

INSUCESSO NA REABILITAÇÃO COM PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS: PRINCIPAIS CAUSAS

FAILURE IN REHABILITATION WITH REMOVABLE PARTIAL PROSTHESIS: MAIN CAUSES

Letícia da Silva Fontes*
Rodrigo Furtado de Carvalho**
Ana Paula Varela Brown Martins***

Unitermos:

prótese parcial removível, falhas, insucesso, modelos, técnico em prótese dentária.

RESUMO

Introdução: A reabilitação por meio de Prótese Parcial Removível (PPR) promove melhoria da eficiência mastigatória e preservação de tecidos remanescentes, restaura a estética, fonética e conforto ao paciente. Contudo, quando conduzido de maneira inadequada, pode resultar em insucesso, e culminar em danos ao paciente. Portanto, o aprimoramento do conhecimento acerca do assunto é essencial por se tratar uma das principais alternativas de reabilitação oral no Brasil. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo identificar e discutir, por meio de revisão da literatura, as principais causas associadas aos insucessos na reabilitação oral com PPR. **Revisão de literatura:** Foram realizadas buscas de artigos científicos em bases de dados online, como Pubmed (MEDLINE) e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), e títulos de livros. Foram encontrados 42 artigos e selecionados 30 após a leitura dos resumos (excluindo-se as revisões de literatura). **Considerações finais:** Após análise e interpretação dos dados contidos nesses 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.

-
- * Acadêmica do Curso de Odontologia do Departamento de Odontológica, Instituto de Ciências da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares, Brasil.
 - ** Doutor em Odontologia (Odontologia Restauradora) e professor do Departamento de Odontologia, Instituto de Ciências da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares, Brasil.
 - *** Doutora em Clínica Odontológica (área de Prótese Dentária) e professora do Departamento de Odontologia, Instituto de Ciências da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares, Brasil.

Uniterms:

removable partial
denture, failure,
casts, prosthodontic
technician.

ABSTRACT

Introduction: Rehabilitation with Removable Partial Denture (RPD) promotes improvement of masticatory efficiency and preservation of remaining tissues, restores aesthetic, phonetic and comfort to the patient. However, when conducted in an improperly way, it can result in failure and damage to the patient. Therefore, improving knowledge about this subject is essential because it is one of the most important alternatives for oral rehabilitation in Brazil. **Objective:** The present study aimed to identify and discuss, through a literature review, the main causes associated with failures in oral rehabilitation with RPD. **Literature review:** Searches for scientific articles were carried out in online databases, such as Pubmed (MEDLINE) and VHL (Virtual Health Library), and book titles. 42 articles were found and 30 were selected after reading the abstracts (excluding literature reviews). **Final considerations:** After analyzing and interpreting the data contained in these studies, it was concluded that the failures were mostly caused by: Dentist's attitudes, lack of knowledge and negligence in the treatment planning process or transfer of responsibility to the Dental Prosthesis Technician (DPT); inefficient communication between dentist and DPT; and patient's carelessness regarding hygiene or commitment to return to the referral consultations.

INTRODUÇÃO

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) uni ou bimaxilares. Apenas 7,3% dos indivíduos de 65 a 74 anos, em 2010, não necessitavam de prótese dentária¹.

A Prótese Parcial Removível (PPR) cumpre um papel na reabilitação de desdentados parciais por ser um método terapêutico biologicamente satisfatório e de custo acessível para uma grande parcela da população. A PPR não apenas repõe elementos dentais ausentes, mas também perpetua a saúde e integridade dos remanescentes².

Segundo Allen et al.³ (2008), existe 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. Essa premissa negativa pode ser resultado de iatrogenias decorrente da ausência ou equívoco no planejamento⁴.

Desta forma, o tratamento protético, quando mal planejado e executado, possibilita que novos problemas ocorram sobre os elementos biológicos e protéticos envolvidos. A própria PPR aliada a outros fatores, como má higienização, pode ser um fator contribuinte para a doença periodontal².

No entanto, o que se tem observado na prática, segundo pesquisas, é um percentual considerável de reabilitações que resultam em insucesso, com percentuais que variam de 33%⁵ a 39,6%⁶. Todescan et al.⁷ (1998) agrupam as possíveis causas de insucesso em 5 categorias: dependentes exclusivamente do cirurgião-dentista (CD), exclusivamente do paciente, tanto do CD quanto do paciente, exclusivamente do Técnico em prótese dentária (TPD) e as causas que dependem tanto TPD quanto do CD. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi identificar, por meio de revisão da literatura, as principais causas associadas aos insucessos ocorridos na reabilitação oral envolvendo prótese parcial removível.

REVISÃO DE LITERATURA

Para elaboração do presente estudo, foram realizadas buscas de artigos científicos em bases de dados online, 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, dental prothesis technician”. Foram encontrados 42 artigos e selecionados 30 após a leitura dos resumos (12 estudos excluídos consistem em revisões de literatura e citam as referências selecionadas). Tais artigos foram publicados no período de 1996 a 2017 e a obtenção de dados partiu da análise e interpretação dos mesmos. De acordo com a literatura revisada, os fatores foram associados ao insucesso das reabilitações por meio de PPRs foram agrupados em: aspectos de responsabilidade dos profissionais (conhecimento dos CD acerca do tema, qualidade dos modelos enviados aos laboratórios e comunicação CD e TPD) e aspectos de responsabilidade do paciente (cuidados coma higiene e manutenção do tratamento).

ASPECTOS DE RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas acerca do tema

Para a execução de reabilitação por meio de PPRs, é imprescindível o conhecimento profissional, sobre as diversas etapas envolvidas nesse processo, especialmente o planejamento. 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 CDs³.

Lynch e Allen⁸ (2006), 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. Dos 107 CDs participantes, 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. Quando questionados acerca de qual etapa do tratamento julgam mais difícil, 70% apontam o planejamento e desenho da PPR. Sobre o número de PPRs planejadas durante sua formação, mostraram que os profissionais de odontologia realizaram poucos tratamentos envolvendo PPRs durante a formação e, assim, as limitações podem ser decorrentes de deficiências no ensino durante a formação.

Resultados similares foram encontrados no estudo de Júnior et al.⁹ (2009), os quais realizaram uma pesquisa para 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 profissional envolvido na confecção de uma PPR. Os autores concluíram 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 preservação 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 preservação, sendo que a maioria dos profissionais não possuem conhecimento destes fatos.

Fernandes et al.¹⁰ (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), e propor uma reflexão sobre o tipo de obrigação assumida pelos protesistas durante o tratamento odontológico. Como resultado observaram que, de acordo com a percepção e conhecimento dos CDs, as falhas nas reabilitações com próteses estavam associadas 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 desenho da prótese. Os autores puderam concluir, portanto, que os protesistas demonstraram ter conhecimento adequado acerca das questões que permeiam os insucessos na especialidade.

Qualidade dos modelos enviados aos laboratórios e comunicação CD e TPD

Para Castro et al.¹¹ (2009), é comum que etapas do planejamento de PPRs de reponsabilidade do CD sejam negligenciadas ou delegadas ao TPD. Os autores avaliaram os 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. 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. 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.¹² (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 com PPRs e a situação do planejamento das mesmas. Verificou-se: número de PPRs confeccionadas, presença de desenho da estrutura metálica da PPR, número de modelos delineados e que apresentavam preparo de boca (nichos, planos-guia). Os autores 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.¹³ (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). Quanto ao uso do delineador, os laboratórios I e II indicaram que faziam uso do mesmo, ao passo que o laboratório III não o faz. Apenas 28 modelos (23,3%) apresentaram o planejamento da estrutura metálica a ser executada, e dentre

esses, 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, 49,2% dos modelos foram enviados junto com o modelo antagonista. Apenas 13,3%, chegaram montados em articulador, e no 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, apenas 18, do total de 120 modelos, não apresentaram defeitos, como: bolhas em positivo ou negativo, modelos com dentes fraturados, sub-extendidos, sujos, vazamento de gesso inadequado. Concluíram, portanto, que os modelos enviados aos laboratórios foram, em sua ampla maioria, desprovidos de condições adequadas para confecção de PPR (falta de preparo de boca básico e de informações quanto ao planejamento) e a qualidade dos modelos era insatisfatória.

Júnior et al.¹⁴ (2011), realizaram uma pesquisa, na cidade de Piracicaba (SP), com o objetivo de constatar, nos modelos de gesso para confecção de PPR, se havia preparos dentários e a forma de 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). Como resultado, observou-se que dos 43 modelos recebidos, apenas 15 tinham preparo dentário e a grande maioria era enviada sem o respectivo planejamento. Constatou-se que a comunicação entre TPD e CD em 95% dos casos deu-se de forma verbal.

Ribeiro et al.¹⁵ (2012) realizaram um estudo para identificar como ocorreram as solicitações de trabalho aos laboratórios de prótese

dentária e conhecer o responsável pelo planejamento das armações metálicas das PPRs. Foram aplicados questionários 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, e que o desenho da armação metálica foi realizado 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 e que 60% dos laboratórios de Aracaju e de Taubaté nunca recebiam os modelos montados em articulador.

Torban et al.¹⁶ (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 planejamentos em 5 laboratórios. 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 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. Observaram ausência de preparo de boca 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. 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 foi realizado pelo CD. Os autores concluíram que o correto planejamento seguindo os princípios biomecânicos foi observado so-

mente em 8,3% dos casos de PPR confeccionadas na cidade de Recife e a maioria dos CDs não realizam o planejamento das PPRs e delegaram essa função aos TPDs. (Comparação dos trabalhos visualizada no Quadro 1). Fotos ilustrativas de equívocos de planejamento com PPR (Figura 1A e B).

Figura 1. A - Ausência de sela, contato dentário, grampo de Ação de Ponta planejado em pilares com recessão e o braço de grampo localizado sobre a recessão. B - Vista basal da PPR. Retentores indiretos fraturados, ausência de selas, apoios dos retentores com localização pouco apropriada para extremidade livre.



Quadro 1. Comparação entre os estudos acerca dos aspectos de responsabilidade dos profissionais

Autores e ano	Objetivo	Principais Resultados
Allen et al. (2008)	Explorar os fatores que determinam o padrão de fornecimento e prognóstico de PPRs planejadas por dentistas no Reino Unido.	Principais razões para reabilitação com PPRs: 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.
Júnior et al. (2009)	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	Fatores considerados pelos CDs nas PPRs instaladas: cor e forma dos dentes, exposição de grampos, pronúncia de palavras, oclusão e deslocamento da prótese; 57% dos CDs não participava de atualizações, cursos e palestras; 84% possuíam formação oriunda apenas da graduação; 61% desconhecia o código de ética odontológico.
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 estavam associadas à: ausência de preservação 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.
Castro et al. (2009)	Avaliar os modelos enviados pelos CDs aos laboratórios de prótese dentária, quanto: a) condições físicas; b) condições técnicas; c) comunicação entre o CD e TPD	78,57% dos modelos considerados inadequados; 96,43% foram montados em articulador pelo TPD; 97,14% das montagens na carneira; 94,29% dos casos, o planejamento e desenho não foram executados pelo CD; 87,86% casos não apresentavam preparo de boca

Oliveira et al. (2009)	Discutir os problemas envolvidos no insucesso das PPR, e a condição de seus planejamentos	Observaram que, das 1.314 PPRs confeccionadas, apenas 6% dos modelos foram desenhados, 27% delineados e 8% apresentaram preparo de boca.
Batista et al. (2011)	Avaliar o planejamento (presença ou ausência) e a qualidade dos modelos de trabalho enviados aos laboratórios para confecção de PPR.	23,3% dos modelos com planejamento da estrutura metálica; Desses, 20% com desenho no modelo de trabalho, 2,5% com desenho no modelo de estudo e 1 por meio da antiga estrutura metálica; Nenhum modelo possuía informações sobre o eixo de inserção; 71,7% dos modelos classificados como de qualidade "Pobre"; 85% dos modelos com algum defeito: bolhas em positivo ou negativo, modelos com dentes fraturados, sub-extendidos ou vazamento inadequado.
Júnior et al. (2011)	Verificar, nos modelos para confecção de PPR, a presença de preparos dentários e a forma de comunicação entre o CD e o TPD.	Apenas 15 dos modelos tinham preparo dentário; A grande maioria era enviada ao laboratório sem planejamento; A comunicação entre técnicos e CD, em 95% dos casos ocorreu de forma verbal.
Ribeiro et al. (2012)	Identificar como as solicitações de trabalho foram enviadas aos laboratórios e conhecer o responsável pelo planejamento das armações metálicas em Aracaju (SE) e Taubaté (SP).	Desenho da armação metálica presente em apenas 9% (Taubaté) e 14% (Aracaju); Ausência de delineamento em 83% (Taubaté) e 50% (Aracaju); 60% dos laboratórios de ambas cidades nunca receberam os modelos montados em articulador.
Torban et al. (2016)	Avaliar qualitativa e quantitativamente os planejamentos das PPRs, os modelos de trabalho com os preparos e a forma de comunicação entre os CDs e os TPDs.	84,5% dos modelos não havia planejamento; Preparos de boca: ausência em 80,3%; 84,2% com os nichos incorretamente distribuídos e preparados; 94,5% com planos-guia incorretamente distribuídos e com ausência de paralelismo entre si; 5,5% estavam delineados; Ausência de comunicação entre CDs e TPDs em 84,5% dos casos.

ASPECTOS DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Cuidados com a higiene e manutenção do tratamento

Nas reabilitações por meio de PPRs, é de responsabilidade do paciente os cuidados com a higiene dos dentes remanescentes e da prótese, além da adesão às consultas de preservação. Dados obtidos por Graham et al.¹⁷ (2006) cujo objetivo 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.³ (2008), citados anteriormente, também evidenciaram 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.

Ribeiro et al.¹⁸ (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. Participaram 53 pacientes, que foram examinados quanto ao índice de placa (IP) e índice de Sangramento (IS) e, posteriormente, divididos em 3 grupos. No grupo I (grupo controle), foram instruídos a continuar com a rotina de higiene normalmente. No grupo II, receberam instruções e um manual autoeducativo sobre higiene oral sem ilustrações. No grupo III, a orientação de higiene foi por intermédio de instruções verbais e um manual ilustrativo de autoaprendizagem. Os efeitos sobre IP, IS e sobre a prótese foram examinados 7, 15 e 30 dias, 3, 6 e 12 me-

ses após o início do estudo. Como resultado, observaram que o IP encontrado no exame inicial foi maior que em todos os outros períodos e que houve diferença significativa no acúmulo de placa nas superfícies das próteses entre os grupos I e II, e sem diferença entre o grupo II e III. 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.¹⁹ (2013) avaliaram as deficiências no conhecimento dos pacientes acerca da higienização da prótese, por meio de um questionário sobre tempo e forma de uso da PPR, padrão de higiene da prótese e dos dentes e preservação. 91,8% dos participantes receberam instruções quanto à higienização da prótese, porém, destes, 60,2% realizavam a higienização com frequência inadequada. Além disso, 9,2% relataram dormir com a prótese. Os autores concluíram que, além da falta de conhecimento por parte de alguns pacientes, ainda há carências no que diz respeito à motivação para incorporá-lo aos hábitos diários.

Cakan et al.²⁰ (2015) realizaram um estudo para avaliar os hábitos de higiene em usuários de PPR, por meio de um questionário com questões relativas à frequência da prática de higiene da PPR e dos dentes naturais e métodos usados (creme dental, tipo de escova e uso de colutórios). Nos resultados, notou-se que 49% dos pacientes não foram 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.

Manenti²¹ (2016) avaliou a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses conduzidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Quanto aos aspectos associados ao paciente, como a higienização ou complicações biológicas, foram observados acúmulo de placa em 96% dos casos, além de cárie (16%) e doença periodontal (42%) nos dentes pilares. (Comparação dos trabalhos visualizada no Quadro 2).

Quadro 2. Comparação entre os estudos acerca dos aspectos de responsabilidade do paciente

Autores e ano	Objetivo	Principais Resultados
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 quando do envolvimento da região ântero-superiores e 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.
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.
Ribeiro et al. (2009)	Determinar os efeitos de dois meios diferentes de educação preventiva de higiene oral sobre a placa e a PPR por 12 meses.	O IP inicial foi maior que em todos os outros períodos. Houve grande diferença no acúmulo de placa nas superfícies das próteses entre os grupos I (controle, com rotina de higienização habitual) e II (instruções de manual autoeducativo, sem ilustrações). Sem diferenças entre os grupos II e III (instruções verbais e um manual ilustrativo de autoaprendizagem).

Milward et al. (2013)	Determinar as deficiências no conhecimento dos pacientes sobre a higienização da prótese.	Cerca de 91,8% dos pacientes participantes afirmaram terem recebido instruções quando da instalação das próteses. Destes, 60,2% realizavam a higienização com frequência inadequada; 9,2% relataram dormir com a prótese.
Cakan et al. (2015)	Realizar um levantamento dos hábitos de higiene em usuários de PPR.	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.
Manenti (2016)	Avaliar a prevalência e natureza das falhas e complicações dos tratamentos com próteses.	Quanto aos aspectos associados ao paciente, como higienização, foram observados acúmulo de placa, cárie e doença periodontal nos dentes pilares.

DISCUSSÃO

A PPR possui ainda importância na reabilitação oral de paciente parcialmente edêntulos para o restabelecimento funcional e estético do paciente por um custo relativamente baixo em relação às demais alternativas protéticas, como a prótese fixa convencional e a sobre implantes⁴.

Contudo, alguns estudos demonstram que nem sempre esta modalidade de tratamento resulta em sucesso, com taxas de fracasso que variam de 29,5% a 39,6%^{6,22}. Além disso, existe a possibilidade de insatisfação do paciente ao final do tratamento, como apontado por Zlataric e Celebic²³ (2001), com apenas 54% de satisfação entre os entrevistados. Graham et al.¹⁷ (2006), Etman e Bikey²² (2012), Moreira et al.²⁴ (2012) e Manenti²¹ (2016), 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 Celebic²⁵ (2008) citam que, para os pacientes, o sucesso com PPRs está relacionado, em ordem de relevância, à função mastigatória, estética e fala. Bomfim et al.²⁶ (2008) afirmaram que cerca de 57,4% dos pacientes queixaram que a prótese já incomodou ou incomoda durante o uso. Após análise

se 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.

A qualidade do planejamento e execução da PPR contribui para a preservação dos dentes remanescentes e dos tecidos de suporte. O planejamento incorreto, ausência ou inadequados preparos de boca e ausência de instrução e motivação de higiene são fatores que contribuíram ativamente para o desenvolvimento de patologias orais^{13,27}. Além disso, Batista et al.¹³ (2011) destacaram as condições lamentáveis em que se encontravam a saúde bucal dos pacientes usuários de PPR. Atribuiu-se o fracasso da PPR aos CDs que não planejaram, não realizaram preparos de boca e não orientaram os pacientes quanto à higienização, ou então o próprio paciente, pela sua má higiene oral^{13,27}.

Sobre este quesito, Torban et al.¹⁶ (2016) ressaltam que a PPR é uma alternativa conservadora e eficiente se todas as etapas do planejamento forem criteriosamente respeitadas. 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. Para isso, aponta-se a importância dos CDs manterem-se atualizados os conhecimentos profissionais⁹.

O 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; realização de ajustes periódicos; prognóstico dos dentes adjacentes; aspectos financeiros do paciente; e tempo decorrido desde a perda dos elementos dentários³. A ausência de visitas regulares ao dentista para preservação, baixa qualidade do serviço realizado pelo laboratório, ausência do preparo de boca e do planejamento podem também serem apontados¹⁰. Isso pode ser explicado por deficiências no ensino durante a formação acadêmica, refletindo inclusive em indicações equivocadas e planejamentos inexistentes ou deficientes das reabilitações por meio de PPR^{8,9}. Nota-se, portanto, a importância de se investir no ensino da PPR nas faculdades de Odontologia bem como estimular a atualização de profissionais atuantes, haja vista a crescente demanda por esse tipo de reabilitação, dados os problemas socioeconômicos e aumento da população idosa no país²⁸.

Conforme citam Palomo et al.²⁹ (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. A PPR envolve etapas clínicas e laboratoriais, e necessita de um perfeito relacionamento de dependência mútua entre CD e TPD, cada um deve assumir seus compromissos com responsabilidade e prezar pela qualidade final do trabalho³⁰. 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 preservação⁹.

Entretanto, na prática, diversos estudos apontam alguns equívocos cometidos pelos CDs ao enviarem trabalhos para serem executados nos laboratórios como: ausência de montagem dos modelos em articulador e de delineamento, ausências de preparo de boca, desenhos e planejamentos, qualidade insuficiente dos modelos de trabalho^{11,12,13,14,15,16}. A ausência de planejamento reflete a transferência de responsabilidade dos CDs aos TPDs²⁸.

A comunicação ineficaz entre CD e TPD também representa um fator relevante. Todescan et al.⁷ (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. No entanto, estudos demonstram que, em muitos casos, a comunicação entre CD e TPD é feita de maneira inadequada ou inexistente^{11, 14, 16}.

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 a higienização, comparecimento em consultas de preservação) são críticos para o sucesso do tratamento^{3,17,18,22}. A manutenção de uma higiene oral de qualidade associada a consultas periódicas de manutenção e orientações do CD resultam na redução, ou até mesmo ausência, de danos aos tecidos periodontais e outras estruturas adjacentes¹⁸ (Ribeiro et al., 2009). 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^{27,28}.

Quanto ao hábito de retirar a prótese para dormir, que deve ser esclarecido pelo CD como um dos cuidados com a PPR, alguns estudos apontam que entre 53% a 80% dos pacientes não removem as PPRs para dormir^{20,26,30}. A recomendação é para a remoção das próteses durante o sono, para descanso dos tecidos orais, autolimpeza da fibromucosa e aumento do efeito protetor da saliva^{4,31,32,33}.

Quanto às consultas de revisão, Leles et al.² (1999) encontraram um percentual de apenas 30% para os pacientes entrevistados que retornaram ao CD para consultas de preservação. Nas consultas de preservação, pode-se identificar, precocemente, qualquer alteração na PPR ou nos tecidos remanescentes e intervir de forma imediata. Goiato et al.³⁴ (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. Diniz et al.²⁷ (2013) avaliaram clinicamente os efeitos do uso de PPRs sobre os tecidos periodontais nos dentes suportes diretos e concluíram que 55,1% exibiram recessão gengival, 11,9% apresentaram mobilidade e, na maior parte dos elementos, a PS foi maior que 3 mm.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 modelos de baixa qualidade, além da transferência de responsabilidade dos CD para os TPD;
- Comunicação ineficiente entre CD e TPD, comprometendo a transmissão

das informações necessárias à correta confecção da prótese;

- Descuido dos pacientes quanto à correta higienização tanto da prótese e dos elementos remanescentes, bem como por não comparecerem às consultas de preservação e manutenção do tratamento protético.

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. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. 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.
3. Allen PF, Jepson NJ, Doughty J, Bond S. Attitudes and practice in the provision of removable partial dentures. *Br Dent J*. 2008; 204: E2
4. Kliemann C, Oliveira W. Manual de Prótese Parcial Removível. 1.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2011.
5. 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.
6. 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.
7. Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de protese parcial removível. São Paulo: Ed. Santos; 1998.

8. Lynch CD, Allen PF. Why do dentists struggle with removable partial denture design? An assessment of financial and educational issues. *Br Dent J*. 2006; 200: 277 – 281.
9. 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.
10. Fernandes MM, Tinoco RR, Castro TL, Paranhos LR, Júnior LF, Júnior ED. Failures in dental prosthesis dentist's perception of the involved legal aspects. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2014; 36(1): 123-127.
11. 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; 57(3): 273-279.
12. 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; 8(2): 67-71.
13. 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; 11(1):53-58.
14. 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.
15. 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.
16. 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; 15(2): 109-114.
17. 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; 200: 155-158.
18. 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.
19. Milward P, Katechia D, Morgan MZ. Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *Br Dent J*. 2013; 215: E20.
20. 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.
21. Manenti FM. Prevalência e natureza de falhas e complicações com próteses parciais removíveis realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina – um estudo piloto. Florianópolis; 2016. [Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina].
22. Etman MK, Bikey D. Clinical performance of removable partial dentures: A retrospective clinical study. *Open Journal of Stomatology*. 2012; 2: 173-181.

23. Zlaticar DK, Celebic A. Treatment Outcomes with Removable Partial Dentures: A Comparison Between Patient and Prosthodontist Assessments. *Int J Prosthodont* 2001; 14: 423-426.
24. 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.
25. Zlaticar 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.
26. 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.
27. 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.
28. Neto AF, Carreiro AFP, Rizzatti-Barbosa CM. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontol. Clín.-Cient*. 2011; 10(2): 125-128.
29. 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.
30. 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.
31. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 13^a ed. St. Louis: ed. Elsevier Mosby. 2015
32. Emami E, Nguyen P, Almeida F, Feine J, Karp I, Lavigne G, Huynh N. (). The effect of nocturnal wear of complete dentures on sleep and oral health related quality of life: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15(1): 358.
33. Iinuma T, Arai Y, Abe Y, Takayama M, Fukumoto M, Fukui Y, Iwase T, Takebayashi T, Hirose N, Gionhaku N, Komiyama, K. Denture wearing during sleep doubles the risk of pneumonia in the very elderly. *J Dent Res*. 2015; 94(3 Suppl): 28S-36S.
34. 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.

Endereço para correspondência:

Ana Paula Varela Brown Martins
E-mail: apvbmartins@gmail.com

