicação. Sua pontuação consegue enquadrar o paciente em: portador de alguma desordem psiquiátrica ou nenhuma desordem. Desta forma, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi usado nesta pesquisa como um questionário padrão de indicativo de alerta para pacientes que poderiam apresentar, através das 30 questões, alguma alteração psíquica. Neste trabalho, não houve nenhum paciente que se enquadrasse com alguma desordem cognitiva e todos responderam as perguntas com pontuação média a máxima.

Carlsson et al., 1976, iniciaram um estudo em 1955 em que chamou 99 pacientes que estavam usando algum tipo de prótese para retornar 13 anos depois. Neste retorno, 58 pacientes responderam a um questionário. O total de prótese neste momento era de 68. Destas, 23 ainda estavam sendo usadas 17 foram substituídas por novas e 7 substituída por Prótese Total (PT), 21 não eram utilizadas e não foram substituídas por novas. A maioria dos pacientes estava em necessidade de um novo tratamento por conta de cárie, periodontite ou tratamento protético. E como resultado o autor relatou que a não necessidade de uma nova intervenção odontológica é por conta de uma higiene adequada.

van Waas (1990), descreveu em seu trabalho as diferenças em reabilitar pacientes com Prótese Totais e relaciona com sua condição física da boca. Foram avaliados 130 pacientes. Uma moderada relação entre satisfação dos pacientes e a qualidade de suas dentaduras foi verificado. Entretanto, não existe relação entre satisfação dos pacientes e sua condição física da boca.

Vermeulen et al. (1996), conduziram um estudo longitudinal de 10 anos com 748 pacientes usuários de PPRs e que precisavam de algum reparo, substituição ou que não estavam nem usando a prótese. E observaram que para aumentar a taxa de sucesso nos tratamentos com próteses precisaria de um retorno periódico ao dentista em períodos adequados de acordo com as necessidades pessoais de cada paciente.

E Allison et al., 1997, reforçaram que a qualidade de vida são as atitudes individuais particular para construir estabilidade. De outra forma, mudanças são responsáveis por variáveis que não podem ser interpretadas. Desta forma, quando existe desconforto oral, o indivíduo demonstra mais problemas para comer, trazendo mudança que prejudica sua qualidade de vida. Esse estudo traz teorias de como a qualidade de vida pode ser alterada por algum (s) desconforto na cavidade oral.

Já Budtz-Jorgensen e Bochet (1998), concluem em seu trabalho que por muitas vezes a ausência de retorno ao consultório odontológico pelo paciente para os controles periódicos, diminui as chances de compreender e corrigir as falhas biomecânicas de sua nova prótese e podem fazer com que ele deixe então, de usá-las.

Fiske et al. (1998) quiseram pesquisar o sentimento das pessoas que perderam seus dentes, entre 51 e 86 anos, assim como suas expectativas em relação a reposição destes elementos perdidos. Observaram que as principais emoções foram: luto, baixa autoestima, não gostarem da aparência, preocupação, privacidade, manter a perda do dente em segredo, envelhecimento e falta de preparação para esta realidade. Como conclusão deste trabalho. Tiveram que a perda do dente pode ser incapacitante e frágil. O profissional responsável pela recuperação da estrutura dentária tem que considerar tais características e levar em consideração todos esses pontos na hora de lidar com as expectativas do paciente.

Já Frank et al., 2000, desenvolveram um estudo em que ele queria saber sobre a satisfação dos pacientes portadores de prótese removível em mandíbula com classificação I e II de Kennedy. Foi usado como parâmetro aceitável de confecção da Prótese Parcial Removível os pontos relevantes descritos no Princípio, Condutas e Práticas de Prótese. Este guia é baseado na extensa experiência prática de muitos professores e médicos, além dos resultados publicados de vários estudos

clínicos e laboratoriais. Como resultado e implicação clínica deste trabalho, foi descrito que é importante conduzir a confecção de uma prótese mandibular de extremidade livre dentro dos ensinamentos e respeitando os limites do rebordo e fazendo o planejamento dos grampos de acordo específico para cada caso. A oclusão cêntrica respeitando os movimentos bordejantes. Entretanto é substancial que o paciente tenha conhecimento da importância da reeducação e das manutenções dentárias necessárias.

Wagner e Kern (2000) avaliaram em seu estudo 147 pacientes que fizeram prótese na clínica de prótese pelos alunos de graduação da faculdade de Freiburg no período de 1987-1988. E após 10 anos, 1997, esses pacientes foram chamados para um retorno, e 74 pacientes retornaram. No resultado obteve que 36% das próteses foram considerados com sucesso, 23,8% com sobrevida e 39,6% com insucesso. Um terço das próteses com sucesso mostrou não ter problemas de higiene. A Prótese Parcial Fixa (PPF) foi a que teve maiores taxas de sucesso, porém como não possível ser realizada em todos os casos, a Prótese removível representou a mais aceita e de menor custo nos pacientes com poucos dentes remanescentes.

Zlataric et al. (2002) e Hummel et al.(2002), relatam que muitos dentistas não seguem corretamente todos os passos de confecção da prótese e quando acontece alguma falha transfere essa responsabilidade técnica a outro profissional. Isto acaba desencadeando um efeito em cadeia resultando em insatisfação com intolerância ao uso da prótese por parte do paciente e efeitos deletérios em longo prazo dos componentes da cavidade oral.

Yeung et al. (2002), quiseram em seu estudo relacionar o tempo de duração da prótese parcial removível com o tipo de classificação de Kennedy a qual a prótese pertence. Porém, dos 189 pacientes avaliados com 5-6 anos de uso da PPR não encontrou nenhum dado estatístico significativo que favorecesse ou não algum tipo de classificação de Kennedy em relação maior duração ou não da PPR.

Tuonimen (2003),relatou em seu trabalho que não seguir os passos para confecção da prótese removível pode levar, como resultado final, a falha do trabalho protético. E isto decorre, muitas vezes, da falta de experiência profissional de quem está atuando na peça protética. Consequente a isso, pode haver uma falha de

diagnostico, planejamento, preparo adequado do meio, adaptação da estrutura metálica, não observação das funções orais, não dar os devidos cuidados às instruções para os usuários de PPRs e se negligenciar dos controles pós-instalação.

John et al. (2004) descrevem o OHRQoL (*Oral Health Related Quality of Life*) antes e depois do tratamento de pacientes com prótese fixa, removível e total. Como o trabalho foi realizado na Alemanha, eles usaram uma versão mais sofisticada do OHRQoL, o *Oral Health Impact Profile*. Dependendo do país, tem uma versão específica do OHRQoL. Como conclusão desse trabalho, existem duas análises clínicas importantes. Primeira, a expectativa dos pacientes quando vão receber tratamento com PPR e PT comparada á PPF, em relação ao seu primeiro contato com o tipo de tratamento específico. Segundo, quando mensura a expectativa do paciente em relação a cada tipo de tratamento, tem-se que as expectativas são maiores para PPF. Desta forma, quando relaciona a expectativa real pós-tratamento e a expectativa antes tratamento, a PPR é a prótese que consegue devolver as funções orais e expectativas diárias dos pacientes melhor do que os dois outros tipos de tratamento.

Ivanhoe e Plummer. (2004), desenvolveram um trabalho onde o objetivo era descrever sobre a oclusão ideal em usuários de prótese removível e desta forma coloca que o mal planejamento protético com a falta de oclusão leva ao insucesso reabilitador com este tipo de prótese. Relata que existe muitas dúvidas em relação a oclusão ainda mais em removível. Desta forma, este trabalho tenta oferecer recomendações para facilitar os profissionais odontológicos na efetividade da oclusão da prótese Removível, porém deve ser usado em conjunto com os outros diagnósticos e habilidades técnicas.

O autor Graham et al., 2006, identificou os fatores que influenciam a indicação da PPR pelos dentistas e qual os fatores que levam o paciente usar. Para o dentista indicar, ele leva em consideração pacientes que está com grande prejuízo funcional por conta de muitas perdas dentárias e os custos. Para os pacientes, a aparência e a presença de metal visível são pontos importantíssimos. Estes pontos demonstram que os dentistas se preocupam com o aspecto funcional e o paciente na sua

aparência social. Estas diferenças de prioridade é o que faz haver alguns desentendimentos.

O estudo de Al-Omiri et al. (2006), relacionou haver ligação entre as trações de personalidade com a satisfação do paciente com a sua dentição desgastada. Foi usado um questionário para mensurar o impacto do desgaste dentário. Como resultado, teve que pacientes com desgaste dentário são menos satisfeitos com sua dentição.

O autor Gotfredsen et al., 2008, quiseram avaliar a relação entre a dentição e a função oral. Foi feito uma revisão de literatura com 1460 artigos e incluíram 83 no trabalho. Dos artigos lidos, colocou que o mínimo de 20 dentes naturais consegue manter a eficiência e capacidade mastigatória. Desta forma, de acordo com o The World Health Organization de 2000, para manter uma dentição natural com pelo menos 20 dentes por toda vida é comprovado pela revisão atual que será assegurado um nível aceitável de função oral.

Zitzmann et al., 2007, estudaram 13 países da Europa e avalia que a prótese parcial fixa e a prótese parcial removível são as próteses mais frequentemente usadas. A PPR demonstrou ser a prótese pertencente ao público mais velho e de menor nível social e é usual em casos com maiores números de perdas dentárias.

Johansson et al., 2008, fizeram uma revisão de literatura para saber, em reabilitação de dentes gastos, qual seriam os aspectos históricos, epidemiológicos e etiológicos que podem causar o desgaste dentário. Estas informações são relevantes, por exemplo, para saber indicar o material que é mais favorável ao grupo mais jovem ou mais idoso. A etiologia do desgaste dentário é multifatorial e o papel do bruxismo não é conhecido. Este conhecimento é fundamental nos casos, principalmente, onde haverá reabilitação oral por conta de desgaste múltiplo dos dentes.

Lynch et al., 2010, fizeram uma avaliação da qualidade das Prótese Parciais fixa em um curso de pós-graduação na Universidade Irlanda. Como resultado observaram que o tempo de ensino gasto na graduação com esse tipo de prótese tem diminuído e com isso a qualidade das próteses instaladas também. Dessa forma, ele cita a necessidade dos alunos fazerem cursos de extensão para

aprimorar seus conhecimentos. Uma vez que as próteses sobre implante estão se tornando cada vez mais comum.

Já do Amaral et al., 2010, avaliaram a condição periodontal em pacientes usuários de prótese parcial removível, comparando direta ou indiretamente os que tem encaixe em dente, em um período de um ano. Foi levado em consideração os índices de placa e sangramento gengival no primeiro ano de uso da prótese. O levantamento foi que as próteses removíveis com encaixe em dente são diretamente mais propícias ao acúmulo de placa às PPRs convencionais.

Honey et al., 2011, qualificam o nível dos alunos ao final da faculdade de Odontologia da Universidade de Cardiff e da Universidade *Dental School & Hospital*, Cork, Irlanda em procedimentos mais simples e em que requer mais conhecimentos clínicos. Foi feito um questionário e entregue aos alunos. Como resultado, os alunos de ambas as Universidade se mostraram mais confiantes nos procedimentos mais simples aos que requer mais prática clínica. E isto demonstra que a diminuição do tempo de clínica em procedimentos mais complexos pode ter ajudado a diminuir a confiança dos alunos nestas áreas.

Dhingra (2012),descreve que reabilitar pacientes com perdas dentaria causada por doença periodontal através de prótese (fixas ou removíveis) e implantes são os mais comuns. Este artigo revisa o que existe na literatura sobre reabilitação oral de parcialmente desdentado por doença periodontal usando PPR, PPF e coroas sobre implante unitárias. Os pontos levantados foram características gerais, sobrevida, complicações e a preferência dos pacientes. Foi mencionado que existe mais revisões sistemáticas sobre PPR convencional e implantes que relatam um nível de evidencia sobre sobrevida nos pacientes com periodontia e que a condição periodontal deve ser estabilizada. Sobre a preferencia dos pacientes, este autor leva em consideração o custo, vantagens e desvantagens. Uma proposta de estudo sobre um protocolo de como atuar a reabilitação de acordo com o grau de periodontia foi mencionada, uma vez que os custos das manutenções periódicas realizadas por estes pacientes devem ser levados em consideração.

No trabalho de Michaud et al., 2012 e Inukai et al., 2008, mostraram a associação entre a satisfação do paciente em relação ao tratamento dentário e a sua qualidade de vida (OHRQoL). O tempo de tratamento é um fator importante nessa relação. Apesar das limitações do estudo, os autores descrevem haver uma relação positiva entre a qualidade de saúde oral, qualidade de vida e a qualidade da condição dentária. A capacidade de mastigar e a condição oral são os determinantes na satisfação oral.

Montero et al., 2013, desenvolveram uma pesquisa na Universidade de Salamanca (USAL) com pacientes de alunos de pós-graduação que queria compreender as mudanças orais nos pacientes tratados com as diferentes próteses (PT, PPR, PF). Por mais que os resultados em conforto e eficiência mastigatória tenham aumentado após avaliação nos controles, eles pontuam que a habilidade dos alunos e a qualidade de ensinar dos professores são as principais influências para promover uma maior satisfação dos pacientes em usar suas respectivas próteses.

Benso et al., 2013, descrevem que a performance do tratamento protético é sem dúvida a somatória do esforço do profissional, sua técnica e de seus funcionários e o esforço do próprio paciente. Entretanto, nos casos de PPRs, as falhas e complicações são ocorrências que dependem apenas do dentista. A técnica do grupo (pessoas envolvidas na confecção das PPRs) e do paciente podem negligenciar seus deveres, mas isso não pode acontecer por parte do dentista durante a confecção da prótese assim como em todas as fases do tratamento.

Os autores Pistorius et al., 2013, pontuaram o uso contínuo do *Oral Health Related Quality of Life* (OHRQoL) nos dias atuais e também o desenvolvimento *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) para pacientes idosos. Onde coloca que o GOHAI é índice particular usado para pacientes idosos onde quer avaliar a capacidade cognitiva destes pacientes em conseguir relacionar alguns pontos relevantes aos usuários de prótese nessa idade. Desta forma, O GOHAI foca as perguntas mais para questões funcionais, mastigatórias, deglutição, “soltar” e dor que esses pacientes possam ter. Ou seja, as perguntas foram desenvolvidas para saber realmente se esse paciente idoso está consciente sobre a sua condição oral e

sua prótese sem ter qualquer alteração cognitiva que possa não dar uma resposta verdadeira.

Al-Omiri et al., 2014, relataram que a reabilitação por prótese normalmente é cara e com um longo período de tratamento. Porém quando se trata de reabilitar com PPR ele observa que os pacientes ficam mais criteriosos em relação a sua cavidade oral e reporta mais aspectos negativos a estética oral. Porém, quando bem explicado as limitações deste tipo de tratamento, a PPR como a PT são bem aceitas e clinicamente tem uma facilidade técnica maior. Diminuindo o tempo do tratamento reabilitador e custo ao paciente.

Os autores Visscher et al., 2014, usaram o OHRQoL (*Oral Health Related Quality of Life*) em associação com desgaste e perda dentária. Ou seja, tenta associar a qualidade de vida com *status* dentários (dentes naturais, PPR, PT ou edentulismo). O *status* dentário foi baseado em uma combinação de informação oriunda da avaliação clínica e de um questionário. Como resultado obteve-se que o status dentário debilitado está associado com um OHRQoL deteriorado, em especial os aspectos de limitações funcionais, dores físicas e prejuízo social.

O Al-Imam et al., 2016, buscaram descrever e mensurar os fatores que a saúde oral e qualidade de vida possam sofrer impacto quando identificado as complicações que a PPR possa gerar no paciente entre 1-5 anos de tratamento. Ele identificou que a complicação mais frequente são próteses mal ajustadas e inflamação da mucosa oral. No período de 5 anos de uso, novas complicações foram aparecendo: quebra do acrílico e dos braços de retenção e oposição, muita inflamação da mucosa e estética comprometida por conta dos dentes artificiais. O local de reposição do dente perdido, números de dentes substituídos pela PPR não influenciaram a ocorrência das complicações. E com isto, pacientes com complicações tiveram piores índices no score na saúde oral e qualidade de vida aos que não tiveram complicações. E os autores, explicam este fato pelas diferenças psicossociais que mudam quando o paciente se depara com complicações da prótese. Desta forma, concluíram que estes dados devem ser relevantes ao fato de que os pacientes que vão usar prótese removível devem ser informados do que se pode esperar no tratamento com este tipo de prótese.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é obter dados sobre a qualidade das próteses removíveis instaladas na disciplina de prótese parcial removível da FOUSP e a satisfação dos usuários destas próteses. Quantificar as queixas descritas pelos pacientes e compreender em que momento a falha/ queixa está associada no processo de confecção da PPR.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Em um período de um ano (Março 2014- Abril 2015), um total de 50 pacientes (27 mulheres, 23 homens) entre 35- 70 anos, que tiveram sua Prótese Parcial Removível instalada na disciplina de Prótese Parcial Removível entre 2010-2014 na faculdade de Odontologia da USP (FOUSP), foram convidados a retornarem para avaliação e controle das PPRs. Assim, como os pacientes que retornaram voluntariamente foram contabilizados nessa pesquisa.

Uma lista em ordem cronológica de instalação (2010-2014) foi montada e o contato realizado por telefone. Aos que aceitavam o convite para retornar, era marcado um horário para ser realizado o preenchimento das fichas clínicas do estudo e a avaliação da prótese.

Das fichas obrigatórias de preenchimento constava: uma ficha do Comitê de Ética em Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que explicava os riscos e benefícios da pesquisa e uma cópia de igual conteúdo era entregue ao paciente (ANEXO A); um questionário estruturado que constavam as queixas de cada paciente, o aspecto oclusal da prótese instalada, a conduta do paciente sobre as orientações feitas no dia da instalação e no fim, o aspecto físico da peça protética (ANEXO B); uma ficha do índice GOHAI (ANEXO C) e um teste Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar a capacidade cognitiva do paciente em responder aos questionários anteriores (ANEXO D).

Com esses dados preenchidos, o cirurgião dentista encaminhava esses pacientes para uma clínica de apoio, formada por alunos e cirurgiões dentistas formados pela FOUSP que davam suporte a esses pacientes mesmo quando a prótese estava em condições de uso ou não. Isto era feito através de pequenas intervenções ou até por substituição da peça protética antiga por uma nova. Vale ressaltar, que todos os pacientes, indiferente da queixa ou falta de queixa, eram convidados a comparecer nessa clínica de apoio.

4.1 Método Estatístico

Após a obtenção dos dados, estes foram enviados ao estatístico em forma de planilha que continha as informações da ficha de questionário (ANEXO B). O qual submeteu os dados a um teste de Igualdade de Duas Proporções e ao teste de Qui-Quadrado. Estes testes foram selecionados para este modelo de pesquisa por possuir muitas variáveis e sub-níveis. O objetivo do estatístico era investigar a relação entre várias categorias do questionário e correlaciona-las entre si. Por isso, a narrativa sobre este ponto matemático é saber se a proporção de duas determinantes variáveis e/ou seus níveis é estatisticamente significativa e se duas variáveis e seus níveis possuem ou não uma dependência (associação estatística).

4.2 Complicações

No total da lista de pacientes (284) que tiveram sua prótese instalada entre 2010-2014 era feito o contato por telefone e alguns pacientes respondiam que não gostariam de voltar mesmo estando com a prótese em condições não favoráveis (60) ou não gostariam de voltar por que estavam confortáveis com as mesmas (15). Alguns telefones estavam desatualizados, não conseguindo assim o contato (25). Desta forma, uma parte dos pacientes que houve contato por telefone e agendaram horários e faltaram mais de duas vezes (25) foram excluídos de uma terceira tentativa de agendamento. Aos que compareceram e aceitaram o convite para fazer parte da pesquisa (40). Sendo outros pacientes que procuraram a secretaria da faculdade e tendo a prótese instalada no período estabelecido também foram contabilizados na pesquisa (10).

Os pacientes que retornavam, às vezes, possuíam prótese na arcada inferior e superiores e ambas confeccionadas pela disciplina de Prótese removível, porém em anos diferentes (dentro do período determinado) e foram contabilizados como dois pacientes.

A análise Oclusal do paciente só era realizada nos pacientes que estavam com a prótese em boca. Aos que não conseguiam colocar a prótese ou esta não encaixava ou tinha quebrado ou perdido, a análise oclusal não foi realizada e desta forma não foi contabilizada para a análise estatística.

4.3 Avaliação Cognitiva

É um teste feito pelo Mini Exame do Estado Mental (MMEM) para rastreio de diagnóstico de demência. Esse instrumento de rastreio da condição cognitiva identifica na população geral os casos de suspeita da existência de demência.

Este teste é de fácil manipulação e facilmente aceito pelos profissionais e pelos pacientes. Tem boa credibilidade entre examinadores e pode ser re-testado.

O Mini exame do Estado Mental (MMSE) foi elaborado pelos seus idealizadores com o intuito de auxiliar o clínico a estimar quantitativamente o prejuízo cognitivo de seus pacientes (Folstein et al., 1975). Este instrumento consiste de várias questões agrupadas em sete categorias de funções cognitivas, totalizando 30 pontos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e construção visual (1 ponto).

A pontuação menor ou igual a 23 pontos tem sido reconhecida, pela maioria dos estudos, como indicativo de prejuízo cognitivo. O MMSE tem sido amplamente utilizado em diversos estudos na primeira etapa de rastreamento para diagnóstico de demência.

4.4 Riscos e Benefícios

Pelo fato da pesquisa ser através de quatro questionários a ser respondido pelo paciente, não foi observado qualquer possibilidade de risco maior, entretanto o questionário foi elaborado de forma que o paciente não sofra qualquer tipo de constrangimento durante todo o processo. Já os procedimentos de retorno e ajustes da prótese são os inerentes a qualquer procedimento clínico de rotina na disciplina

de Prótese Removível e os Pacientes com queixas foram encaminhado para a clínica de retorno do departamento de prótese.

Local

Foi usado a dependência da clínica Odontológica do Departamento de Prótese da FOU SP.

5 RESULTADOS

5.1 Da Queixa do Paciente

A distribuição dos pacientes em relação a queixa principal foi nomeada em Perfeita, quando não havia queixa e Problemática quando havia. Independente do tipo da queixa relatada. Desta forma, verificou-se que embora a maioria tivesse queixa Problemática, 58,0%, não existe diferença estatística para os 42,0% das próteses caracterizadas como Perfeita (Tabela 5.1). A distribuição, por porcentagem, das próteses em Perfeita e Problemática está descrito no gráfico 5.1.

Tabela 5.1 - Distribuição de Queixa

Queixa	N	%	P-valor
Perfeita	21	42,0%	0,110
Problemática	29	58,0%	

Gráfico 5.1

Relação de Prótese Perfeita e a classificação de Kennedy (I,II,III,IV)

5.2 Distribuição do tipo de Queixa

Analisaram a distribuição do tipo de queixa para somente os 29 sujeitos com queixa Problemática (Tabela 5.2). Desta forma a queixa mais prevalente foi o “Solta Sozinha” com 55,2%, sendo estatisticamente significativa entre as demais superior os demais queixas.

Tabela 5.2 - Distribuição do Tipo de Queixa

Tipo de Queixa	N	%	P-valor
Solta sozinha	16	55,2%	Ref.
Não usa	8	27,6%	0,033
Não consegue mastigar	5	17,2%	0,003
Doe quando usa	4	13,8%	<0,001
Não consegue tirar	4	13,8%	<0,001
Doe ao mastigar	3	10,3%	<0,001
Não consegue colocar	3	10,3%	<0,001
Tem ânsia	3	10,3%	<0,001

5.3 Relação de Queixa com Co-variáveis

Os resultados das relações e/ou associações foram mostrados com valores absolutos e percentuais (Tabela 5.3). Para verificar a existência ou não da associação, precisou estudar os valores em percentuais. Extraímos que existe relação e/ou associação estatisticamente significativa da queixa com: Arco restaurado, Característica da Sela, Dificuldade de adaptação, Momento da falha, Braço de Retenção e Classificação de Kennedy.

Tabela 5.3 - Relação de Queixa com Co-variáveis

Queixa		Perfeita		Problemática		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Ano de instalação	Muito tempo	12	80%	14	67%	26	72%	0,379
	Pouco tempo	3	20%	7	33%	10	28%	
Arco restaurado	Inferior	5	24%	20	69%	25	50%	0,002
	Superior	16	76%	9	31%	25	50%	
Característica da Sela	Normal	20	100%	18	72%	38	84%	0,010
	Sobre extensão	0	0%	7	28%	7	16%	
Dificuldade de adaptação	Não	14	67%	7	24%	21	42%	0,003
	Sim	7	33%	22	76%	29	58%	
MIH: total	Não	5	24%	11	46%	16	36%	0,124
	Sim	16	76%	13	54%	29	64%	
Momento da falha	Não tem	21	100%	0	0%	21	43%	<0,001
	Pós instalação	0	0%	28	100%	28	57%	
Lateralidade direita	GC	7	41%	9	45%	16	43%	0,952
	GL	5	29%	6	30%	11	30%	
	GP	5	29%	5	25%	10	27%	
Lateralidade esquerda	GC	5	29%	8	38%	13	34%	0,526
	GL	6	35%	4	19%	10	26%	
	GP	6	35%	9	43%	15	39%	
Braço de Retenção	Normais	16	80%	2	10%	18	45%	<0,001
	Braço de Retenção aberto	2	10%	17	85%	19	48%	
	Apoio	2	10%	1	5%	3	8%	
Classificação de Kennedy	Classe 1	3	14%	14	48%	17	34%	0,031
	Classe 2	3	14%	4	14%	7	14%	
	Classe 3	14	67%	8	28%	22	44%	
	Classe 4	1	5%	3	10%	4	8%	
Nº de vezes que higieniza a prótese	Duas	3	14%	10	34%	13	26%	0,376
	Mais de 3	3	14%	5	17%	8	16%	
	Três	14	67%	13	45%	27	54%	
	Uma	1	5%	1	3%	2	4%	
Protrusiva anterior	Direita	3	15%	6	25%	9	20%	0,749
	Direita e esquerda	0	0%	1	4%	1	2%	
	Esquerda	7	35%	6	25%	13	30%	
	Não	8	40%	8	33%	16	36%	
	Sim	2	10%	3	13%	5	11%	

5.4 Relação da Queixa do paciente com Momento da Falha

As pessoas com queixa Perfeita tendem a não ter momento de falha (100%) e que as pessoas com queixa Problemática tendem a o momento de a falha ser pós instalação (100%) (Tabela 5.3).

5.5 Relação da Classificação de Kennedy com Co-variáveis

A Classificação de Kennedy relaciona-se estatisticamente apenas com Momento da falha, onde Classe 1 tende a ter falha pós instalação (81%) e que Classe 3 tende a não ter falha (64%) (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Relação de Classificação com Co-variáveis

Classificação		Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Arco restaurado	Inferior	12	71%	4	57%	9	41%	0	0%	25	50%	0,051
	Superior	5	29%	3	43%	13	59%	4	100%	25	50%	
Dificuldade de adaptação	Não	7	41%	3	43%	9	41%	2	50%	21	42%	0,989
	Sim	10	59%	4	57%	13	59%	2	50%	29	58%	
MIH: total	Não	4	27%	4	67%	6	29%	2	67%	16	36%	0,190
	Sim	11	73%	2	33%	15	71%	1	33%	29	64%	
Momento da falha	Não tem	3	19%	3	43%	14	64%	1	25%	21	43%	0,042
	Pós instalação	13	81%	4	57%	8	36%	3	75%	28	57%	
Lateralidade direita	GC	8	62%	1	33%	6	32%	1	50%	16	43%	0,584
	GL	2	15%	1	33%	8	42%	0	0%	11	30%	
	GP	3	23%	1	33%	5	26%	1	50%	10	27%	
Lateralidade esquerda	GC	5	36%	1	33%	7	37%	0	0%	13	34%	0,589
	GL	3	21%	2	67%	4	21%	1	50%	10	26%	
	GP	6	43%	0	0%	8	42%	1	50%	15	39%	
Protrusiva anterior	Direita	2	14%	1	17%	6	27%	0	0%	9	20%	0,768
	Direita e esquerda	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	1	2%	
	Esquerda	5	36%	3	50%	5	23%	0	0%	13	30%	
	Não	6	43%	2	33%	7	32%	1	50%	16	36%	
	Sim	1	7%	0	0%	3	14%	1	50%	5	11%	

5.6 Relação do arco restaurado com dificuldade de adaptação

Não existe relação estatística entre Arco Restaurado e Dificuldade de Adaptação, ou seja, são variáveis estatisticamente independentes (Tabela 5.6). Este fato também é descrito no Gráfico 5.2 e 5.3.

Tabela 5.6 - Relação de Arco Restaurado com Dificuldade de Adaptação

Dificuldade de adaptação	Arco restaurado					
	Inferior		Superior		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	9	36%	12	48%	21	42%
Sim	16	64%	13	52%	29	58%
Total	25	50%	25	50%	50	100%

P-valor = 0,390

Gráfico 5.2

Dificuldade de Adaptação: Arcada Superior-

Gráfico 5.3 –
Dificuldade de Adaptação: Arcada Inferior

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi desenvolvido para mensurar e descrever a qualidade das próteses parciais removíveis instaladas, entre 2010-2014, na clínica da faculdade de Odontologia da USP e a satisfação dos pacientes usuários destas próteses. Para conseguir homogeneidade nas respostas dos 50 pacientes envolvidos na pesquisa, desenvolveu-se uma ficha clínica com perguntas fundamentais para o esclarecimento das queixas mais comum e a qual momento, no desenvolvimento da prótese, essa queixa está relacionada. Para se obter uma discussão mais detalhada e que consiga esclarecer os pontos importante envolvidos no sucesso no tratamento por prótese removível, será descrito os pontos relevantes para se basear o sucesso da instalação da prótese removível.

Neste estudo, os resultados estatísticos mostraram não haver diferença significativa quando relaciona arcada restaurada com a queixa principal. Porém, quando se avalia os números envolvidos para conseguir fazer a análise estatística, se tem que o arco superior representa 31% das próteses problemáticas contra 69% dos problemas oriundos das PPRs em mandíbula. Ou seja, 34 pacientes com a prótese em mandíbula tiveram algum tipo de queixa. No quesito adaptação, a arcada superior mostrou que 52% dos pacientes tiveram alguma dificuldade em se adaptar com a prótese. Já na arcada inferior a dificuldade em se adaptar foi de 64 %. É importante saber qual das maxilas que foi receptora da peça protética pois a configuração anatômica, muscular e da fibromuscosa são diferentes e pode resultar em uma melhor adaptação da PPR e ausentar o paciente de queixa. O autor van Waas (1990), relata que reclamações são mais frequentes nas próteses mandibulares quanto à falta de estabilidade, retenção e diminuição da eficiência mastigatória. Defendendo que existe diferença entre reabilitar uma maxila e/ou mandíbula com PPR, tendo o uso de PPR na arcada inferior o pior resultado referente à adaptação dos pacientes e maiores números de desistência em usar a PPR.

Saber a quantidade de vezes que o paciente higieniza sua prótese e seus dentes naturais é conseguir relacionar a importância que ele dá para os seus dentes remanescentes e para a sua prótese com a possibilidade de desenvolver algum tipo

de patologia decorrente da falta de higienização (Graham et al., 2006). Quando presente, essas patologias podem gerar algum desconforto na mucosa oral o que pode ser confundida com algum desconforto gerado pela prótese. Ter certeza da origem desse desconforto é fundamental para o registro da queixa do paciente. A prótese Removível é a mais suscetível ao acúmulo de placa (Carlsson et al., 1976), estudos relatam que pacientes portadores de PPRs tendem a higienizar a sua prótese em média 2 vezes ao dia e que uma das maiores razões do insucesso da PPRs é que mais da metade dos pacientes portadores deste tipo de prótese tem recidiva de cáries e desenvolvimento de doença periodontal, de acordo com Frank et al. (2000). Neste estudo, a higienização mais de três vezes ao dia engloba 54% dos pacientes, seguida de duas vezes (26%), mais de três vezes (16%) e uma vez ao dia (4%). Isto é um fator relevante, pois quando a queixa ao uso da PPR se trata de dor, pode ser uma condição por desenvolvimento de outras patologias desencadeadas pela falta de higiene adequada.

Os graduandos em Odontologia de FOU SP são instruídos a fazer orientação oral e escrita como um mecanismo para melhor compreensão por parte do paciente sobre sua nova condição oral e sobre sua nova peça oclusal. Foi observado que dos pacientes que disseram estar com a prótese Perfeita, 90% dos pacientes tiveram essa orientação através de um aluno da graduação no ato da instalação da prótese e mesma porcentagem é observada nos pacientes com prótese problemática.

Foi necessário saber se o paciente tirava ou não a prótese e quando removia em que período do dia era tirado da boca. Então, identificar se o paciente usava a prótese de dia e tirava a noite, usava de dia e noite e se tirava para se alimentar faz com que este tipo de pergunta ajude a especificar melhor a queixa do paciente. Já que ele pode não ter queixa sobre a prótese, mas quando questionado se remove para se alimentar, ele diz que sim, mostrando então, que existe algum problema com essa peça, porém o paciente não conseguiu identificar este fato como uma não anormalidade da sua prótese e deve ser ajustado para conseguir total efetividade na hora da mastigação e se está relacionado com a oclusão e o tipo de antagonista. Do total de próteses avaliadas, 18 foram classificadas com “não usa”.

Poder relacionar o tipo de Classificação de Keneddy em se ter mais queixas ou não, uma vez que, tendenciosamente, acreditamos que as próteses de extremidade livre podem gerar mais queixas do que as dento suportadas. Os autores Graham et al. (2006) e do Amaral et al. (2010), relatam que as PPRs com extremidade livre apresentaram maiores números de queixas por conta da distancia do final da prótese e seus conectores na linha de fulcro que não conseguem minimizar a um plano único de inserção todas as forças presentes na atividade mastigatória e de deglutição. Neste estudo, o que se teve como resultado é que das próteses perfeitas, 67% eram classe III. Já as próteses com algum tipo de queixa, os números são 62% para as próteses classificadas com I e II, representando o grupo das próteses de extremidade livre. Para as próteses do tipo intercalar, classe III, temos 28%. A classe IV ficou com 10%, porém saber o tamanho do espaço presente neste tipo de classificação pode coloca-la no grupo de extremidade livre ou intercalar. Isto mostra que as de extremidade livre manteve seu padrão de ser uma prótese que possibilita mais queixas, porém a quantidade de queixas com dento suportado (classe III) foi além do esperado. Para o quesito adaptação da prótese se teve que em todas as classes apresentaram uma média maior de 50% no quesito dificuldade de adaptação.

Foi usado o método GOHAI como índice de Qualidade de vida em Idosos ao invés de se um índice geral de qualidade de vida OHRQoL nos pacientes portadores de prótese removível, porque o GOHAI inclui mais questões sobre aspectos de deglutição, mordida, mastigação e dor. Ele é um método mais focado nos aspectos psico-social em que o paciente se insere quando usa prótese dentária. Agora o OHRQoL depende, entre outras coisas, do sistema oro-facial do individuo em relação as limitações diárias que o paciente teria e seus problemas e suas soluções (Allison et al., 1997). Mesmo sendo o GOHAI um índice para idosos neste estudo não teve divisão por faixa etária então, vale explicar que como muitos dos pacientes da pesquisa eram idosos optou-se por esse tipo de questionário, para conseguir identificar se esse paciente apresentava ou não alguma limitação cognitiva e teria alguma dificuldade em responder as perguntas dos questionários propostos na pesquisa. Todos os pacientes apresentaram uma ótima qualidade cognitiva.

As principais queixas relatadas pelos pacientes foram 8 : Doer quando usa, doer ao mastigar, soltar sozinha, não consegue tirar, não consegue colocar, não consegue mastigar, tem ânsia e não usa. Quando paciente não apresentava queixa era considerada uma prótese Perfeita. Das queixas principais, a que se mostrou mais comum neste estudo foi a condição de “soltar sozinha” e na literatura os autores (Graham et al., 2006; Wagner; Kern, 2000), reforçam essa mesma realidade, uma vez que essa condição pode ser reflexo de um mal planejamento dos conectores da prótese, moldagens mal executadas, ausência ou falha de calibragem da ponta ativa do braço de retenção e distorção do metal da prótese. E os autores (Frank et al., 2000; Al-Omiri et al., 2014), relacionam que este tipo de condição (Soltar sozinha) proporciona à paciente insegurança, insatisfação e uma condição social deletéria. Compreender o motivo do fato da prótese “soltar” é um importante passo já que esta situação pode ser consequência de uma falta de calibragem adequada no planejamento, ausência da bossa no dente que receberá o braço de retenção, fadiga do material, moldagem funcional mal executada como um desajuste oclusal que leva a prótese a essa condição desconfortável.

Avaliar a oclusão presente nos pacientes com a prótese é um pouco emblemático, uma vez que discutir Oclusão e em próteses é um ponto bem delicado e confuso. Na literatura o que se descreve como fundamentos de oclusão na prótese removível é confeccionar um plano de orientação correto, principalmente em Classe I e II e saber que a quantidade de dente remanescente e sua posição na arcada é o começo para se determinar o “ esquema” oclusal como pontua (Ivanhoe ; Plummer, 2004). O importante aqui é refletir se a falta ou ausência de um ajuste oclusal baseado nos princípios básicos da oclusão é um importante passo para se obter sucesso no tratamento com PPR uma vez que pode evitar movimentos axiais e degenerativos aos dentes remanescentes (Graham et al., 2006). Neste trabalho foi verificado os contatos oclusais em MIC (Máxima Intercuspidação), protrusiva e lateralidade e observado se havia ou não alguma interferência ou contato prematuro. Os valores descritos a seguir são referentes a análise oclusal nos pacientes com algum tipo de queixa. Os pacientes que apresentavam os contatos em MIC sem interferência foi de 46% contra 54 % dos pacientes que tinham algum tipo de interferência no movimento de translação. Os valores em protrusão foram de 33% quando o paciente fazia o movimento corretamente, de 25% quando era feito com

desvio para o lado direito, de 25% com desvio para o lado esquerdo e 17% dos pacientes não conseguiram executar o movimento. As guias em lateralidade para o lado direito mostraram que 45% dos pacientes tinham guia em canino, 30% possuía guia em incisivo lateral e 25% guia parcial. Para a lateralidade esquerda o guia canino ficou com 38% dos pacientes, guia em incisivo lateral com 19% e guia parcial com 43%. Os valores da análise oclusal nos pacientes com as próteses sem queixa – Perfeita são: MIC sem interferência 24% contra 76% com interferência; protrusiva com desvio para a direita de 15%, para esquerda 35%, sem interferência de 40%; para a lateralidade direita o guia canino ficou com 41%, GL 29%, GP 29% e para o lado esquerdo GC: 29%, GL 35% e GP 29%. Os pacientes que não estavam com a prótese em boca não tiveram seus dados computados. Estes valores mostram que mesmo quando a prótese está em perfeita adaptação tem necessidade de um ajuste oclusal para maximizar os benefícios da PPR. Para as próteses com queixas, em algumas, pode-se relacionar sua queixa com a falta do ajuste oclusal e o total balanceamento das cargas oblíquas e apicais entre os dentes remanescentes e os artificiais.

A execução bem realizada do passo a passo para confecção da prótese removível assim como o retorno periódico do paciente à clínica odontológica para consultas de reavaliação da condição da prótese, higiene do paciente e de algum desconforto que o paciente possa relatar, são os fundamentos para o verdadeiro sucesso no tratamento com a prótese removível. Uma vez que o não acompanhamento e a ausência de conhecimento da realidade do portador da PPR podem resultar em traumas, intolerância à prótese por parte do paciente e um fator social deletério (Zlatic et al., 2002; Hummel et al., 2002; Al-Omiri et al., 2014). Este trabalho conseguiu mostrar que 100% dos pacientes com prótese problemática, tinham como o momento da falha principal a ausência do controle pós- instalação. No período letivo, o momento da instalação e controle da prótese é feito nas últimas clínicas do semestre, tendo por parte dos alunos e docentes uma total falta de tempo o que leva a não verificação completa dos pontos que podem levar ao insucesso do uso da PPR. E no ano seguinte, na graduação, não se tem o hábito de chamar os pacientes a retornarem para os controles posteriores e consequente diminuição dos traumas que a prótese possa vir a causar ao paciente.

Os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelas habilidades dos alunos do último ano e da qualidade do professor de ensino. Tempo clínico e prática podem aumentar a confiança dos alunos, como Lynch et al. (2010) e Honey et al. (2011), descrevem em seus trabalhos, aumentando a excelência das próteses dentárias que eles irão realizar no futuro.

Outros estudos transversais com esse feedback da satisfação dos pacientes usuários de próteses parciais removível, de diferentes países devem ser feitos para elevar o nível dos alunos de graduação, como já foi proposto por Montero et al. (2013).

7 CONCLUSÕES

Como conclusão do trabalho temos que:

- Satisfação dos Usuários foi de 100%;
- Em relação a qualidade das Próteses, 5 próteses realmente nas condições mínimas desejadas;
- A queixa “Soltar Sozinha” representa 55,2% das próteses instaladas ;
- Momento da Falha mais presente é a de Pós- Instalação e representa 100% das próteses problemática.

REFERÊNCIAS¹

Al-Imam H, Özhayat EB, Benetti AR, Pedersen AM, Gotfredsen K. Oralhealth-related quality of life and complications after treatment with partialremovable dental prosthesis. J Oral Rehabil. 2016 Jan;43(1):23-30.

Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. Soc Sci Med. 1997 Jul;45(2):221-30.

Al-Omiri MK, Sghaireen MG, Al-Qudah AA, Hammad OA, Lynch CD, Lynch E. Relationship between impacts of removable prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction and personality profiles. J Dent. 2014 Mar;42(3):366-72.

Al-Omiri MK, Lamey PJ, Cooper C, Clifford T. Relationship between personality and satisfaction with the dentition in tooth wear patients. Eur J Prosthodont Restor Dent. 2006 Dec;14(4):179-84.

Benso B, Kovalik AC, Jorge JH, Campanha NH. Failures in the rehabilitation treatment with removable partial dentures. Acta Odontol Scand. 2013 Nov;71(6):1351-5.

Budtz-Jorgensen E, Bochet G. Alternate framework designs for removable partial dentures. J Prosthet Dent. 1998 Jul;80(1):58-66.

Carlsson GE, Hedegård B, Koivumaa KK. Late results of treatment with partial dentures. An investigation by questionnaire and clinical examination 13 years after treatment. J Oral Rehabil. 1976 Jul;3(3):267-72

Dhingra K. Oral rehabilitation considerations for partially edentulous periodontal patients. J Prosthodont. 2012 Aug;21(6):494-513.

do Amaral BA, Barreto AO, Gomes Seabra E, Roncalli AG, da Fonte Porto Carreiro A, de Almeida EO. A clinical follow-up study of the periodontal conditions of RPD abutment and non-abutment teeth. J Oral Rehabil. 2010 Jul;37(7):545-52

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Frank RP, Brudvik JS, Leroux B, Milgrom P, Hawkins N. Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. *J Prosthet Dent*. 2000 May;83(5):521-7.

Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J*. 1998 Jan 24;184(2):90-3; discussion 79.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.

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 Feb 11;200(3):155-8, discussion 147.

Gotfredsen K, Walls AW. What dentition assures oral function? *Clin Oral Implants Res*. 2007 Jun;18 Suppl 3:34-45. Review. Erratum in: *Clin Oral Implants Res*. 2008 Mar;19(3):326-8.

Honey J, Lynch CD, Burke FM, Gilmour AS. Ready for practice? A study of confidence levels of final year dental students at Cardiff University and University College Cork. *Eur J Dent Educ*. 2011 May;15(2):98-103.

Hummel SK, Wilson MA, Marker VA, Nunn ME. Quality of removable partial dentures worn by the adult U.S. population. *J Prosthet Dent*. 2002 Jul;88(1):37-43.

Inukai M, Baba K, John MT, Igarashi Y. Does removable partial denture quality affect individuals' oral health? *J Dent Res*. 2008 Aug;87(8):736-9.

Ivanhoe JR, Plummer KD. Removable partial denture occlusion. *Dent Clin North Am*. 2004 Jul;48(3):667-83.

Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *J Oral Rehabil*. 2008 Jul;35(7):548-66.

John MT, Slade GD, Szentpétery A, Setz JM. Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont*. 2004 Sep-Oct;17(5):503-11.

Lynch CD, Singhrao H, Addy LD, Gilmour AS. The teaching of fixed partial dentures in undergraduate dental schools in Ireland and the United Kingdom. *J Oral Rehabil.* 2010 Dec;37(12):908-15.

Michaud PL, de Grandmont P, Feine JS, Emami E. Measuring patient-based outcomes: is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life? *J Dent.* 2012 Aug;40(8):624-31.

Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. *J Dent.* 2013 Jun;41(6):493-503.

Pistorius J, Horn JG, Pistorius A, Kraft J. Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2013;123(11):964-71; 955.

Tuominen R. Clinical quality of removable dentures provided by dentists, denturists and laboratory technicians. *J Oral Rehabil.* 2003 Apr;30(4):347-52.

van Waas MA. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *J Prosthet Dent.* 1990 Mar;63(3):307-10.

Vermeulen AH, Keltjens HM, van't Hof MA, Kayser AF. Ten-year evaluation of removable partial dentures: survival rates based on retreatment, not wearing and replacement. *J Prosthet Dent.* 1996 Sep;76(3):267-72.

Visscher CM, Lobbezoo F, Schuller AA. Dental status and oral health-related quality of life. A population-based study. *J Oral Rehabil.* 2014 Jun;41(6):416-22.

Wagner B, Kern M. Clinical evaluation of removable partial dentures 10 years after insertion: success rates, hygienic problems, and technical failures. *Clin Oral Investig.* 2000 Jun;4(2):74-80.

Zitzmann NU, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clin Oral Implants Res.* 2007 Jun;18 Suppl 3:20-33. Review. Erratum in: *Clin Oral Implants Res.* 2008 Mar;19(3):326-8.

Zlatarić DK, Celebić A, Valentić-Peruzović M. The effect of removable partial dentures on periodontal health of abutment and non-abutment teeth. J Periodontol. 2002 Feb;73(2):137-44.

Yeung AL, Lo EC, Clark RK, Chow TW. Usage and status of cobalt-chromiumremovable partial dentures 5-6 years after placement. J Oral Rehabil. 2002 Feb;29(2):127-32.

ANEXO A – TCLE:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Efetividade das orientações passadas na instalação da PPR

Pesquisador(es) responsável(is): Marcelli Camargo, Newton Sesma, Bruno Costa, Roberto Chaib Stegun, Álvaro Luis Ichi e Alessandra Pucci Mantelli Galhardo.

Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da USP

Telefone para contato: 011 3091-7885

Local da coleta de dados: Clínica de Odontologia da FOUSP

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a), de forma totalmente **voluntária**, a responder às perguntas dos seguintes questionários:
 - Índice Gohai – de qualidade de vida;
 - Mini Mental – de avaliação cognitiva e compreensão e
 - PPR da satisfação da prótese removível instalada.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes questionários, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Avaliar a efetividade das orientações passadas na instalação da PPR e o envolvimento global da prótese na qualidade de vida do sujeito.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento dos questionários, respondendo às perguntas formuladas e dando consentimento para fotografar o caso clínico.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, manutenção do trabalho executado e reforço das orientações passadas projetando um conjunto de dados que auxiliarão nos diagnósticos e prognósticos dos casos clínicos.

Riscos. O preenchimento destes questionários não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Despesas. Não haverá qualquer tipo de despesa por parte do paciente para que o mesmo participe da pesquisa em questão.

Considerações Finais. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000 São Paulo ou pelo e-mail: rstegun@usp.br)

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

Assinatura do paciente ou Representante Legal

RG ou CPF: _____

ANEXO B - Anamnese

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO												
FACULDADE DE ODONTOLOGIA												
DISCIPLINA DE PRÓTESE REMOVÍVEL												
Clínica Retorno												
IDENTIFICAÇÃO												
							AnO	2015				
NOME PROF.:												
Monitor												
NOME DO PACIENTE :												
NºReg. USP :												
TELEFONE COMERCIAL :												
ARCO RESTAURADO :												
							CL	mod				
ARCO ANTAGONISTA :												
							K :	:				
ARCO ANTAGONISTA :												
							CL	mod:				
							K :					
Queixa:												
DATA ENTRADA :												
DATA SOLUÇÃO :												
a) [] Perfeita												
d) [] Solta sozinha												
g) [] Não consegue mastigar												
b) [] Doe quando usa												
e) [] Não consegue tirar												
h) [] Tem ânsia												
c) [] Doe ao mastigar												
f) [] Não consegue colocar												
i) [] Não usa												
1. Análise Oclusal:												
MIH:												
Total ()												
Anterior : Não () Sim () Lado D() E ()												
Protrusiva:												
Anterior : Não () Sim () Lado D() E ()												
Posterior Sim () lado D () E ()												
Lateral:												
Direita												
GC												
Grupo parcial ()												
Total ()												
Lado oposto ()												

	Esquerda	GC ()	Grupo parcial () Total ()	Lado oposto ()			
2. Higienização da Prótese:							
2.a. Número vezes que higieniza a PPR e os dentes:				2.b. Teve orientação de higienização da PPR?			
[] 0 (Nenhuma)	[] 1			S [] N []			
[] 2	[] 3			Quem orientou?			
[] + de 3							
2.c. Uso da PPR :				2.d. Teve dificuldade de se adaptar?			
a[] Não usava	b[] Usa de dia e tira à noite			S[] N []			
c[] Usa dia/noite	d[] Tira PPR p/ se alimentar						
3. Análise da Sela:							
	a[] Normal			Necessita de ajuste?	S[] N []		
	b[] Sobre extensão			Onde:			
	c[] Aquém do bordo						
	d[] Contorno			Fratura: Sim () Não ()			
4. Análise da estrutura metálica:							
Retentores:							
	a[] Normais			Necessita de ajuste?	S[] N []		
	b[] B. Retenção aberto			Onde:			
	c[] B. Oposição aberto			e [] Conector			
	d[] Apoio		Fratura ()				

ANEXO C - GOHAI

Nos últimos três meses, o (a) senhor (a)....	Respostas		
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Limitou-se a comer algum tipo de comida, ou na quantidade, por causa de seus dentes ou de sua prótese?			
2. Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos como maçã?			
3. Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente?			
4. Percebeu que seus dentes ou próteses impediam-no(a) de falar como gostaria?			
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?			
6. Evitou contato com as pessoas por causa das condições dos seus dentes, gengivas ou próteses?			
7. Sentiu-se satisfeito com a aparência de seus dentes, naturais ou artificiais?			
8. Precisou usar medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos a sua boca?			
9. Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito de sua gengiva, dentes ou prótese?			
10. Sentiu-se irritado por causa de problemas com seus dentes, naturais ou artificiais, gengivas ou prótese?			
11. Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente de outras pessoas por causa de seus dentes, naturais ou artificiais, prótese gengiva?			
12. Sentiu sensibilidade na gengiva, dentes, ao contato com calor, 'frio ou doces?			

ANEXO D - Mini Mental:

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

O MEEM tem como objetivo avaliar as funções cognitivas dos pacientes, através de questões que envolvem a orientação temporal, espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação de três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual (Lourenço; Veras, 2006). A presença de algum transtorno cognitivo poderá interferir negativamente nas recomendações que receberão com relação ao protocolo clínico da pesquisa.

A pontuação do MEEM varia entre 0, indicando um maior grau de comprometimento cognitivo, e 30 pontos que corresponde a um bom desempenho cognitivo. As pontuações acima de 25 são consideradas normais.

O grau de escolaridade dos pacientes influencia no valor limítrofe da avaliação do desempenho cognitivo. Portanto, são considerados com baixo desempenho em pacientes:

- Altamente escolarizados: pontuação menor que 24;
- Com ensino fundamental: pontuação menor que 18;
- Analfabetos: menor que 14.

Lourenço RA; Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):712-9

ORIENTAÇÃO NO TEMPO (5 pontos)

Em que ano nós estamos?
Em que estação do ano nós estamos?
Em que mês nós estamos?
Em que dia da semana nós estamos?
Em que dia do mês nós estamos?

ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO (5 pontos)

Em que Estado nós estamos?
Em que cidade nós estamos?
Em que bairro nós estamos?
O que é este prédio em que estamos?
Em que andar nós estamos?

MEMÓRIA IMEDIATA (3 pontos)

-Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], BOLA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim.

CARRO,
VASO
BOLA

ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7] (5 pontos)

-Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse: 7 de 100 e do resultado subtraísse 7, cinco vezes sucessivamente:

$$100-7 = 93$$

$$93-7 = 86$$

$$86-7 = 79$$

$$79-7 = 72$$

$$72-7 = 65$$

-Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

-Peça: Quais são as três palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse anteriormente?

CARRO

VASO

BOLA

LINGUAGEM (8 pontos)

- Aponte o lápis e o relógio e pergunte (2 pontos):

O que é isto? LÁPIS

O que é isto? RELÓGIO

- Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer (1 ponto):

“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.

- Agora eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa (3 pontos):

Pegue este papel com a mão direita [pausa]

Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa]

Jogue-o no chão

- Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel (1 ponto).

FECHE OS OLHOS

- Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.

[Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta] (1 ponto)

CAPACIDADE CONSTRUTIVA VISUAL (1 ponto)

- Peça: Por favor, copie este desenho. [Apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam]