

Vera Lúcia Jerônimo dos Santos

**CONTROLE DE QUALIDADE DE PRÓTESES REMOVÍVEIS TOTAIS
MUCOSSUPOORTADAS - SISTEMATIZAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
DE AVALIAÇÃO PROTÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Reabilitação Oral

UBERLÂNDIA

2009

Vera Lúcia Jerônimo dos Santos

**CONTROLE DE QUALIDADE DE PRÓTESES REMOVÍVEIS
TOTAIS MUCOSSUPOORTADAS: SISTEMATIZAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PROTÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia com concentração na Área de Reabilitação Oral.

Orientador: Prof. Dr. Célio Jesus do Prado

Co- Orientadores: Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves e
Prof. Dr. Vanderlei Luiz Gomes

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves – UFU

Prof. Dr. Vanderlei Luiz Gomes – UFU

Prof. Dr. Atlas Edson Moleros Nakamae – USP-SP

UBERLÂNDIA

2009

 **UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

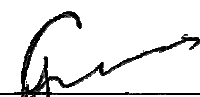
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 38400-902
(0XX) 034 –3218-2550

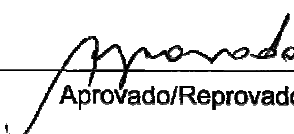
**RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE MESTRADO DA
CD Vera Lúcia Jerônimo dos Santos DO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DESTA UNIVERSIDADE.**

Às nove horas do dia vinte de fevereiro do ano de dois mil e nove, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia/UFU, para o julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pela candidata Vera Lúcia Jerônimo dos Santos com o título: **Controle de qualidade em próteses removíveis totais mucosuportadas - Sistematização de um instrumento de avaliação protética.** O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de argüição pelos examinadores. Encerrada a argüição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Dissertações e Teses da Biblioteca desta Universidade. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.


Uberlândia 20 de fevereiro de 2009



Prof. Dr. Vanderlei Luiz Gomes
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia - UFU



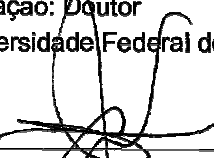
Aprovado/Reprovado



Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia - UFU



Aprovado/Reprovado



Prof. Dr. Atlas Edson Moleros Nakamae
Titulação: Doutor
Universidade de São Paulo - USP



Aprovado/Reprovado

DEDICATÓRIA

A Deus e aos Mentores Espirituais,

Obrigada pelo auxílio contínuo em minha passada terrena. Obrigada por me permitir concretizar este estudo, pela sabedoria e paz de espírito para conduzir com resignação as dificuldades e obstáculos do caminho. Que eu e minha família possamos sempre contar com esse apoio bendito, que eleva os nossos pensamentos evitando que a maldade, o egoísmo, a vaidade, a avareza e a inveja façam parte de nossas vidas. Fortaleça-nos senhor, com tua bondade infinita. E que unidos pela força que impulsiona o amor consigamos buscar, constantemente, o aprimoramento moral ao qual nos propusemos nesta encarnação. E que não desejemos mais do que o necessário à nossa existência. Ficai conosco Mestre Amigo hoje e sempre! Graças a Deus te lovamos e bendizemos. E que assim seja!

Ao meu Marido Gabriel Tadeu Costa Júnior,

Soneto do amor total

*“Amo-te tanto meu amor... não cante
O humano coração com mais verdade...
Amo-te como amigo e como amante
Numa sempre diversa realidade.
Amo-te enfim, de um calmo amor prestante
E te amo além, presente na saudade.
Amo-te, enfim, com grande liberdade
Dentro da eternidade e a cada instante.
Amo-te como um bicho, simplesmente
De um amor sem mistério e sem virtude
Com um desejo maciço e permanente.
E de te amar assim, muito e amiúde
É que um dia em teu corpo de repente
Hei de morrer de amar mais do que pude.”*

Vinícius de Moraes

Paixão,

Uma homenagem de Vinícius de Moraes que tanto idolatra a você, que é uma das pessoas mais importantes em minha vida. Obrigada por caminhar comigo na Escola da Vida, me fortalecendo e apoiando sempre. Saiba que o seu carinho, amor e compreensão foram essenciais neste momento. E por ter essa família linda pude concretizar este sonho. Obrigada por tudo e perdão pelas perdas momentâneas de paciência, pelo estresse, pela ausência da mãe, amiga esposa nos últimos meses.

Te amo muito!

Paixão

Ao meu filho Rafa,

Você é a maior alegria, o mais rico tesouro, o melhor prêmio que alguém pode ter. Com você aprendi a dividir, a doar e a ser Feliz. Obrigada por existir neste lar, meu filho querido e amado, que Deus o abençoe e te proteja hoje e sempre. E que os meus sonhos se realizem sempre na tua presença. Perdoe-me pela ausência nestes últimos meses. Espero que os momentos vividos nesta caminhada sirvam de exemplo aos seus estudos. E que você dê, a mim e ao seu pai, momentos de muito orgulho.

Lembre-se sempre: “Amo você, você me ama. Somos uma família feliz. Com um forte abraço e um beijo lhe direi, meu carinho é pra você!”

Mamãe te ama muito!

Aos meus pais Laurindo e Maria Alice,

Uma casa não se constrói sem um bom alicerce. E vocês, pai e mãe, sempre foram exemplos para a minha força e determinação. Por esforço e boa vontade de vocês tive boas escolas, boas notas e bons amigos. E por isso hoje posso sonhar e estar aqui realizando este sonho. Obrigada pelo apoio incondicional, por escutar sempre sem questionar nos momentos de tristeza, por comemorar comigo minhas vitórias, ou seja, por estar sempre presente. É muito precioso ter pais maravilhosos como vocês e agradeço a Deus a oportunidade de ser, nesta vida, a filha caçula e amada que sou.

Amo muito, muito vocês! Espero ser orgulho sempre!

Aos meus irmãos,

Gostaria de agradecer aos meus irmãos, Rosely, Luiz, Rita, Luciano e Bianca, pela amizade e carinho. Obrigada por existirem e dividirem comigo momentos especiais como este. Que os Anjos e amigos de Luz estejam sempre próximos de vocês iluminando-os. Que as fontes de amor floresçam nos seus corações. Obrigada pelos afilhados, Bianca, Felipe e Luiz Guilherme, e sobrinhos, Ana Luiza, Giovanna e Murilo.

Amo muito todos vocês!

A meu sogro e sogra,

Agradeço pelas orações e bons pensamentos que rogam a mim e aos meus estudos.

Obrigada pela força e carinho!

Aos entes queridos encarnados,

Gostaria de agradecer a todos os meus familiares que de uma forma ou de outra enriqueceram minha vida e contribuíram para essa jornada. E, em especial, agradecer a minha Madrinha Cida, que está sempre presente me apoiando e me dando força pra continuar lutando pelos meus sonhos.

Obrigada a todos, tios, tias, primos e primas por existirem. Todos são importantes e queridos.

Aos entes queridos desencarnados,

“Confiem e seguem humildes e destemidos, na reconstrução do destino, amparando e servindo, na semeadura do amor e da paz. Aprende e avança, para que a luz fulgurante jorre, poderosa de ti mesmo, iluminando a estrada pedregosa que te conduzirá à mansão acolhedora da ventura que te espera.”

Falando ao coração. Mensagens para a sua felicidade. Hernani T Sant'Anna (médium); Letícia (espírito).

Sei que a vida continua para vocês, contudo a saudade é enorme. Aceito as tuas passagens, minha irmã querida Rosely, meu avô Joaquim, minhas avós, Floripa e Licinha, meu tio Zé e agradeço a cada momento vivido nesta vida. Obrigada por fazerem parte de minha vida e pela presença e energia espiritual. E em especial ao Tio Zé e a vó Licinha, gostaria de pedir e rogar pela tua evolução espiritual. E dizer-lhes que são parte dessa trajetória. Obrigada pelo amor e carinho dedicados em vida.

E à minha irmã querida, Rosely, a tua presença é forte e acolhedora. Tua luz é fonte de esperança e paz. Obrigada por me amar e me proteger.

Que o amor do Pai consolador os acompanhe.

Amo muito todos vocês!

Ao Prof. Dr. Vanderlei Luiz Gomes,

Este não foi um orientador, tornou-se um grande amigo, conselheiro e mestre. Sigo os seus ensinamentos e exemplos há alguns anos e me encanto a cada dia mais com sua paciência, atenção e carinho doado a todos os seus pacientes e alunos. A sua presença enriquece e ilumina todos a sua volta. Por tudo isso e por tudo o mais que representa, agradeço pela oportunidade, confiança, conselhos e carinho dedicados a mim e à minha família. Tenho orgulho de ser sua seguidora nessa jornada acadêmica e científica. Espero ter concretizado os seus pedidos dentro do esperado.

Desejos sinceros de muita paz, saúde e alegrias nesta sua nova etapa.

Obrigada de coração!

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves,

Com a sua bondade e carinho, me ensinou bastante sobre a arte de fazer o bem as pessoas. Aprendi a olhar detalhadamente cada vírgula, ponto, acento, a colocar cada dente em seu lugar, a famosa “disciplina dos materiais”. E até hoje admiro a “cera” por ela lhe ser tão obediente.

Prezado Orientador,

Essa foi apenas uma forma descontraída de dizer o quão importante você foi para a conclusão deste trabalho. Soube aceitar minhas falhas e limitações, respeitou minhas preferências e dedicou com carinho às minhas dúvidas. Finalizo com a certeza de que tenho um bom aliado, alguém com quem posso sempre contar. Apesar de não finalizar esta obra como orientador gostaria que assim o sentisse. Tenho a felicidade de me despedir como sua primeira orientada na pós-graduação desta Universidade. E almejo ter deixado boas marcas e lembranças.

Um grande abraço de admiração e carinho!

Aos amigos de Mestrado, Turma 2006 e 2007,

De um modo especial quero agradecer a todos que conviveram comigo nessa caminhada. Aos amigos de seminário, confidentes, de boas conversas e de cumplicidades o meu abraço fraterno.

E de uma maneira especial, aos amigos, Francielli, Bárbara, Gustavo, Fernanda, Márcia, Liliane, João César, Marina, Paulline, Bruna, Taís, Fabiana e Ana Cláudia, com os quais pude vivenciar vários momentos, entre trabalhos e viagens.

Um grande abraço e desejos de felicidade e sucesso a todos vocês!

Às Amigas (os) do Peito,

À amiga de infância, Aline, quero dedicar boa parte desta história, pois muito tem a ver com tudo aquilo que tenho e conquistei. Esteve sempre presente, física ou espiritualmente, em minhas vitórias e derrotas desde os meus oito anos de idade. Nesta ocasião gostaria de agradecer a você, Inha, e aos seus pais, Celina e Amadeu, pelo apoio e admiração.

Às amigas companheiras do meu dia-a-dia, Cândida, Carol, Juliana, Katiane, Maria Tereza e Zilda o meu muito obrigada pelo incentivo e apoio diário.

Às eternas amigas dos bons tempos de graduação, Vivi, Lu, Cris, Janine, Simone, Bibi, Vi, Mônica e Tati, valeu cada dia da convivência de vocês, que são fonte de admiração e saudade em minha vida.

Às amigas do Clube da Lulu, agradeço por tê-las conhecido e de fazer parte da família da maioria de vocês. Minha vida estava triste antes de conhecê-las. Obrigada pela torcida e presença em minha casa, em minha vida.

Aos amigos Karyne e Nésser, obrigada por fazer parte da minha história e de minha família.

A todos vocês amigos queridos e amados, quero que saibam que o meu trabalho tem a presença de cada um de vocês, que juntos me deram forças, em várias ocasiões. Rogo a Deus que abençoe a todos vocês, juntamente com seus familiares. Saibam que é grandioso tê-los como amigos do peito.

Um doce e grande abraço!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – FOUFU,

Agradeço na oportunidade ao Prof. Dr. Carlos José Soares, pela oportunidade e confiança concedida nesses dois anos de estudo. Realizar este sonho nesta universidade foi de grandioso valor ao meu enriquecimento científico e pessoal. Deixo-a nesta ocasião com a certeza de que trilharei novos horizontes honrando-a sempre.

Meus sinceros agradecimentos!

À Prof^ª. Dr^ª. Terezinha Rezende de Carvalho Oliveira, da Escola Técnica de Saúde – ESTES-UFU,

Finalizando mais esta etapa em minha carreira profissional não podia deixar de agradecer-lá pelo carinho, atenção e amor de mãe que dedicou a mim durante estes últimos anos de boa convivência. Recordo cada momento experimentado ao seu lado, a fim de servir de espelho em minha vida profissional, materna e pessoal. Admiro-a imensamente por tudo aquilo que tens de bom em seu coração. E, ainda mais, por reconhecer a excelente e competente profissional. Obrigada por me apoiar, por me querer bem e ainda por desejar o meu engrandecimento científico. Desculpe-me por não concretizar algumas de nossas metas. Saiba que aqui estou por ainda existir no mundo pessoas com quem possamos dividir essas conquistas. E você faz parte desta minha história.

Um grande abraço e que Deus a acompanhe em toda a sua caminhada!

Ao Coordenador da Faculdade de Matemática-UFU, Prof. Dr° Ednaldo Carvalho Guimarães,

Os meus votos de agradecimento pela participação importante nos meus resultados. A sua pronta participação foi valiosa em nosso estudo e muito o enriqueceu.

Aos Docentes da FOUFU e de outras mais Faculdades de Odontologia que participaram do estudo,

Agradeço a cada docente que respondeu aos meus e-mails, mesmo não podendo participar do estudo. Agradeço, de forma especial, àqueles que colaboraram com a sua experiência, respondendo ao nosso questionamento e se comprometendo de maneira efetiva com o nosso estudo. A ciência necessita de profissionais como vocês: comprometidos e participativos.

Um forte abraço!

Ao Prof. Dr. Atlas Edson M. Nakamae – USP-SP e Prof. Dr. Cláudio R. Lelles,

Agradeço em nome desta equipe o pronto aceite em participar de minha Banca de Dissertação e pelo auxílio dado durante a execução dos resultados desse estudo. É grandioso e valioso poder contar com a participação de vocês, que muito colaboram com o progresso da ciência, ao fazer parte do corpo docente de cursos de graduação e pós-graduação.

Foi um enorme prazer tê-los conhecido no evento científico em Águas de Lindóia. Desejos sinceros de muita paz, saúde e sucesso em seus caminhos!

Ao secretário da Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da FOUFU, o Sr. Lindomar,

O seu carinho, preocupação e zelo de amigo e pai não há como agradecer com palavras. É encantador estar na tua presença e poder dividir contigo momentos importantes como este. Fico honrada de tê-lo como amigo. Estarei sempre à sua disposição para ajudá-lo no que estiver ao meu alcance.

Obrigada por todas as lindas palavras e enormes sorrisos!

Beijos no seu coração!

À secretária da Coordenação de Pós-Graduação da FOUFU, Sr^a Abgail,
“Bilga”,

Tenho muito a agradecer à você, pois nesses anos de mestrado resolveu todos os meus problemas, que não foram poucos, sem colocar dificuldades e com sorriso estampado no rosto. Nesses anos vivenciei momentos estressantes, pois o caminho foi árduo e você muito colaborou para suavizar e minimizar esse sofrimento. E hoje podemos comemorar juntas o final dessa jornada.

Muito obrigada por tudo de coração e desejo muita paz, sorte e luz no seu
caminho!

EPÍGRAFE

Houve um tempo em que minha janela se abria
sobre uma cidade que parecia ser feita de giz.
Perto da janela havia um pequeno jardim quase seco.
Era uma época de estiagem, de terra esfarelada,
e o jardim parecia morto.
Mas todas as manhãs vinha um pobre com um balde,
e, em silêncio, ia atirando com a mão umas gotas de água sobre as plantas.
Não era uma rega: era uma espécie de aspersão ritual, para que o jardim não
morresse.
E eu olhava para as plantas, para o homem, para as gotas de água que caíam
de seus dedos magros e meu coração ficava completamente feliz.
Às vezes abro a janela e encontro o jasmineiro em flor.
Outras vezes encontro nuvens espessas.
Avisto crianças que vão para a escola.
Pardais que pulam pelo muro.
Gatos que abrem e fecham os olhos, sonhando com pardais.
Borboletas brancas, duas a duas, como refletidas no espelho do ar.
Marimbondos que sempre me parecem personagens de Lope de Vega.
Às vezes, um galo canta.
Às vezes, um avião passa.
Tudo está certo, no seu lugar, cumprindo o seu destino.
E eu me sinto completamente feliz.
Mas, quando falo dessas pequenas felicidades certas,
que estão diante de cada janela, uns dizem que essas coisas não existem,
outros que só existem diante das minhas janelas, e outros,
finalmente, que é preciso aprender a olhar, para poder vê-las assim

(Cecília Meireles - A arte de ser feliz.)

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PRT – Prótese Removível Total

PRTs – Próteses Removíveis Totais

IAP – Instrumento de Avaliação Protética

FOUFU – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas educacionais

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

% - por cento

et al. – e outros (abreviatura de “et alii”)

mm – unidade de medida em milímetros

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação de docentes internos e externos à FOUFU, em número absoluto e porcentagem, de convidados, aceites e participantes deste estudo.

Tabela 2. Distribuição geográfica das Faculdades de Odontologia cadastradas no INEP, selecionadas, com aceites de participação no estudo e participantes da avaliação do Instrumento de Avaliação Protética.

Tabela 3. Distribuição das Faculdades de Odontologia e docentes externos, em número absoluto e porcentagem, de acordo com a localização geográfica de sua Instituição.

Tabela 4. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo A, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

Tabela 5. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo B, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

Tabela 6. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo C, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

Tabela 7. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo D e E, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

Tabela 8. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo A, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

Tabela 9. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo B, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

Tabela 10. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo C, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

Tabela 11. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo D, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos

Tabela 12. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo E, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

Tabela 13. Relação do número de questões e fatores do Instrumento de Avaliação Protética durante as etapas de sua elaboração.

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Questionários sobre habilidade mastigatória, escala analógica visual sobre a satisfação com a prótese removível total e questionário sobre a satisfação atual da prótese.

Anexo II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo III. Manual de Orientações para a análise

Anexo IV. Instrumento de Avaliação Protética – IAP

Anexo V. Tabela 2 – Distribuição geográfica das Faculdades de Odontologia cadastradas no INEP, selecionadas, com aceites de participação no estudo e participantes da avaliação do Instrumento de Avaliação Protética.

RESUMO

A maioria dos profissionais de odontologia indica a substituição das próteses removíveis totais (PRT's) após cinco anos de vida útil, por acreditarem que esse seja o tempo, em média, de durabilidade de uma prótese removível. A queixa principal (QP), a vontade expressa do paciente em modificar ou manter a realidade bucal, as condições morfofuncionais da PRT, são fatores influenciadores na tomada de decisão quanto ao tipo de planejamento de PRT's mucossuportadas e/ou implantorretidas em manter, reparar ou substituí-las. A partir da análise desses fatores, é imprescindível a realização de uma minuciosa anamnese e exame clínico, a fim de levantar e relacionar os dados coletados à luz da QP em favoráveis ou desfavoráveis. Assim, a tomada de decisão quanto a substituir ou não uma PRT é uma tarefa difícil e ainda não definida na literatura especializada. Por essa razão, propôs-se nesse estudo verificar a pertinência de questões, que englobe dados físicos, funcionais da prótese, a opinião e condição fisiológica do paciente, com a finalidade de elaborar um instrumento de trabalho que possa em estudos futuros alicerçar essa difícil tomada de decisão em manter, reparar ou substituir a PRT. Desta maneira, elaborou-se, em um primeiro momento, um instrumento de avaliação da qualidade em PRT, com questões relativas à anamnese, a opinião do paciente e, ainda, itens relevantes sobre a base, os dentes e o relacionamento interoclusal dos arcos de uma PRT. E posteriormente, com o auxílio de docentes internos à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) e docentes externos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, foi conferida uma nota a cada questão de acordo com a sua pertinência e abrangência. Os resultados foram analisados por uma estatística descritiva, onde se observou a participação de 77.8% dos docentes internos e 11.8% dos docentes externos. As questões sofreram algumas alterações de acordo com a sua pontuação, a fim de adequar o instrumento original dando-lhe um novo formato.

Palavras-chave: Prótese total; questionários; controle de qualidade.

ABSTRACT

Most of the dentistry professionals indicate the replacement of Complete Denture (TRPs) after five years of useful life, for they believe that that it is the time, on average, of durability of a removable prosthesis. The main complaint of the patient's expressed desire in modifying or keeping the buccal reality, the morpho-functional conditions of TRP, are factors that influence on decision making regarding the type of planning of mucous supported and/or implanted TRP's on keeping, repairing or replacing them. The analysis shows that a meticulous anamnesis and clinical exam are essential, in order to know and list data collected to be set as favorable or unfavorable. This way, decision making on (non) replacing TRPs is a difficult task and not yet defined in the specialized literature. For this reason, we intended, in this study, to verify the pertinence of subjects that includes physical and functional data of the prosthesis, the opinion and the patient's physiologic condition, with the purpose of elaborating a work instrument that could, in future studies, support the difficult decision taking in maintaining, repairing or substituting PRT. This way, it was elaborated, in a first moment, a quality evaluation instrument of PRT with questions about anamnesis, questionnaires on chewing ability, visual analogical scale, satisfaction with the prosthesis; and still, important items on the base and the TRP teeth. Later, with the internal teachers' aid of the University of Dentistry of the Federal University at Uberlândia and external teachers, respecting the inclusion and exclusion criteria, a note was checked to each subject in agreement with its pertinence and inclusion. The results were analyzed by a descriptive statistics, where the participation of 77,8% internal and 11,8% external educational ones was observed. The subjects suffered some alterations in agreement with its punctuation, in order to adapt the original instrument giving it a new critical format.

Key words: Complete denture; questionnaires; control quality.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGRAS	XVI
LISTA DE TABELAS	XVII
LISTA DE ANEXOS	XVIII
RESUMO	XIX
ABSTRACT	XX
1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DE LITERATURA	05
3. PROPOSIÇÃO	30
4. MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1 Elaboração primária do Instrumento;	33
4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Avaliadores	39
4.3 Análise preliminar;	40
4.4 Adequação do Instrumento após a análise dos docentes internos;	41
4.5 Análise secundária;	41
4.6 Adequação do Instrumento após a análise dos docentes externos;	42
4.7 Elaboração Final do Instrumento	42
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSSÃO	53
7. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	60
OBRAS CONSULTADAS	66
ANEXOS	67

1. INTRODUÇÃO



INTRODUÇÃO

A população idosa mundial tem crescido em um ritmo mais acelerado que qualquer outra faixa etária. As perspectivas futuras, para o Brasil e Estados Unidos (EUA) é que nos próximos 20 anos 13% da população serão de idosos e no ano de 2030 o número de pessoas com mais de 65 anos de idade aumente de 27 para 64 milhões (IBGE, 2002; Lang, 1994). Com relação ao número de desdentados, nessa faixa etária, espera-se uma redução ao longo dos anos, haja vista que nos EUA pretende-se reduzir o percentual de 33% para 15%. O número de pessoas que necessitam de próteses totais, entretanto, iria permanecer em aproximadamente nove milhões (Lang, 1994). No Brasil, 15% da população adulta brasileira são desdentados e 36% necessitam de prótese dentária (BRASIL, 2004). Essa faixa etária perfaz, ainda, o maior percentual de perda parcial ou total de dentes, assim como de usuários de PRTs (Lang, 1994; Leles *et al.*, 1999^a). A ausência dentária, nesses indivíduos, compromete a habilidade mastigatória e restringe a alimentação, o que pode influenciar em seu estado nutricional (Agerberg & Carlsson, 1981; Budtz - Jorgensen *et al.*, 2000; Oliveira & Frigeiro, 2005).

Apesar do crescente emprego dos implantes ósseointegrados na reabilitação protética, o tratamento com próteses totais convencionais ainda é o meio mais comum de tratamento de pacientes desdentados totais (Leles *et al.*, 1999^a; Carlsson, 1998).

Uma das razões para o tratamento protético em indivíduos adultos e idosos é devolver a sua função mastigatória (Budtz - Jorgensen *et al.*, 2000). Para isso faz-se necessário uma confecção cuidadosa de uma PRT, que envolve cuidados direcionados aos fatores psicológicos, funcionais (retenção, estabilidade, oclusão, estética, fonética, conforto e saúde dos tecidos de suporte) e técnicos (Langer & Seifert, 1961; Yoshizumi, 1964; Carlsson, 1967; Kapur, 1967; Chamberlain *et al.*, 1984; Bernier *et al.*, 1984; Anastassiadou & Kapari, 2002; Nakamae *et al.*, 2006; Cabrini *et al.*, 2008). Para o paciente a aceitação da prótese está vinculada ao conforto, à capacidade de mastigar os alimentos e muitas das vezes o padrão de qualidade não é avaliado com rigor por esses indivíduos (Boucher, 1960; Lang, 1994; Fenlon & Sherriff, 2004; Oliveira & Frigeiro, 2005). Esse fato é comprovado por diversos estudos

comparativos entre a avaliação subjetiva do paciente e a análise clínica do profissional. Os pacientes possuem uma opinião contrária à análise apresentada pelo profissional a respeito da sua realidade (Morstard *et al.*, 1968; Heartwell *et al.*, 1972; Bergman & Carlsson, 1985; Mojon & MacEntee, 1992).

O sucesso da reabilitação com próteses removíveis totais, portanto, não é dependente apenas da adequada reposição de dentes e tecidos perdidos, mas em grande parte, se relaciona a uma série de processos adaptativos individuais que influenciam diretamente na aceitação da prótese pelo paciente (Langer *et al.*, 1961; Yoshizumi, 1964; Carlsson, 1967; Leles *et al.*, 1999^a).

Da análise dos fatores funcionais, a retenção encontrou o maior índice de queixas registradas, no Conselho Federal de Odontologia (Kapur, 1967; Nakamae *et al.*, 2006; Anastassiadou *et al.*, 2002). Essa tem sido definida como a resistência ao movimento vertical oposto aos tecidos da área basal, dependente das forças de deslocamento ao longo da via de inserção, e também um fenômeno complexo, multifatorial e ainda pouco entendido, que não depende exclusivamente do profissional (Nakamae *et al.*, 2006). A avaliação da retenção e da estabilidade são fatores imprescindíveis na avaliação da qualidade de uma PR (Kapur, 1967; Shinkai *et al.*, 2002), podendo ser observados por critérios como os definidos por Kapur, 1967 (Bernier *et al.*, 1984).

A avaliação clínica dos demais fatores relacionados à qualidade da prótese total, em vários aspectos, ainda é muito subjetiva, (Yoshizumi, 1964; Slagter *et al.*, 1992; Bernier *et al.*, 1994; Leles *et al.*, 1999^a) sofrendo grande influência do examinador, que utiliza em alguns casos o fator tempo para justificar a substituição de uma prótese. Na literatura, é consenso que a PRT tem a sua qualidade comprometida com o tempo de uso. Contudo, a estimativa desse tempo ainda é controversa (Yoshizumi, 1964; Mazurat, 1992; Leles *et al.*, 1999^a; Cabrini *et al.*, 2008;). Lang (1994) relata que o tempo de vida útil de uma prótese total em seu estudo foi de seis a nove anos (Leles *et al.*, 1999^{a,b}). Enquanto, Yoshizumi (1967) acredita que a partir do quarto ano a qualidade da prótese sofre alterações, sendo as funções mastigatórias comprometidas apenas a partir do oitavo ano de uso. Já Mazurat (1992) estimou que a vida de

uma prótese total estivesse entre 5 a 11 anos. Contudo, no período de 1 a 10 anos existe uma variabilidade enorme de fatores entre os pacientes, que dificulta ao profissional aplicar uma regra a todos, sendo necessária a avaliação individual do paciente quanto à qualidade da prótese, o grau de satisfação e conforto do paciente com esta prótese, assim como os demais fatores tidos como importantes (Cabrini *et al.*, 2008).

Gordon (1991) e Sato (1998) relatam sobre a ausência de padronização na metodologia para o exame da qualidade de PRT's e como isso afetava a possibilidade de comparação e análise dos resultados em diferentes pesquisas. Por conseguinte, Sato (1998) propôs similar a outros estudos (Yoshizumi, 1964; Carlsson, 1967; Bernier *et al.*, 1984; Bergman & Carlsson, 1985; Slagter *et al.*, 1992; McCord & Grant, 2000; Anastassiadou *et al.*, 2002; Shinkai *et al.*, 2002), um índice para avaliar a qualidade de próteses totais, de forma que fosse feita uma análise quantitativa e reproduzível das PRT's. Dessa maneira, é notório que na literatura vigente não há subsídios suficientes para a avaliação da qualidade da prótese. Sendo assim, são necessários estudos direcionados à qualidade morfo-funcional de PRT's.

Esse estudo, portanto, visou validar a pertinência dos itens a serem analisados a fim de formular o instrumento de avaliação protética.

2. REVISÃO DE LITERATURA



2 REVISÃO DE LITERATURA

Boucher, em 1960, realizou uma revisão sobre o estado atual dos protesistas, abordando alguns itens e os relacionados à sua experiência, que foram: (1) Sucesso e fracasso; (2) Diagnóstico; (3) Tratamento preliminar; (4) Moldagem; (5) Alívio e selado periférico; (6) Relacionamento maxilo – mandibular; (7) Oclusão; (8) Planos de orientação; (9) Registro mandibular; (10) Registro da relação fisiológica em repouso; (11) Dimensão vertical de oclusão; (12) Registro da relação excêntrica e cêntrica; (13) Articuladores; (14) Estética; (15) Procedimentos Laboratoriais; (16) Procedimentos de instalação; (17) Cuidados posteriores e (18) Questionamentos a respeito de algumas dúvidas sobre esses itens. Quanto ao primeiro item, a avaliação de alguns fatores como idade, saúde, coordenação, adaptabilidade e aceitação do paciente foi fundamental, uma vez que esses foram mais importantes ao sucesso das próteses, do que os puramente mecânicos ou físicos. Com relação à dimensão vertical, o autor relatou que existem muitas maneiras de obtê-la, contudo todas são sujeitas a erros, pois de uma forma ou de outra dependem da habilidade do profissional. Durante a abordagem sobre o conceito de estética, o autor mencionou ser mais importante a aparência da face do que a da prótese. O arranjo dos seis dentes anteriores superiores configuram a harmonia estética, o que pode ser modificado de acordo com a vontade do paciente. O autor finaliza deixando alguns questionamentos, uma vez que os conceitos podem diferenciar-se de uma faculdade para outra e o que é certo ou errado se torna relativo e subjetivo.

Langer *et al.*, em 1961, investigaram a importância do número de fatores individuais que constituem a base para condições orais e procedimentos técnicos satisfatórios. Nesse estudo, o grupo de pacientes consistia de 127 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 61 a 86 anos, vivendo em boas condições físicas e psicológicas. Após a instalação das novas próteses totais os pacientes eram controlados por um período de três meses a um ano de uso. O trabalho era realizado por quatro experientes dentistas, que buscavam controlar os passos técnicos e evitar diferenças

durante a execução das próteses. Todos faziam uso de articulador para a montagem de dentes, sendo que 74 pacientes receberam dentes artificiais em resina acrílica e 53 em porcelana. O exame clínico foi feito por um examinador treinado, que coletava os dados por meio de entrevistas. Os dados sobre o aspecto psicológico foram coletados por psicólogos. Os resultados indicaram que 88 pacientes (69%) estavam satisfeitos e as usavam por tempo integral, 24 pacientes (19%) estavam satisfeitos, mas tinham certas objeções ao uso e 15 pacientes (12%) estavam insatisfeitos. Dos dados analisados, foi observado que, independentemente do sexo e do tipo de dente artificial (porcelana ou resina acrílica), não houve alteração na satisfação do paciente com a prótese durante o primeiro ano de uso. Portanto, a satisfação do paciente não se completa com um único e simples fator, mas sim com o somatório de fatores, entre eles psicológicos, biológicos, anatômicos e funcionais.

Bergmam & Carlsson, em 1964, realizaram um estudo longitudinal envolvendo 124 pacientes usuários de próteses removíveis bimaxilares, dos quais 33 não retornaram para a avaliação de dois anos. Dessa maneira, as análises foram realizadas em 91 pacientes após seis meses e dois anos da instalação das próteses. O estudo compreendia observações acerca dos itens: oclusão, articulação, estabilidade das próteses, aparência e resiliência da mucosa na área de assentamento da prótese. A estabilidade foi calculada pela pressão digital no centro da base da prótese superior e na região de dentes pré-molares da prótese inferior. Foi classificada em satisfatória ou não, de acordo com o grau de movimentação das próteses. A oclusão cêntrica é dividida em correta, se há adequada intercuspidação, isto é, sem contato prematuro, e em incorreta. A articulação foi avaliada com o uso de uma espátula de metal e classificada em correta e incorreta. As mucosas orais sem sinais de inflamação foram classificadas como saudáveis, e as demais como inflamadas. A resiliência do processo alveolar foi medida por meio de uma escala de três graus (1, 2 e 3). Após as análises, os autores concluíram que a oclusão balanceada exercia boa retenção da prótese durante os primeiros seis meses, mas deteriorava-se nos 18 meses seguintes. Em alguns casos, houve menor estabilidade da prótese nos primeiros seis meses, sem

comprometimento funcional nos próximos 18 meses. As inflamações crônicas da mucosa sob a prótese foi mais comum na maxila do que na mandíbula. E, por fim, a alteração na resiliência da mucosa pode estar relacionada a traumas provocados pela prótese.

Yoshizumi, em 1964, avaliou os fatores pertinentes ao sucesso da prótese total, são eles: qualidade da prótese, conforto do paciente, habilidade mastigatória, tempo de uso da prótese e a interação dos fatores anteriores. Para tanto, realizou-se exame clínico em 239 pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 36 a 82 anos e usuários de prótese total superior e inferior. Para a avaliação, foi utilizada uma ficha clínica contendo dados como nome, idade, qualidade da prótese (oclusão, dimensão vertical de oclusão, adaptação da base, extensão da borda), conforto, habilidade mastigatória e tempo de uso. O conforto e a habilidade mastigatória foram analisados por meio de questionários do tipo afirmativo ou negativo, e para o tempo foi usada uma escala de tempo de uso em anos e suas frações. Esses dados permitiram classificar as PRTs em satisfatórias, se os quatro fatores analisados estavam satisfatórios, e em insatisfatórias, se um ou mais dos quatro fatores estavam insatisfatórios. Os resultados mostraram que dos 239 pacientes examinados, 168 (70,3%) apresentavam próteses de boa qualidade, 71 (29,7%) próteses de qualidade ruim, 180 (75,3%) próteses confortáveis e 59 (24,7%) das próteses incomodavam; 196 (82,0%) dos pacientes apresentavam boa mastigação e 43 (18%) apresentavam déficits mastigatórios. Com relação ao tempo de uso, observaram que a qualidade das próteses diminui após o quarto ano de uso e que o conforto não é afetado pelo tempo durante o período de um a 10 anos. A habilidade mastigatória não foi afetada durante os primeiros oito anos. Por fim, conclui-se que há uma relação altamente significativa entre a qualidade da prótese, o conforto e a habilidade mastigatória, e embora as próteses deteriores com o tempo, os pacientes podem manter a satisfação e o conforto.

Carlsson, em 1967, estudaram os possíveis fatores que influenciaram no grau de satisfação em 182 pacientes, dos sexos feminino e masculino, com idades inferiores a 60 anos, desdentados totais, portadores de

prótese total com período de uso de um a quatro anos. A investigação clínica foi realizada a partir da avaliação da estética, estabilidade, retenção, oclusão, dimensão vertical de oclusão e condições anatômicas. A avaliação final feita para cada paciente foi determinada pela escala de quatro níveis, sendo estes: extremamente ruim, ruim, boa, extremamente boa. De acordo com os resultados, 165 pacientes estavam adaptados às suas próteses totais, enquanto apenas 17(9%) tinham problemas de adaptação. O exame clínico mostrou que 63% das próteses totais necessitavam de algum tipo de ajuste, 54% dos pacientes apresentaram redução da dimensão vertical de oclusão, 16% apresentaram relacionamento oclusal incorreto entre os dentes das próteses superiores e inferiores, e a estabilidade foi considerada ruim em 10% das próteses superiores e em 20% das inferiores. Os resultados não mostraram correlação entre a satisfação do paciente e as condições bucais, assim como a estabilidade e a retenção da prótese inferior. Os autores concluíram que a retenção e a estabilidade da prótese total superior estão consideravelmente mais correlacionadas com a apreciação do paciente do que os mesmos fatores na prótese total inferior.

Kapur, em 1967, propôs a observação do efeito de alguns testes (teste de performance mastigatória e teste do paladar) em três diferentes modalidades de adesivos em próteses totais (adesivos em pó, em pasta ou experimentais). O grupo desse estudo foi composto por 24 pacientes, com idade média de 63,3 anos, sendo 16 mulheres e oito homens, todos com aptidões físicas, cooperativos, presença de pelo menos um dos dois arcos (maxilar e/ou mandibular) reabilitados com próteses totais, com retenção insuficiente, e com idade de uso, em média, de 11 anos. A análise dos pacientes incluiu a história completa do caso e os exames clínicos intrabucais e das próteses. A forma e o tamanho do rebordo foram avaliados por meio de uma escala de quatro pontos, sendo 1 para rebordos com forma plana, 2 em forma de “V”, 3 com formato entre “U e V” e 4 para rebordos em forma de “U”. A resiliência do tecido do rebordo e a localização da inserção muscular foram avaliadas por uma escala de três pontos, sendo esses: flácido, resiliente e firme; alto, médio e baixo, respectivamente. A soma dos escores determinou o

padrão de assentamento da prótese, que de acordo com o tecido de assentamento variou entre ruim, satisfatório ou bom. A retenção e a estabilidade, da mesma forma, foram avaliadas em cada base das próteses através de uma escala de quatro e três pontos, respectivamente: “0” para sem retenção, “1” para mínimo de retenção, “2” para retenção moderada e “3” para boa retenção; “0” para sem estabilidade, “1” para pouca estabilidade e “2” para as próteses com estabilidade suficiente. A soma desses escores determinou o padrão clínico da prótese em boa, satisfatória ou ruim. Foram realizadas nesses pacientes um total de 527 amostras para os testes de performance mastigatória e 480 para os testes do paladar. Todos os três tipos de adesivos influenciaram na retenção das próteses maxilares e mandibulares, aumentando a performance mastigatória dos pacientes, não havendo diferenças significativas entre os mesmos.

Morstad & Petersen em 1968, classificaram os problemas advindos após a instalação de novas próteses totais em quatro fatores, sendo eles: conforto, função, estética e fonética. Os principais problemas relacionados ao conforto são as lesões causadas por defeitos da prótese (sobreextensão da borda, má oclusão, bolhas, áreas cortantes, entre outros), sensação de ardência (por pressão do forame palatino anterior ou posterior, ou do forame mentoniano), dor na articulação têmporo-mandibular (por redução da dimensão vertical de oclusão, oclusão cêntrica sem harmonia com a relação cêntrica, artrites, traumas), entre outros. Quanto ao item função, observaram como principais complicações a instabilidade e a interferência oclusal. A oclusão durante a mastigação foi a causa mais freqüente de instabilidade em próteses removíveis totais. As alterações acerca da estética variam desde correções em aparências artificiais, que podem ser facilmente corrigidas, até alterações nos dentes, que podem requerer mudança e/ou troca. Por fim, a fonética preocupou-se com as alterações advindas dos fonemas “s” e “v”, principalmente. Alterações nesse sentido sugeriram erros de posição dentária, bem como de relacionamento entre os arcos.

Bergman & Carlsson, em 1972, analisaram a opinião de 54 pacientes com próteses totais com um ano de uso, por meio de questionário. A maioria, dos pacientes, estava satisfeita com adaptação, estética da prótese e habilidade mastigatória e da fala. Muitos dos pacientes avaliados apresentaram parafunção e alguns usaram sedativos para controle da ansiedade. A investigação auxiliou para reforçar a importância da opinião do paciente sobre as limitações das próteses totais, e a necessidade de controles periódicos para manutenção da função protética. Cerca de 25% apresentaram sintomas de distúrbios no sistema mastigatório, o que, juntamente com outros estudos recentes, reforçou a importância da análise funcional no sistema mastigatório em exames e diagnósticos de pacientes portadores de próteses removíveis totais.

Heartwell Júnior, em 1972, relatou em seus estudos que as falhas em próteses totais podem estar relacionadas ao incorreto manuseio de áreas anatômicas importantes, tais como: freios labial e lingual, fundo do vestibulo superior, rafe pterigomandibular, selado palatino posterior e músculos faciais. Para o autor, os profissionais precisam ter maiores conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia para obtermos próteses de maior qualidade.

Rise, em 1979, realizou um levantamento epidemiológico com 241 pacientes de 65 a 79 anos, portadores de próteses totais. Nesse estudo, avaliou as condições das próteses por meio de um índice, que foram graduadas em satisfatórias ou insatisfatórias, a partir da observação de defeitos relacionados a materiais de confecção, estabilidade, retenção, oclusão e lesões de mucosa. O autor sugeriu, que do ponto de vista epidemiológico, o sistema simplificado de dicotomização parece preferível por ser de fácil aplicação e contemplar duas opções de repostas.

Agerberg & Carlsson, em 1981, investigaram 1215 pessoas na faixa etária de 15 a 74 anos por meio de questionário sobre as distúrbios funcionais do sistema mastigatório. Conceituaram “habilidade mastigatória” como sendo o termo usado para a auto – avaliação da função mastigatória dos pacientes.

Foram avaliadas 17 variáveis, nesse estudo, sendo elas: idade, estado de saúde geral, sintomas de dores musculares, frequência de cefaléia, uso de analgésicos e dor à abertura bucal. Retornaram 1106 questionários (91%), destes 56% dos indivíduos entre 50 e 74 anos consideraram a habilidade mastigatória como boa, comparados a 89% dos indivíduos mais jovens. Em todas as faixas etárias, a habilidade mastigatória foi fortemente relacionada ao maior número de dentes, sendo que nenhum paciente com mais de 20 dentes considerou a sua habilidade mastigatória como ruim, comparado a 15% dos com poucos dentes (1-7 dentes) e a 8% dos com próteses totais. Um quarto dos usuários de próteses totais relatou dificuldade à mastigação com todos os tipos de alimentos. E os pacientes com algum problema de saúde e nos com hábitos de mastigação unilateral observou-se uma maior redução na habilidade mastigatória.

Bernier *et al.*, em 1984, realizaram um estudo com o propósito de avaliar a retenção e a estabilidade das próteses totais. Avaliaram seis pacientes, os quais receberam dois pares de próteses, sendo um confeccionado de modo convencional e o outro por técnica alternativa. As variáveis estudadas eram classificadas em ruim, regular, boa, muito boa e excelente. Os dados encontrados sugerem que é possível a formulação de critérios reais para a análise da retenção da prótese mandibular e retenção e a estabilidade da prótese maxilar.

Chamberlain *et al.*, em 1984, compararam a percepção do paciente e do profissional em relação aos possíveis problemas com as próteses totais superior e inferior. Foram selecionados, randomicamente, 80 pacientes para responder a um questionário. O tempo de uso das próteses variou de cinco a 24 anos. O critério de avaliação adotado incluiu dados sobre a estética (posição, cor e forma do dente), conforto (desenho da prótese, dimensão vertical, retenção e estabilidade) e função (relação cêntrica, oclusão látero-protusiva e plano de oclusão). Os resultados sugeriram que, com exceção da retenção das próteses, a opinião entre os pacientes e profissionais varia bastante em relação à função, à estética e ao conforto. Os autores salientaram

que, na literatura, a estética tem sido relatada como um fator de grande importância no sucesso das próteses. Porém, nesse trabalho, a oclusão, a retenção e a dimensão vertical mostraram-se mais relevantes. Sugeriram, ainda, que as diferenças no julgamento entre pacientes e profissionais devem ser levadas em consideração, de modo que os pacientes saibam realmente o que os profissionais podem oferecer. Os autores concluíram que o questionário utilizado pode ser útil na rotina dos consultórios odontológicos, corroborando para uma melhor relação profissional-paciente.

Bergman & Carlsson, em 1985, estudaram pacientes portadores de próteses removíveis totais por 21 anos com avaliações clínica e cefalométrica. Esse estudo envolveu 32 pacientes usuários de próteses maxilares ou mandibulares, com idades entre 41 e 76 anos, sendo 19 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Para a avaliação desses pacientes, foi utilizado um questionário relacionado aos exames clínico e radiográfico. O exame clínico incluiu os seguintes aspectos: tratamento da prótese, fatores funcionais (estabilidade, extensão e oclusão), hábitos alimentares, satisfação com a adaptação, habilidade mastigatória, fatores sobre a qualidade da prótese (retenção, estética e fonética) e aspectos sobre a saúde geral e bucal. Durante o exame clínico, observaram o estado da mucosa oral e tecidos de suporte à prótese, sinais de disfunção mandibular, condições anatômicas da área de suporte à prótese e tipos de dentes. Os dados relacionados à qualidade das próteses foram classificados em muito bom, razoavelmente bom, insatisfatório e ruim. Os exames radiográficos, por cefalometria, foram realizados durante um período de cinco anos. Do grupo selecionado para esse estudo, nove (28%) relataram ter visitado o dentista nos últimos dois anos e oito (25%) nos últimos 10 anos. Com relação à necessidade de substituição da prótese confeccionada há 21 anos, nove pacientes permaneceram com o par de próteses original, oito tinham substituído apenas uma delas, 13 havia trocado dois ou mais pares de próteses, e dois não relataram. Houve discrepância entre as avaliações dos pacientes e dos profissionais com relação à qualidade das próteses, conforme observado em outros estudos. Esse fato reforça a necessidade de controles periódicos, a fim de evitar problemas na adaptação

e/ou injúrias biológicas. Os testes clínicos e laboratoriais demonstraram reduzida eficiência mastigatória, em contrapartida à alta avaliação pelo paciente de sua capacidade mastigatória. A qualidade das próteses e a saúde tecidual foram consideradas ruins, uma vez que 14 pacientes necessitaram de novas próteses e seis de reembasamentos, ajustes oclusais ou reparos.

Davis *et al.*, em 1986, realizaram um trabalho de 81 pacientes com próteses totais, para avaliar através de questionários a expectativa e o grau de satisfação antes e após o tratamento com próteses totais e, ainda, avaliar o efeito de vídeos informativos na expectativa dos pacientes com relação às suas próteses. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro usado como controle e orientado com instruções especiais, e o segundo grupo orientado por meio de vídeos informativos. O questionário era composto por dados demográficos, como idade, grau de escolaridade, ocupação e experiência com as próteses. As expectativas foram determinadas pelo nível de adaptação, função, conforto e estética, com a utilização de uma escala de cinco pontos. Os resultados desse estudo demonstraram expectativas pouco realistas e maior grau de satisfação dos pacientes da primeira para a segunda avaliação no grupo experimental, o que sugere uma melhoria na qualidade das próteses. A utilização de vídeos informativos, não alterou a expectativa e a satisfação dos pacientes, contudo foi considerado útil adjuvante na aquisição de informações pelos pacientes e estudantes de odontologia.

Mersel & Mann, em 1986, mencionaram que as alterações nutricionais nos pacientes idosos são advindas de vários fatores, entre eles a qualidade das próteses totais, que influencia no tipo de alimentação e na qualidade e eficiência mastigatória desses indivíduos. A qualidade das próteses foi avaliada conforme a retenção, estabilidade, dimensão vertical e relação central. Os resultados demonstraram que a maioria das próteses apresentou qualidade inferior e 72% evidenciou problemas de retenção e estabilidade.

Vervorn et al., em 1987, estudaram nove itens sobre a qualidade de próteses totais por meio de uma escala definida. Participaram do estudo três grupos de pacientes e dois dentistas examinadores. O Grupo I, com 78 pacientes do sexo masculino e 119 do sexo feminino e idade média de 60 anos foram entrevistados pelos dois dentistas em dias distintos. O Grupo II, com nove homens e 26 mulheres, e idade média de 59 anos, dos quais 25 usavam próteses antigas, sendo que 10 foram avaliados por um dos dois dentistas após a instalação de novas próteses. O Grupo III, por sua vez, com nove homens e 11 mulheres, idade média de 63 anos, avaliados após a instalação das novas próteses pelo outro dentista. Os nove itens que integraram a avaliação da qualidade dessas próteses totais foram: (1) estabilidade da prótese superior; (2) estabilidade da prótese inferior; (3) desvio da linha média da prótese superior; (4) desvio da linha média da prótese inferior; (5) oclusão; (6) espaço funcional livre; (7) relacionamento maxilo-mandibular; (8) relação cêntrica de oclusão; (9) interferências oclusais. As variáveis de “1 a 6” e a variável “8” foram avaliadas por uma escala de dois pontos (0 - não; 1- sim) e as variáveis “7” e “9” por uma escala de três pontos (0- não, 1- baixo a moderado e 2- severo). Os autores concluíram que esta escala pode ser útil nas investigações da qualidade de próteses totais, em função da concordância interna entre os dois examinadores. O escore para a qualidade das próteses foi considerado uma medida quantitativa e, nesse estudo, observou-se que quanto maior o escore, pior a qualidade das próteses.

Pinsent & Laird, em 1989, investigaram a qualidade de próteses totais por meio de um índice formulado para esta avaliação. As próteses foram classificadas de acordo com o “critério global” que possibilitou graduá-las de 1 a 6, sendo o primeiro “excelente” para próteses sem problemas e o segundo “muito ruim” para próteses que devem ser substituídas. Foram selecionados quatro dentistas experientes e especialistas em prótese, que readequaram os critérios de avaliação da qualidade das próteses propostos inicialmente pelos autores. Os fatores avaliados foram dimensão vertical, posição dentária, articulação, retenção da prótese superior, estabilidade da prótese superior, retenção da prótese inferior, estabilidade da prótese inferior, tecidos moles e

opinião do paciente sobre a aparência da prótese. Os resultados demonstraram concordância entre os examinadores, por conseguinte com alto grau de confiabilidade. Por fim, os autores defenderam a importância de um critério bem definido para a avaliação de próteses totais e que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados respeitando a individualidade dos pacientes.

Sato *et al.*, em 1989, enviaram um questionário a 300 pacientes usuários de próteses removíveis totais sobre a seleção de alimentos, para a criação de um escore sobre habilidade mastigatória. De uma lista contendo 100 variados tipos de alimentos de diferentes consistências, os pacientes deveriam classificá-los em fácil, difícil ou impossível de mastigar. Dos 300 pacientes, apenas 110 responderam e a média do escore para habilidade mastigatória foi de 54. A satisfação com a mastigação foi de 51%, 38% de parcialmente satisfeitos e 11% de insatisfeitos. Embora a lista alimentar contenha alimentos específicos da cultura japonesa, o conceito de formulação desses escores pode ser aplicado para outras populações.

Gordon, em 1991, mencionou a escassez de índices utilizados como marcadores de qualidade em próteses removíveis totais, e considerou falhos os índices em saúde bucal pela ausência de testes de confiabilidade e validade, ausência de protocolos de uso específico e uso de terminações ambíguas, entre outros. Segundo o autor, esses fatos limitam o estudo, impossibilitando as futuras comparações e acompanhamentos longitudinais com outros estudos. Também sugeriu novas pesquisas para coletas de valores e padronização da avaliação da qualidade em próteses, em particular na dimensão vertical de oclusão, na retenção da prótese superior, no tamanho e forma do arco, a fim de conduzir a medidas e tratamentos com mais validade e confiabilidade.

Kalk *et al.*, em 1991, realizaram um estudo comparativo do ponto de vista dos pacientes e dos cirurgiões-dentistas em relação às próteses totais após cinco anos de uso. O estudo contava com 139 pacientes, dos quais 92 relataram queixas por meio de questionários, as quais se relacionavam à retenção das próteses superior e inferior, à estética, à dor e aos aspectos

sociais e funcionais. Os itens dor, aspectos funcionais e queixas gerais mostraram-se correlatos, sendo que a ausência de dor e a boa aparência são fatores importantes para a aceitação e satisfação dos pacientes com relação às suas próteses. Observou-se também concordância entre os profissionais e os pacientes a respeito da retenção da prótese, mas não quanto à estética.

Mazurat, em 1992, em uma revisão bibliográfica a respeito da longevidade de terapias protéticas (próteses fixas ou removíveis, parciais ou totais), encontraram dificuldades em determinar o período de falhas e sucessos com próteses removíveis parciais, devido à falta de indicadores determinantes desses fatores na literatura vigente. Contudo, essa revisão determinou que o tempo médio de vida das próteses removíveis parciais foi de oito a 10 anos. Relatos da literatura sobre desdentados totais, usuários de próteses removíveis totais, demonstraram que o fator tempo tem sido o critério de substituição das próteses em uso, o que foi controverso na própria revisão em análise, visto que os estudos avaliaram próteses em períodos de zero a cinco anos, de cinco a 10 anos, de 10 a 20 anos ou mais de 20 anos. Neste período, alguns estudos encontraram um terço da população desdentada e 80% que necessitaram de substituição após os 10 anos de uso das próteses. Para solucionar essa questão, os estudos revisados sugeriram uma escala numérica com variáveis padrão para determinar a qualidade das próteses. Por fim, o autor concluiu em sua revisão que há na literatura falta de indicadores que determinem o tempo de uso de uma prótese, bem como os critérios de sua substituição, e que o tempo indicado seria de oito a 10 anos para as próteses removíveis parciais, de cinco a 11 anos para as próteses removíveis totais e 11 anos para as próteses fixas.

Mojon & MacEntee, em 1992, relacionaram a necessidade de tratamento protético por reembasamentos ou substituições com as queixas dos desdentados totais, com mais de 60 anos de idade, usuários de próteses totais. Dos 269 pacientes entrevistados e avaliados, 54% apresentavam problemas há mais de um ano sem, contudo, terem procurado tratamento odontológico, o que

demonstrou que a busca pelos pacientes de assistência odontológica foi impulsionada pela presença de desconforto ou dor.

Slagter *et al.*, em 1992, verificaram a relação entre a performance mastigatória, a qualidade da prótese e a condição bucal em usuários de próteses removíveis totais. Foram confeccionadas novas próteses para 38 pacientes, 14 do sexo masculino e 24 do sexo feminino, com idade média de 59,6 anos. Esses foram entrevistados com um questionário referente à experiência mastigatória. A cada questão foi atribuído um escore de 1 a 3, que variou de acordo com a função mastigatória e a qualidade da prótese. As notas da qualidade foram dadas respeitando uma padronização do método de avaliação para cada fator abordado. A performance mastigatória foi analisada por testes específicos. Os autores não negam a importância de uma das próteses com qualidade adequada para a saúde dos tecidos bucais e o conforto, contudo os resultados desse estudo sugerem que a qualidade das próteses e a condição oral foram fatores pouco significantes na função mastigatória em pacientes desdentados totais.

Lang , em 1994, revisou as terapias tradicionais em próteses totais, em que abordou a importância de um detalhado exame clínico inicial prévio à confecção da nova prótese, assim como a anamnese médica e odontológica e a opinião do paciente quanto à sua aparência, suas preferências, entre outros. Ao exame clínico intra – oral, verificou presença de alterações inflamatórias crônicas, agudas ou infecciosas nos tecidos moles e duros. O autor considerou o conjunto dessas informações imprescindível para definir o plano de tratamento, e as etapas que antecedem ao tratamento tão importante quanto ele na redução dos riscos de insucesso.

Compagnoni & Milian Silveira, em 1995, realizaram um estudo com 25 pacientes desdentados totais, oito dos quais utilizavam as próteses superior e inferior, e 17 apenas a superior. Avaliaram os seguintes parâmetros: estética da prótese, retenção, estabilidade, atendimento do profissional após a instalação, apreciação das próteses pelos pacientes, dores nas articulações

têmporo-mandibulares, orientações recebidas após a instalação, capacidade mastigatória, oclusão e o tempo de uso. Os resultados evidenciaram que o fator estético apresentou satisfação semelhante entre os que usavam as próteses superiores e inferiores, dentro de condições aceitáveis. A insatisfação com as próteses ocorreu em 60% dos casos, fato que foi interpretado como negligência no controle de qualidade pelos profissionais. Corroboraram para isto a constatação de que 64% dos profissionais não ofereceram retornos suficientes para os pacientes e que a grande maioria destes não recebeu orientação profissional após a instalação das próteses. Dessa maneira, os autores concluíram que seria necessária maior conscientização e dedicação profissional durante a confecção dos trabalhos, bem como após a instalação.

De Baat *et al.*, em 1997, avaliaram as condições protéticas e o grau de satisfação em relação às próteses totais de 397 pacientes. As “condições protéticas” foram definidas a partir de dados da qualidade da prótese (oclusão, retenção e estabilidade) e dos rebordos residuais, sendo criado um escore. O estudo mostrou que 297 pacientes (75%) declararam-se satisfeitos com as suas próteses sem, contudo, correlacionarem a satisfação com as “condições protéticas”. Os autores sugeriram a necessidade de mais estudos para determinarem os fatores determinantes das “condições protéticas”.

Carlsson, em 1998, revisou a literatura vigente de 1952 a 1996 sobre as sequelas dos tratamentos com próteses totais: reabsorção do rebordo residual em áreas específicas, reações na mucosa (estomatite protética, queilite angular, hiperplasia), síndromes da ardência bucal e desordens têmporo-mandibulares, assim como a satisfação do paciente. A reabsorção do rebordo residual foi considerada uma consequência inevitável da perda dentária e do uso de próteses totais, sem fator causal dominante, e as reações em mucosa oral multifatoriais e de fácil tratamento. Muitos pacientes estavam satisfeitos com as suas próteses, contudo a relação entre condições anatômicas, qualidade da prótese e satisfação foi fraca. Fatores psicológicos foram relatados como de grande importância na aceitação e adaptação dos pacientes às suas próteses removíveis totais. O autor concluiu que embora o número de desdentados tenha diminuído, ainda há um grande contingente

destes, o que justifica os esforços de pesquisas direcionadas à prática clínica de próteses removíveis totais.

Sato *et al.*, em 1998, estudaram o grau de contribuição de cada fator relacionado às próteses totais nos trabalhos clínicos e, ainda, desenvolveram um método quantitativo na avaliação da qualidade dessas próteses. Para tanto, 16 fatores clínicos foram analisados com escala de três graus para cada um, em 320 pacientes portadores de próteses totais bimaxilares, que são eles: seleção de dentes artificiais, arranjo dos dentes anteriores, distância interoclusal, adaptação da prótese superior, adaptação da prótese inferior, estabilidade da prótese superior, estabilidade da prótese inferior, espaço para língua, oclusão, articulação, retenção da prótese superior, retenção da prótese inferior, extensão da borda da prótese superior, extensão da borda da prótese inferior, facetas, posição dos dentes posteriores. Com base nesses dados, os autores relacionaram os principais fatores contribuintes para a qualidade das próteses totais, destacando-se sete dos 16 descritos, sendo quatro referentes à maxila e três à mandíbula: o arranjo dos dentes artificiais anteriores, distância interoclusal, estabilidade, oclusão, articulação, retenção e extensão da borda da prótese total inferior. Tais fatores foram considerados instrumentos úteis como um protocolo de avaliação da qualidade de próteses totais.

Fenlon *et al.*, em 1999, compararam a percepção do paciente e do profissional com relação à qualidade das próteses totais em 500 pacientes, que opinaram a respeito da adaptação, conforto e habilidade mastigatória das próteses superiores e inferiores por meio de uma escala de 1 a 4. O conforto foi graduado de “extremamente sem conforto” a “muito confortável”, a adaptação e a habilidade mastigatória em “extremamente ruim” a “excelente”. A avaliação clínica, realizada por um protésista, incluiu dados referentes à retenção, à estabilidade e à relação oclusal das próteses. A análise da estabilidade e da retenção foi comparada com a percepção do paciente a respeito da adaptação. E a avaliação da relação oclusal e estabilidade, comparada com a habilidade mastigatória. Os resultados mostraram que, nos usuários de próteses de má qualidade houve uma concordância entre a percepção do profissional e dos

pacientes, e uma forte relação positiva foi demonstrada entre a estabilidade e a retenção das próteses superiores e inferiores.

Leles *et al.*, em 1999^a, avaliaram as queixas e a opinião dos pacientes quanto às suas próteses totais, relacionando-as às suas longevidades. Participaram do estudo 103 pacientes desdentados totais portadores de prótese total bimaxilar. Os dados foram colhidos por entrevista via telefone, com questões relacionadas às próteses superiores e inferiores, tempo de uso, qualidade das próteses, necessidade de substituição e os motivos desta. Foram estudados 103 pacientes, 70 do sexo feminino e 33 do sexo masculino, com idade média de 65 anos. O tempo de utilização das dentaduras foi de um a 11 anos, com média de 4,8 anos. De acordo com os resultados, o tempo médio de uso das próteses antes de sua substituição foi de 7,5 anos em média, sendo de 8,1 anos para as superiores e de 7 anos para as inferiores. Também observaram que 17,48% dos pacientes abandonaram as próteses superiores antes do primeiro ano após sua instalação, comparado a 26,21% das próteses inferiores, concluindo que o primeiro ano foi um período crítico em relação à aceitação das próteses. Os maiores problemas relatados para o abandono das próteses foram retenção, estabilidade e traumatismo, principalmente para as próteses inferiores, valorizado assim a importância da preservação dessas próteses após a instalação. Já a qualidade exerceu pouca influência nos resultados, uma vez que essas próteses foram confeccionadas seguindo os mesmos critérios.

Leles *et al.*, em 1999^b, com a mesma amostra do estudo anterior (Leles *et al.*, 1999^b), avaliaram as queixas dos pacientes em relação às suas próteses totais, com períodos de utilização de um a 11 anos. De acordo com os resultados obtidos nas entrevistas, 74% e 64% dos pacientes, respectivamente, ainda utilizavam as próteses superiores e inferiores. Dentre os usuários de próteses superiores e inferiores, 38,2% e 48,5%, respectivamente, as consideraram regulares ou ruins, tendo como principais queixas retenção, estabilidade e traumatismo dos tecidos. Os pacientes queixosos referiram a falta de motivação, a falta de tempo e as dificuldades financeiras como principais motivos para não procurarem assistência odontológica. Para os

autores, esse trabalho reforçou a necessidade de um controle posterior rigoroso e de acompanhamento periódico do tratamento.

Carrilho, em 1999, estudaram a espessura, o método de polimerização e a alteração causada pela presença dos dentes. Sessenta e quatro próteses foram confeccionadas a partir de um modelo fundido em liga de Cobre e Alumínio, simulando uma maxila edêntula e divididas em oito grupos, com oito amostras em cada grupo; quatro grupos foram polimerizados por banho de água a 74 °C/ 9 hs e 4 por energia de microondas a 500W/ 3 min. Dentro destes quatro grupos, dois grupos foram confeccionados com espessura uniforme de 1 mm e os outros dois grupos, com espessura de 2 mm, e, ainda dentro destes grupos, dois com a presença de dentes e os demais grupos com a ausência de dentes. Foi utilizada a resina Lucitone 550; após a polimerização as próteses recebiam acabamento e eram submetidas a um teste na qual um material de impressão (EXPRESS - 3M) foi interposto entre a base e o modelo de metal e depois pesado. Após o resultado, concluiu-se principalmente que existiu diferença significativa para as médias de desajuste entre as duas espessuras e o grupo que apresentou menor desajuste foi o de próteses com 2 mm e com a presença de dentes e o que apresentou maior desajuste foi o de próteses com 1 mm e com a presença de dentes.

Budtz – Jorgensen *et al.*, em 2000, estudaram a redução da habilidade mastigatória em pacientes idosos, usuários de próteses totais e com menos de 20 dentes. A substituição dos dentes posteriores por próteses removíveis ou por próteses fixas aumentou a atividade muscular e reduziu o tempo de mastigação e o número de golpes mastigatórios durante a trituração. Problemas no estado de saúde e no apetite, xerostomia, entre outros, foram considerados, na avaliação do estado nutricional, como possíveis transtornos na função mastigatória. O estudo não encontrou evidências que as terapias protéticas podem aumentar o consumo de alimentos, entretanto observou melhoras no conforto oral, na qualidade de vida e na preservação da via oral de alimentação.

McCord & Grant, em 2000, propuseram um guia de avaliação clínica do paciente e de suas próteses totais. Os autores consideram que os profissionais odontológicos deveriam tratar holisticamente os pacientes, desde parâmetros relacionados à confecção das próteses e das condições anatômicas, físicas e psicológicas dos mesmos. Foi utilizado um questionário a respeito das percepções do paciente e do cirurgião-dentista, da retenção, do selado periférico, da extensão da borda, do relacionamento entre arcos, dos dentes artificiais, da aparência, do rebordo e dos tecidos de suporte. As respostas se limitaram a classificar em “aceitável” ou “não aceitável”. Segundo os autores, embora esse questionário parecesse prolixo, seria de grande valia se incorporado à rotina dos profissionais da área.

Pinelli, em 2001, avaliaram o efeito da qualidade técnica no grau de satisfação de pacientes portadores de próteses totais bimaxilares. Foi aplicado um questionário a 170 pacientes a respeito dos dados pessoais, o histórico das próteses, a satisfação com relação à aparência, a retenção, a habilidade em mastigar, a habilidade no paladar, a fala e o conforto. Os fatores relacionados à satisfação permitiram classificar os 110 indivíduos em satisfeitos e 60 em insatisfeitos com suas próteses. Para a análise da qualidade em prótese total, 16 fatores foram examinados clinicamente e quantificados, por meio de um índice numérico, seguindo o estudo de Sato (1998). Somente seis mostraram-se influentes na determinação da qualidade, adaptação, estabilidade e retenção da prótese mandibular, oclusão, articulação e retenção da prótese superior. A autora concluiu que a qualidade das próteses interferiu no grau de satisfação do paciente.

Fenlon *et al.*, em 2002, entrevistaram 459 pacientes (262 mulheres com idade média de 70,9 anos e 197 homens com idade média de 71,8 anos) usuários de próteses totais, visando avaliar a concordância da percepção dos pacientes sobre a estabilidade das próteses antigas e das novas, graduando-as de 1 a 4 em “muito ruins” a “muito boa”. Os autores concluíram que houve concordância entre a avaliação dos dentistas e dos pacientes, e que as

próteses pré-existentes foram classificadas como ruins e as novas como muito boas.

Shinkai *et al.*, em 2002, estudaram a relação entre a qualidade da prótese e a performance mastigatória. A amostra desse estudo foi de 54 usuários de próteses totais, 26 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, com idades de 54 a 77 anos. A qualidade das próteses maxilares e mandibulares foram avaliadas por três critérios técnicos (retenção, estabilidade e dentes), padronizados em uma escala de dois pontos (0 = sem problemas; 1 = com problemas). Os escores variaram de “0” a “6”, classificando a qualidade das próteses em: boas para os escores de “0” a “1”, em médias para escores de “2” a “3” e ruins para os escores de “4” a “6”. O desempenho mastigatório foi avaliado com questionamentos aos pacientes. Segundo os resultados, o grupo que tinha as próteses classificadas como “boas” apresentava expressivo desempenho mastigatório comparativamente às próteses “médias” e “ruins”. Os autores não encontraram relação entre a habilidade mastigatória e os fatores referentes à performance mastigatória e à qualidade das próteses. O estudo não evidenciou diferença entre a qualidade da dieta e a qualidade técnica das próteses, e sugere que usuários de próteses totais de boa qualidade não têm, necessariamente, melhores dietas que os de próteses mal adaptadas ou comprometidas.

Anastassiadou *et al.*, em 2002, propuseram a validação de um critério definido como Avaliação Funcional de Prótese (AFP), proposto para avaliação da qualidade e a construção de um escore em prótese total. Concordaram em participar do estudo 131 pacientes dos 150 selecionados, com 62 do sexo masculino e 69 do sexo feminino, com idades de 44 a 84 anos e próteses com até 40 anos de uso, 67% com menos de seis anos, 10% de seis a 10 anos e 23% com mais que 10 anos. O tempo de desdentados variou extensamente, sendo a idade média de 20 anos e 10% dos indivíduos com 30 ou mais anos. O exame para qualidade das próteses, AFP, contemplaram cinco fatores de análise e 10 itens, que foram: espaço funcional livre, dimensão vertical de repouso, oclusão, articulação, retenção das próteses superiores e

estabilidade das próteses superiores e inferiores. O espaço funcional livre e a dimensão vertical de repouso foram calculados com a prótese inferior na boca e as próteses classificadas em “adequadas” ou “inadequadas”. A oclusão e a articulação em “balanceada” ou “com desvio”. A retenção da prótese superior, por sua vez, foi analisada observando a resistência à remoção vertical, o controle lingual e a pressão sobre as incisais dos dentes superiores anteriores e denominadas de “resistência adequada” ou “sem resistência”. Para a estabilidade superior, avaliou-se o deslocamento lateral e a oscilação durante a pronúncia, sendo classificado como “sem” ou “com deslocamento” e em “com” ou “sem movimento” à pronúncia. A estabilidade inferior foi avaliada quanto ao deslocamento e a movimentação à pronúncia. Desses 10 itens avaliados, sete influenciaram na qualidade das próteses totais, exceto a oclusão, a articulação e o controle lingual da prótese superior, o que necessita de maiores investigações em estudos posteriores. Segundo os autores, houve concordância entre os examinadores, apesar de três itens terem contribuído de forma inexpressiva. A validação desse índice se concretizará em estudos posteriores.

Bortoli *et al.*, em 2003, propuseram avaliar a autopercepção da situação bucal e a sua relação com o indicador subjetivo de impactos das condições bucais na qualidade de vida em 38 adultos, com idade de 46 a 73 anos. A coleta das informações foi realizada com a aplicação de dois questionários de avaliação em saúde bucal respondidos pelos participantes na presença dos examinadores. Em um dos questionários, as respostas foram graduadas de 0-4 com “0” para péssima percepção de saúde bucal, e “4” para excelente percepção de saúde bucal. Enquanto no segundo questionário, as respostas “muito freqüente” e “pouco freqüente” receberam valores “0”, se havia impacto na qualidade de vida e respostas do tipo “ocasionalmente”, “nunca” e “quase nunca” recebiam o valor “1”, se inexistia impacto da condição de saúde bucal. Os resultados indicam que 42,1% dos indivíduos consideraram sua saúde bucal como regular e 44,7% a consideraram boa. Com relação ao segundo questionário, 60,5% da população estudada não apresentou impacto das condições bucais em sua qualidade de vida. Dessa

forma, concluiu-se que os indicadores subjetivos podem ser utilizados como um instrumento complementar da avaliação das condições de saúde bucal, e dos indicadores clínicos, uma vez que conseguem captar as necessidades relatadas pelos indivíduos.

Fenlon & Sherriff, em 2004, investigaram a qualidade das próteses totais novas e a satisfação dos pacientes por meio de questionários contendo dados a respeito da retenção, da estabilidade, da mastigação e do conforto. A avaliação foi realizada um dia após a instalação das próteses, três meses e dois anos após o seu uso. Participaram 417 pacientes, 230 do sexo feminino, com idade média de 69,8 anos e 187 do sexo masculino, com idade média de 69.2 anos. A primeira avaliação foi realizada através de entrevista e as demais via correio. Após a coleta dos dados, foi verificado que a qualidade clínica inicial das próteses, não foi fator significativo para determinar o nível de satisfação dos pacientes diferentemente do observado após os três meses de uso. Na avaliação de dois anos após sua instalação, a retenção e a estabilidade diminuíram, por outro lado a capacidade mastigatória e o conforto aumentaram. Logo, a qualidade da prótese total encontrada em períodos próximos à sua instalação não foi fator determinante para o nível de satisfação dos pacientes e a sua permanência na avaliação de anos de uso.

Ribeiro, em 2004, estudou 154 pacientes desdentados totais bimaxilares, portadores de prótese total dupla convencional, independente do sexo e da idade. Os pacientes deveriam ter suas próteses atuais, no mínimo, há um ano. A metodologia foi realizada por dois pesquisadores, um responsável por realizar o exame de sinais e sintomas de DTM, e outro, por realizar a avaliação da qualidade da prótese. Os pacientes foram questionados a respeito do tempo de uso das próteses atuais, e, em função desse aspecto, divididos em três grupos: o de 1 a 5 anos de uso, o de 5 a 10 anos e o de mais de 10 anos. A avaliação da qualidade das PTs foi baseada no trabalho de Sato *et al.* (1998), que propõem a análise de 16 fatores que julgam necessários para a avaliação, contudo, a forma como essas variáveis foram analisadas seguiu o protocolo preconizado na disciplina de Prótese Total da Faculdade de

Odontologia de Araraquara-UNESP e a literatura consultada. Para fins de comparação entre grupos e para aplicação do teste estatístico, neste trabalho, as próteses totais classificadas como boas foram consideradas satisfatórias e aquelas classificadas como regulares e ruins, foram consideradas insatisfatórias. A amostra, neste trabalho, foi composta por 154 indivíduos, sendo 78 (50,6%) classificados com qualidade de prótese satisfatória e 76 (49,4%) classificados com prótese insatisfatória. Os resultados sugerem que não houve evidência estatística de associação entre a qualidade da prótese total e o nível de sintomas e sinais clínicos de DTM.

Oliveira & Frigeiro., em 2005, realizaram um estudo comparativo entre pacientes portadores de Próteses Totais Mucossuportadas e Implantorretidas (PTMUSIR) e Próteses Totais Convencionais (PTC), para avaliar o risco de desnutrição, a oclusão, a dimensão vertical de oclusão (DVO), a habilidade mastigatória e a satisfação com as próteses. Participaram da pesquisa 40 pacientes, funcionalmente independentes autônomos, desdentados totais bimaxilares. Eles foram submetidos ao teste nutricional, exame clínico e entrevista. Para avaliar o risco de desnutrição aplicou-se o teste Mini Avaliação Nutricional (MNA), composto por 18 questões objetivas. O exame clínico foi realizado por ficha clínica contendo questões objetivas a respeito da qualidade da prótese (dimensão vertical e oclusão); questões subjetivas sobre a habilidade mastigatória e a satisfação do paciente. Ao analisarem os resultados, os autores concluíram que os pacientes portadores de PTC têm maiores riscos à desnutrição e menor habilidade mastigatória do que os portadores de PTMUSIR. E ainda, a qualidade funcional e a satisfação com as próteses apresentaram-se positivas nos dois tipos de próteses.

Nakamae *et al.*, em 2006, avaliaram a retenção de próteses totais antigas e novas, relacionando-as com características morfo-funcionais da área basal e com o nível de aceitação das próteses novas pelos pacientes. Participaram do estudo 14 pacientes, cooperativos, com estados de saúde geral e local adequados e sítio de adaptação das próteses totais sem qualquer lesão. A avaliação das próteses novas foi feita em três tempos: na instalação

das próteses totais, uma semana e entre um e dois meses de preservação. Os autores utilizaram uma ficha clínica contendo itens que julgaram influenciar na retenção e no grau de satisfação dos pacientes com suas próteses totais (novas e antigas), tais como: avaliação visual da área basal, avaliação das retenções vertical anterior, laterais direita e esquerda e póstero-anterior, avaliação da retentividade milohiodea, posição do limite posterior das próteses em relação às fovéolas palatinas, características do rebordo alveolar e consistência da fibromucosa de revestimento. As alternativas propostas na ficha eram convertidas em escores, a fim de possibilitar a avaliação. O grau de satisfação do paciente com a retenção da prótese foi calculado subjetivamente a partir da análise do paciente em uma escala de 0 (zero) a 100 (cem). As próteses antigas possuíam idade média de 15 anos. Os resultados sugerem com relação à retenção influenciada, na maxila, pelo tipo de rebordo paralelo, consistência resiliente da fibromucosa e, na mandíbula, pela forma oval, tamanho do rebordo e retentividade milo-hióidea. Por fim, foi verificada uma evolução positiva no grau de satisfação do primeiro dia para o segundo mês, não havendo relatos de insatisfação com as próteses novas.

Prado *et al.*, no ano de 2006, avaliaram a função mastigatória e verificaram a influência da qualidade e do tempo de uso das próteses, por meio de testes objetivos e subjetivos, em 36 indivíduos, sendo 21 reabilitados com próteses totais mucossuportadas consideradas adequadas (66,7%) ou boas (33,3%). A qualidade da prótese foi mensurada segundo o Índice de Kapur que as denomina em boa ou adequada. O tempo de uso das próteses foi dividido em mais de seis anos (61,9%) ou menos de seis anos (38,1%). As próteses avaliadas no presente estudo foram consideradas como “boa” ou “adequada” em relação à retenção e estabilidade, em contrapartida os pacientes obtiveram resultados insatisfatórios no teste de trituração dos alimentos. Isso leva os autores a refletir sobre o assunto, pois neste e em outros estudos da literatura se verificam resultados não esperados. Relatam ainda, que o profissional de odontologia não deve superestimar os efeitos funcionais da melhora da qualidade das próteses e, assim, orientar seus pacientes sobre expectativas irreais sobre os benefícios de novos tratamentos quanto à melhora de sua

performance mastigatória. Por fim, concluem que não houve relação entre a avaliação objetiva da qualidade das próteses e a performance mastigatória dos pacientes.

Cabrini *et al.*, em 2008, verificaram a influência do tempo de uso das próteses totais atuais sobre sete fatores relacionados à qualidade das mesmas. Para tanto, selecionaram, 166 pacientes totalmente edêntulos usuários de próteses totais bimaxilares, 112 mulheres (67,5%) e 54 (32,5%) homens, com idade média de 65,3 anos. Eles foram separados em três grupos (A, B e C) de acordo com o tempo de uso de suas próteses (tempo de uso menor ou igual a cinco anos, de cinco a 10 anos e maior que 10 anos, respectivamente). Para a avaliação da qualidade das próteses foram analisados sete fatores, em conformidade com o estudo de Sato (1998), os quais se atribuíram escores 1, 2 e 3 (ruim, regular e boa, respectivamente) e, quando feita a conversão, a soma dos valores variou de 0 (zero) a 100 (cem). Os resultados mostraram que 73 (44%) pacientes utilizavam as próteses totais por até cinco anos (Grupo A), 23 (14%) as utilizavam há mais de cinco anos e menos de 10 anos (Grupo B) e 70 (42%) pacientes utilizavam as próteses há mais de 10 anos (Grupo C). Com relação à qualidade, 53 (32%) pacientes possuíam próteses totais de boa qualidade, 54 (32,5%) pacientes possuíam próteses regulares e 59 (35,5%) pacientes estavam com as suas próteses classificadas como ruins. Os autores concluíram que o tempo de uso influencia na qualidade geral das próteses totais e reforçam a importância da avaliação individual das próteses levando em consideração a capacidade adaptativa dos idosos e as suas dificuldades ao acesso dos tratamentos odontológicos. Os itens que mais sofreram influência foram: cor e forma dos dentes (estética), retenção e estabilidade das próteses inferiores e por fim as relações oclusais.

3. PROPOSIÇÃO



3 PROPOSIÇÃO

Validar a pertinência dos itens a serem analisados a fim de formular o instrumento de avaliação protética.

4. MATERIAIS E MÉTODO



4 MATERIAIS E MÉTODO

A metodologia desse estudo envolveu algumas etapas, que ocorreram na seguinte seqüência:

- 4.1 Elaboração primária do Instrumento;
- 4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Avaliadores
- 4.3 Análise preliminar;
- 4.4 Adequação do Instrumento após a análise dos docentes internos;
- 4.5 Análise secundária;
- 4.6 Adequação do Instrumento após a análise dos docentes externos;
- 4.7 Elaboração Final do Instrumento.

4.1 Elaboração primária do Instrumento

Os pesquisadores envolvidos criaram, inicialmente, um instrumento de trabalho baseado em questões que consideraram importantes sobre a avaliação da qualidade das próteses removíveis totais (PRT's), de acordo com os princípios e fundamentos da Disciplina de Prótese Removível da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – FOUFU. O Instrumento contemplou questões subdivididas em cinco grupos (A, B, C, D e E). O Grupo A abordava questões relacionado à anamnese e avaliações subjetivas do paciente. O Grupo B e C relacionavam as questões sobre estrutura física e funcional da base e dos dentes artificiais, respectivamente. O Grupo D incluía questões acerca do relacionamento maxilo-mandibular. O Grupo E, por fim, correlacionava as questões dos demais grupos denominado de “tomada de decisão”.

Os critérios de avaliação relacionados à base foram analisados, separadamente, àqueles dos dentes, visando o planejamento de tratamentos conservadores, uma vez que os desajustes podem ocorrer isoladamente com o tempo de uso. Os dados contidos no Instrumento seguem a seguinte seqüência:

4.1.1 Anamnese

Neste tópico foram abordadas perguntas a respeito da procedência do paciente, queixa principal, história médica e odontológica atual e locais de incômodos freqüentes. As respostas foram colocadas em tópicos objetivos, na maioria dos casos. O grupo de questões recebeu denominação de “Grupo A”.

4.1.2 Avaliações subjetivas do paciente

Utilizaram-se de questionários (**Anexo I**) publicados na literatura, com aplicação na avaliação subjetiva da habilidade mastigatória (Budtz Jorgensen *et al*, 2000) satisfação com a prótese (Carlsson *et al.*, 1967; Bergman e Carlsson, 1985), com respostas dicotômicas, “sim” e “não”. E, ainda, a escala analógica visual (Prado *et al.*, 2006) para observar na escala de 0 a 10 o nível de satisfação do paciente com as suas próteses. As respostas foram assinaladas pelo examinador respeitando a opinião do paciente. E foram tabuladas recebendo o termo “Grupo A”, juntamente com as questões anteriores.

4.1.3 Estrutura Física e Funcional da Base

Avaliaram-se oito fatores a respeito da base de uma PRT, que foram: trauma à mucosa, fratura, reparo (conserto ou reembasamento), retenção, estabilidade, extensão, espessura e estética da PRT, que receberam a denominação de “Grupo B”.

4.1.3.1 Fratura

A fratura da base sendo um fator indicativo de troca de PRT foi colocada no início do instrumento, com o intuito de descartar a possibilidade de manutenção da prótese e quando presente questionou-se a sua localização. Este dado pode ser utilizado para orientar ao paciente sobre os cuidados com o manuseio de sua prótese, a fim de evitar tais problemas. E, ainda, auxilia o profissional na investigação de falhas no planejamento da oclusão e articulação dessas próteses.

4.1.3.2 Traumas

Os traumas podem acometer a área basal ou tecidos que envolvem a área de assentamento da PRT. São locais de incômodo que levam o paciente a não utilizar a prótese devendo, portanto, ser investigados. Foram avaliados de acordo com a sua origem, região e extensão. Vale ressaltar que há vários fatores que podem gerar um trauma à mucosa de pacientes usuários de PRTs, como: sobreextensão, irregularidades internas, compressão da base protética sobre os tecidos devido a contatos prematuros entre outros.

4.1.3.3 Reparos

O número, a frequência e o tipo de material utilizado no reparo, quando presente, sejam por consertos ou reembasamentos, foram considerados, pois são indícios de falha ou acidente com a PRT. Com esses dados será possível um melhor planejamento e plano de tratamento às próteses em uso.

4.1.3.4 Retenção e estabilidade

A retenção e a estabilidade são fatores imprescindíveis para a avaliação de PRT. Foram avaliados em valores de 0 a 3, a partir o Índice de Kapur, descrito abaixo:

Quadro I – Fatores de 0 a 3 para avaliação da retenção e estabilidade Fonte: Índice de Kapur (Kapur, 1967).

SCORE	RETENÇÃO	ESTABILIDADE
0	Nenhuma retenção: quando a prótese posicionada na boca se desloca sozinha.	Nenhuma estabilidade: quando sob pressão a prótese demonstra extremo balanço sobre suas estruturas de suporte.
1	Retenção mínima: quando a prótese oferece leve resistência à tração vertical e nenhuma resistência à força lateral.	Pouca estabilidade: quando sob pressão a prótese apresenta balanço moderado sobre suas estruturas de suporte.
2	Retenção moderada: quando a prótese oferece resistência moderada à tração vertical e pouca ou nenhuma resistência à força lateral.	Estabilidade suficiente: quando sob pressão a prótese apresenta mínima ou nenhum balanço sobre suas estruturas de suporte.
3	Retenção boa: quando a prótese oferece máxima resistência à tração vertical e resistência suficiente à força lateral.	

4.1.3.5 Extensão

Avaliou-se a extensão da PRT superior e inferior respeitando as referências anatômicas.

4.1.3.5.1 Extensão anatômica da PRT superior: região palatina posterior, sulco hamular ou pterigopalatina, linha de união palato duro e mole e fundo de vestibulo contornando as inserções musculares;

4.1.3.5.2 Extensão anatômica da PRT inferior: região da linha oblíqua externa, área do triângulo retromolar, área do freio lingual, linha milo-hioidea e fundo de vestibulo contornando as inserções musculares.

Dessa forma, foram classificadas em sobreextensão, quando não respeitavam esses limites anatômicos estando além dos mesmos; extensão ideal, quando respeitavam os limites anatômicos; e subextensão, quando a PRT estava aquém desses limites anatômicos.

4.1.3.6 Espessura

A espessura, por sua vez, foi classificada em espessa, espessura ideal e delgada. Considerou-se a avaliação da espessura da PRT pela medida que foi obtida na região palatina ou lingual e do flange lateral da base.

4.1.3.7 Estética

Julgou-se a estética a partir da escultura e caracterização da base (bossas, fossas, sulco horizontal) em satisfatória quando houvesse realizado a escultura e caracterização da base da PRT e insatisfatória quando não houvesse a escultura e a caracterização da base da PRT.

4.1.4 Estrutura Física e Funcional dos Dentes

Avaliaram-se quatro fatores a respeito dos dentes artificiais das PRTs em uso, que foram: fratura, abrasionamentos, estética e fonética. Nos resultados estas avaliações foram qualificadas dentro do “Grupo C”.

4.1.4.1 Fratura

A fratura dental foi avaliada segundo a sua extensão se parcial ou total. E, ainda, a ocorrência de avulsão do dente artificial.

4.1.4.2 Abrasionamento

O abrasionamento foi classificado em desgaste severo, quando havia comprometimento de cúspides funcionais; em dentes com desgaste moderado, quando não havia comprometimento de cúspides funcionais; e dentes em bom estado de conservação, quando não havia desgastes.

4.1.4.3 Estética

Para avaliação do fator estética observou-se os seguintes itens: cor, forma, tamanho, posição, disposição e alinhamento dos dentes. A cor, forma e tamanho foram classificadas em satisfatória e insatisfatória. A posição dentária foi avaliada a partir de referências anatômicas do lábio e da língua (superior-anterior: altura do lábio, idade e tonicidade do lábio; inferior-anterior: altura do lábio, idade, tonicidade do lábio e ponta da língua; inferior-posterior: metade da altura da língua) e referência funcional (superior-anterior: pronúncias dos fonemas “F” e “V”). A posição dentária, dessa forma, poderia ser classificada de três maneiras: há dente(s) fora de posição, contudo não compromete(m) o resultado final estético e funcional; há dente(s) fora de posição, contudo compromete(m) o resultado final estético e funcional; não há dente(s) fora de posição. A disposição dos dentes no arco dentário da PRT foi verificada individualmente, avaliando a naturalidade, a aparência do paciente e o corredor bucal. A partir dessa análise a disposição dentária foi classificada em: há dente(s) fora do eixo, contudo não compromete(m) o resultado final; há dente(s) fora do eixo, contudo compromete(m) o resultado final; não há dente(s) fora do eixo. Por último, avaliou-se o alinhamento dos dentes em relação à crista do rebordo seguindo a regra de Pound: para obter um alinhamento ideal uma linha tangente inicia no contato mesial do canino inferior, com a distal do incisivo lateral, tangenciando a face lingual dos dentes posteriores inferiores. Mediante a

observação dessa regra, o alinhamento pode ser vestibularizado, normal ou lingualizado.

4.1.4.4 Fonética

Utilizou-se o teste da pronúncia de palavras com sons em “F” e “V”. À pronúncia desses sons o lábio inferior deve tocar suavemente as incisais dos dentes anteriores superiores. Nesse sentido, a fonética foi considerada satisfatória, quando não houve alteração no teste fonético; e insatisfatória, quando houve alteração no teste fonético.

Todos os fatores foram avaliados para a PRT superior e inferior. E ao término da avaliação, o examinador teve as seguintes opções com relação à situação dos dentes da PRT: as características analisadas sugerem manutenção ou troca dos dentes da prótese em análise, respeitando ou modificando a posição, a disposição, o alinhamento e a oclusão.

4.1.5 Avaliação da relação maxilo-mandibular

A relação maxilo-mandibular é definida a partir da avaliação da oclusão, posição de fechamento de boca e dimensão vertical (DV).

4.1.5.1 Oclusão

A oclusão foi definida pela marcação dos contatos oclusais, observando a distribuição de contatos puntiformes em pontas de cúspides funcionais e próximos de fossas e sulco principal em cúspides não funcionais. Classificou-se a oclusão em: satisfatória, quando houve marcação bilateral nos contatos desejados, sem contato prematuro e/ou deflectivo; e insatisfatória, quando não houve marcação bilateral nos contatos desejados, sem contato prematuro e/ou deflectivo.

4.1.5.2 Posição de fechamento de boca

A posição de fechamento de boca pode ser em oclusão cêntrica (OC), relação cêntrica (RC) ou em habitual (MIH).

4.1.5.3 Dimensão Vertical

A DV foi qualificada de três maneiras: dimensão vertical aumentada, reduzida ou ideal.

Por fim, o examinador assinalou uma das opções sobre a situação do relacionamento entre os arcos: as características analisadas sugerem manutenção da DV, quando o padrão de oclusão ou as características analisadas sugerem alterações na DV. E as respostas foram tabuladas e denominadas de “Grupo D”.

4.1.6 Tomada de decisão

Neste tópico finaliza-se a avaliação da qualidade de PRT superior e inferior optando pelo reparo ou a troca da PRT superior e/ou inferior. Em situações que a “tomada de decisão” definir pelo reparo, as alternativas do documento serão: conserto do dente, conserto da base, reembasamento mediato por preenchimento, reembasamento mediato por remonta, reembasamento imediato. Nas demais situações definem-se pela confecção de novas PRT superior e/ou inferior. A esse grupo atribuiu-se a denominação de “Grupo E”.

4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Avaliadores

Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos docentes foram respectivamente:

4.2.1 Critérios de Inclusão:

1. Pertencer a uma Instituição de Ensino Superior cadastrada no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP;
2. Ser docente a pelo menos cinco anos;
3. Ter titulação mínima de Mestrado;
4. Pertencer ao departamento/área da Reabilitação Oral.

4.2.2 Critérios de Exclusão:

Não fizeram parte do processo, os docentes que não atenderem os critérios de inclusão.

4.3 Análise preliminar

Nesta etapa o Instrumento elaborado pelos pesquisadores deste estudo, foi entregue, pessoalmente, a nove docentes da Área de Prótese Removível, Oclusão, Dentística e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, que foram denominados por “docentes internos”. A partir de uma lista de 20 docentes, que satisfaziam os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo, nove foram selecionados, por sorteio, e convidados a serem avaliadores do documento proposto. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**Anexo II**) foi lido e assinado pelos docentes. Dando continuidade, entregaram-se os documentos em envelope lacrado e etiquetado ao docente destinatário, contendo no seu interior dois documentos, sendo eles: o questionário formulado e intitulado por Instrumento de Avaliação Protética (IAP); e manual de instruções aos docentes denominado por “Manual de Orientações para análise” (**Anexo III**), contendo as diretrizes para a avaliação de acordo com a abrangência e a pertinência das questões levantadas no IAP (**Quadro II**). O prazo estipulado para a devolução desses documentos preenchidos foi de 30 dias, podendo estender por mais 15 dias, quando solicitado pelo participante.

Quadro II – Classificação das questões quanto a sua pertinência e abrangência.

Pertinência	Abrangência
0- ausente	
1- pertinente	a- insuficiente
	b- regular
	c- suficiente

Legenda:

- 0-** Não se correlaciona com o tema e, portanto, deve ser excluída;
- 1a-** Se correlaciona com o tema, mas seu conteúdo é bastante incompleto e necessita de muita complementação;
- 1b-** Se correlaciona com o tema, mas seu conteúdo é incompleto e necessita de pouca complementação;
- 1c-** Se correlaciona com o tema e o seu conteúdo está completo e adequado.

4.4 Adequação do instrumento após a análise dos docentes internos

Mediante a tabulação das notas (0, 1a, 1b ou 1c) e das sugestões obtidas pela participação dos docentes internos será realizada uma adequação de conteúdo, forma e quantidade nas questões propostas no instrumento inicial. Os critérios para essas adequações estão descritos abaixo:

- 1-** Adequarão os itens em que a maioria absoluta classificou como 1a e 1b;
- 2-** Serão excluídas quando classificadas como 0 (zero);
- 3-** Serão mantidas sem adequação quando receberem classificação 1c;
- 4-** As sugestões pertinentes serão acatadas para a reformulação dos dados.

4.5 Análise secundária

Nesta etapa foram convidados professores de outras Faculdades de Odontologia denominados por “docentes externos”. O convite foi feito, num primeiro momento, por meio de telefone e/ou email à Coordenação de Curso de Odontologia solicitando os dados dos professores que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão. Em outro momento, encaminhou-se o *e-mail* ao docente, com o resumo e o convite de participação no projeto.

Foram convidadas, assim, 68 Universidades em todo o território brasileiro, a partir dos dados cadastrados no Instituto Nacional de Ensino e Pesquisas Educacionais - INEP. Após o convite aguardou-se um prazo de 15 dias para a resposta do aceite de participação. Aos *e-mails* e/ou telefones sem respostas repetia-se o convite após esse prazo. Após os participantes estarem

de acordo com o TCLE (**Anexo II**), enviaram-se os documentos por correio, via malote da FOUFU. Os envelopes foram etiquetados e endereçados aos docentes convidados, contendo no seu interior: um envelope etiquetado e endereçado para devolução; e o Instrumento para a análise juntamente com os documentos do **Anexo III**. O prazo para a devolução foi estipulado em 30 dias, podendo se estender por mais 15 dias, quando solicitado pelo participante. A análise interna será realizada em uma única etapa. Dessa forma, o Instrumento ficou pronto para ser adequado e finalizado pelos pesquisadores.

4.6 Adequação do instrumento após a análise dos docentes externos

A partir da análise individual das notas dadas às questões e com a análise das sugestões o instrumento recebeu uma nova adequação. Os pesquisadores respeitaram os critérios de adequação expostos anteriormente (item **4.4**) e, ainda, contaram com a liberdade em adequar o conteúdo em forma e quantidade das questões.

4.7 Elaboração Final do Instrumento

A elaboração do Instrumento de Avaliação Protética – IAP (**Anexo IV**) conta com 29 questões a respeito de 24 fatores sobre o paciente e as características da qualidade de uma PRT, divididos em Grupo A, B, C e D e E. O escore de 0 a 2 foi sugerido aos fatores do Grupo B, C e D. A soma e validação destes escores serão possíveis após a aplicação deste documento. Os fatores e o método de aplicação e análise de cada um deles estarão dispostos no **Quadro III** do **Anexo IV**. Essas abordagens serão apresentadas na Discussão.

ESTATÍSTICA

No presente estudo, os dados coletados foram analisados segundo estatística descritiva utilizando-se, para tanto, frequência e percentual dos dados observados. As Tabelas foram confeccionadas com o auxílio do *software* Microsoft Excel[®] (2003).

5. RESULTADOS



5 RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com a participação de avaliadores internos e externos à FOUFU, os quais contribuirão significativamente para a elaboração final do Instrumento de Avaliação Protética.

Para uma melhor elucidação dos dados foram elaboradas tabelas. Essas estão dispostas a seguir.

Na **Tabela 1**, está descrita a relação dos docentes internos e externos que foram convidados e que efetivamente participaram da pesquisa. Dos 23 docentes que avaliaram o questionário, 7 (77.8%) foram internos e 16 (11.8%) externos à FOUFU.

Tabela 1. Relação de docentes internos e externos à FOUFU, em número absoluto e porcentagem, de convidados, aceites e participantes deste estudo.

NÚMERO DE DOCENTES			
	Convidados	Aceites	Participantes
Docentes internos	9 (100%)	9 (100%)	7 (77.8%)
Docentes externos	136 (100%)	45 (33.1%)	16 (11.8%)
Total	145 (100%)	54 (37.2%)	23 (15.9%)

Fonte: Dados da pesquisa

A distribuição e localização geográfica de todas as instituições, as quais os docentes externos convidados estão vinculados está disposta na **Tabela 2 (Anexo V)**.

Na **Tabela 3** ilustra-se a distribuição geográfica das Faculdades de Odontologia (FO), exceto a FOUFU, que efetivamente participaram desse estudo, ou seja, que analisaram as questões propostas no documento e devolveram as “cartas-respostas”. De acordo com os resultados, dos 24 estados brasileiros selecionados, cinco participaram: São Paulo, Distrito Federal, Goiás, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. O estado de São

Paulo obteve o maior índice de participação com 8 (50%) “cartas-respostas”. O estado de Goiás veio na sequência com 4 (25%).

Tabela 3. Distribuição das Faculdades de Odontologia e docentes externos, em número absoluto e porcentagem, de acordo com a localização geográfica de sua Instituição.

LOCALIZAÇÃO	FACULDADES DE ODONTOLOGIA			DOCENTES EXTERNOS	
	INEP	Selecionadas	Participantes	Cartas enviadas	Cartas devolvidas
São Paulo	59 (75.6%)	10 (50.0%)	5 (45.4%)	19 (61.2%)	8 (50.0%)
Goiás	3 (3.9%)	2 (10.0%)	2 (18.2%)	7 (22.6%)	4 (25.0%)
Distrito Federal	4 (5.1%)	3 (15.0%)	2 (18.2%)	2 (6.5%)	2 (12.5%)
Rio Grande do Norte	2 (2.6%)	1 (5.0%)	1 (9.1%)	2 (6.5%)	1 (6.25%)
Rio Grande do Sul	10 (12.8%)	4 (20.0%)	1 (9.1%)	1 (3.2%)	1 (6.25%)
Total	78 (100%)	20 (100%)	11 (100%)	31 (100%)	16 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

As avaliações dos docentes respeitaram a graduação sugerida no **Quadro II (Anexo III)**, onde as notas variaram de 0, 1a, 1b a 1c. As Tabelas 4-7 ilustram a Avaliação preliminar das questões dos Grupos A, B, C, D e E.

Na **Tabela 4** observa-se a avaliação dos docentes internos de 17 questões do Grupo A (Anamnese e Questionários sobre a opinião do paciente), dentre as quais a maioria recebeu nota 1c. As questões 1-4 receberam a maior porcentagem das notas 1b, o que demonstra a necessidade de complementação de seu conteúdo. As questões de número 5 a 17, em contrapartida, receberam a maior porcentagem de notas 1c, ou seja, os avaliadores acreditam que essas questões não necessitam de complementação de seu conteúdo. As questões 3 e 11 não receberam resposta por um dos avaliadores

Tabela 4. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo A, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Grupo	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
A	1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)
A	2	0 (0.0%)	0(0.0%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)
A	3	0 (0.0%)	0(0.0%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)
A	4	2 (28.6%)	0(0.0%)	3 (42.8%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)
A	5	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	6	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	7	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	8	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	9	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	10	2 (28.6%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
A	11	1 (14.3%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	3 (42.8%)	1 (14.3%)
A	12	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	13	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0 (0.0%)
A	15	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
A	16	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85,7%)	0 (0.0%)
A	17	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85,7%)	0 (0.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

As questões de 1 a 12 são relacionadas à base da PRT (Grupo B) e os resultados estão ilustrados na **Tabela 5**. As questões 1 e 10 receberam o maior percentual de notas 1b e as demais obtiveram, em sua maioria, notas 1c. Merece ênfase a questão 8, que recebeu 6 notas 1c e uma “sem resposta”, o que demonstrou alta concordância entre os avaliadores com relação à pertinência e abrangência.

Tabela 5. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo B, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Grupo	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
B	1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (57.1%)	3 (42.8%)	0 (0.0%)
B	2	1 (14.3%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	3 (42.8%)	0 (0.0%)
B	3	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
B	4	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
B	5	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
B	6	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
B	7	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
B	8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (85,7%)	1 (14.3%)
B	9	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
B	10	0 (0.0%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)
B	11	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
B	12	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Na **Tabela 6** está descrito as questões relacionadas aos dentes da PRT (Grupo C). A questão de número 1 não recebeu avaliação por nenhum dos avaliadores e, portanto, foi considerada como “sem resposta”, de acordo com a tabela abaixo. As demais questões foram avaliadas como satisfatórias (1c).

Tabela 6. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo C, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Item	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
C	1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)
C	2	0 (0.0%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
C	3	0 (0.0%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
C	4	1 (14.3%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	3 (42.8%)	0 (0.0%)
C	5	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
C	6	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
C	7	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	6 (85.7%)	0 (0.0%)
C	8	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
C	9	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
C	10	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)
C	11	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)
C	12	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados das questões do Grupo D e E estão demonstrados na **Tabela 7**. As questões 1 e 2 não foram avaliadas por um dos docentes. Mediante esses resultados as questões foram mantidas no formato original, exceto nos casos com sugestões pertinentes

Tabela 7. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo D e E, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes internos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Grupo	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
D	1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)
D	2	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	3 (42.8%)	1 (14.3%)
D	3	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	6 (85.7%)	0 (0.0%)
D	4	0 (0.0%)	1 (14.3%)	3 (57.1%)	3 (42.8%)	0 (0.0%)
E	1	0 (0.0%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Nas Tabelas 8-12 está descrita a Avaliação secundária das questões dos Grupos A, B, C, D e E.

Os resultados da **Tabela 8** apontam que das oito questões propostas para avaliar a Anamnese e a opinião do paciente, 2 (questão 2 e 3) necessitaram adequação de conteúdo (resposta 1b) e as demais estavam com o conteúdo completo (resposta 1c). Nenhuma das questões ficaram sem resposta.

Tabela 8. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo A, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES			
Grupo	Número	0	1ª	1b	1c
A	1	0 (0.0%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	13 (81.2%)
A	2	0 (0.0%)	5 (31.3%)	7 (43.7%)	4 (25.0%)
A	3	1 (6.3%)	3 (18.7%)	7 (43.7%)	5 (31.3%)
A	4	0 (0.0%)	2 (12.5%)	3 (18.7%)	11 (68.8%)
A	5	0 (0.0%)	3 (18.7%)	6 (37.5%)	7 (43.7%)
A	6	1 (6.3%)	4 (25.0%)	2 (12.5%)	9 (56.2%)
A	7	0 (0.0%)	4 (25.0%)	0 (0.0%)	12 (75.0%)
A	8	1 (6.3%)	5 (31.3%)	3 (18.7%)	7 (43.7%)

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados contidos na **Tabela 9** representam as notas dadas pelos docentes externos às questões de 1 a 12 do Grupo B, que receberam o maior percentual de nota 1c. Nesse grupo nenhuma das questões ficaram sem resposta.

Tabela 9. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo B, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES			
Grupo	Número	0	1ª	1b	1c
B	1	0 (0.0%)	2 (12.5%)	4 (25.0%)	10 (62.5%)
B	2	0 (0.0%)	2 (12.5%)	3 (18.7%)	11 (68.7%)
B	3	0 (0.0%)	3 (18.7%)	3 (18.7%)	10 (62.5%)
B	4	0 (0.0%)	1 (6.3%)	6 (37.5%)	9 (56.2%)
B	5	0 (0.0%)	4 (25.0%)	4 (25.0%)	8 (50.0%)
B	6	0 (0.0%)	2 (12.5%)	3 (18.7%)	11 (68.7%)
B	7	1 (6.3%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	11 (68.7%)
B	8	0 (0.0%)	3 (18.7%)	2 (12.5%)	11 (68.7%)
B	9	1 (6.3%)	5 (31.2%)	1 (6.3%)	9 (56.2%)
B	10	0 (0.0%)	4 (25.0%)	2 (12.5%)	10 (62.5%)
B	11	1 (6.3%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	11 (68.7%)
B	12	1 (6.3%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	11 (68.7%)

Fonte: Dados da pesquisa

A análise sobre os dentes (**Grupo C**) pode ser verificada na **Tabela 10**, em que as questões de 1 a 12 foram avaliadas. A maioria das respostas recebeu notas 1c e apenas a questão de número 1 ficou sem uma das respostas.

Tabela 10. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo C, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Grupo	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
C	1	0 (0.0%)	2 (12.5%)	3 (18.7%)	10 (62.5%)	1 (6.3%)
C	2	0 (0.0%)	2 (12.5%)	1 (6.3%)	13 (81.2%)	0 (0.0%)
C	3	0 (0.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
C	4	0 (0.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
C	5	0 (0.0%)	2 (12.5%)	1 (6.3%)	13 (81.2%)	0 (0.0%)
C	6	0 (0.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
C	7	0 (0.0%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
C	8	0 (0.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
C	9	0 (0.0%)	2 (12.5%)	4 (25.0%)	10 (62.5%)	0 (0.0%)
C	10	0 (0.0%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
C	11	1 (6.3%)	3 (18.7%)	2 (12.5%)	10 (62.5%)	0 (0.0%)
C	12	1 (6.3%)	1 (6.3%)	4 (25.0%)	10 (62.5%)	0 (0.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados da **Tabela 11** são semelhantes ao da tabela anterior, uma vez que as questões do **Grupo D** obtiveram notas 1c pela maioria dos avaliadores e as questões 4 e 5 obtiveram somente 14 respostas.

Tabela 11. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo D, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Grupo	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
D	1	0 (0.0%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)
D	2	1 (6.3%)	4 (25.0%)	2 (12.5%)	9 (56.2%)	0 (0.0%)
D	3	0 (0.0%)	3 (18.7%)	2 (12.5%)	11 (68.7%)	0 (0.0%)
D	4	2 (12.5%)	3 (18.7%)	0 (0.0%)	9 (56.2%)	2 (12.5%)
D	5	2 (12.5%)	4 (25.0%)	1 (6.3%)	7 (43.7%)	2 (12.5%)

Fonte: Dados da pesquisa

As notas obtidas nas questões 1-3, do **Grupo E**, estão indicadas na **Tabela 12**. Nesta observa-se ausência de resposta por dois avaliadores e notas 1c de maneira expressiva, o que está elucidado na questão 3.

Tabela 12. Distribuição dos valores dados a cada questão do Grupo E, em número absoluto e porcentagem, pela avaliação dos docentes externos.

REFERÊNCIA DAS QUESTÕES		VALORES DAS QUESTÕES				
Grupo	Número	0	1a	1b	1c	Sem resposta
E	1	0 (0.0%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	10 (62.5%)	2 (12.5%)
E	2	0 (0.0%)	3 (18.7%)	1 (6.3%)	10 (62.5%)	2 (12.5%)
E	3	0 (0.0%)	3 (18.7%)	0 (0.0%)	11 (68.8%)	2 (12.5%)

Fonte: Dados da pesquisa

Na **Tabela 13** estão descritas as modificações em número, forma e conteúdo realizadas após as etapas, que antecederam a formulação do instrumento de trabalho.

Tabela 13. Relação do número de questões e fatores do Instrumento de Avaliação Protética durante as etapas de sua elaboração.

Grupo	NÚMERO DE QUESTÕES			NÚMERO DE FATORES		
	Preliminar	Secundária	Final	Preliminar	Secundária	Final
A	17 (37.0%)	8 (20.0%)	6 (17.7%)	5 (21.8%)	6 (23.1%)	6 (24.0%)
B	12 (26.1%)	12 (30.0%)	11(32.3%)	8 (34.8%)	10 (38.5%)	11 (44.0%)
C	12 (26.1%)	12 (30.0%)	9 (26.5%)	4 (17.4%)	4 (15.4%)	4 (16.0%)
D	4 (8.7%)	5 (12.5%)	3 (8.8%)	3 (13.0%)	3 (11.5%)	3 (12.0%)
E	1 (2.1%)	3 (7.5%)	5 (14.7%)	3 (13.0%)	3 (11.5%)	1 (4.0%)
Total	46 (100.0%)	40 (100.0%)	34 (100.0%)	23 (100.0%)	26 (100.0%)	25 (100.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

6. DISCUSSÃO



6 DISCUSSÃO

Uma preocupação considerada relevante foi à forma de apresentação dos dados, o que influenciou na alteração do número de questões e fatores estudados. Ao revisar a literatura, não observamos concordância entre os investigadores, quanto à classificação ou agrupamento desses fatores. Nos livros textos básicos de um modo geral, o assunto é tratado superficialmente (Schreinemakers J, 1965; Tamaki, 1983; Grant AA, 1994) e logo, não identificamos nenhuma abordagem completa. Dessa forma, os critérios adotados para a avaliação dos fatores foram baseados na Disciplina de Prótese Removível da FOUFU. A forma de apresentação desses critérios foi articulada, para simplificar o seu entendimento e aplicação.

Os resultados obtidos na avaliação preliminar demonstraram que a maioria das questões estavam adequadas com relação à sua pertinência e abrangência, uma vez que as questões foram pontuadas em sua maioria absoluta com notas “1c”. Isto sugere que as questões não necessitavam de formulações, contudo algumas alterações foram sugeridas pelos avaliadores, entre elas alguns questionamentos sobre a abordagem e a metodologia de aplicação do instrumento.

Os estudos de Yoshizumi, 1964; Carlsson, 1967; Chamberlain *et al.*, 1984; Bergman & Carlsson, 1985; Vervorn *et al.*, 1987; Slagter *et al.*, 1982; Sato *et al.*, 1998; Fenlon *et al.*, 1999; Anastassiadou *et al.*, 2002; Shinkai *et al.*, 2002 e Pace-Balzan, 2008 propõem um método de avaliação da qualidade de PRT, que não contemplam a opinião do paciente, o que é fundamental para o exame e o diagnóstico das PRTs segundo Bergman & Carlsson (1972) e McCord & Grant (2000). Da mesma forma, não abordam a tomada de decisão em manter, reparar ou substituir as PRTs após a avaliação de sua qualidade. O levantamento bibliográfico foi importante para a compreensão dos erros e acertos a respeito do estudo proposto. O conhecimento dos fatores, que são relevantes à avaliação qualitativa de uma PRT, e o respeito à individualidade dos pacientes auxiliaram no direcionamento da formulação do instrumento de trabalho.

Relatos literários sobre a satisfação do paciente com os fatores funcionais de sua PRT e a sua aparência são facilmente encontrados (Langer

et al, 1961; Carlsson, 1967; Chamberlain *et al*, 1984; Davis *et al*, 1986; Sato *et al.*, 1989; Fenlon *et al*, 1999; McCord & Grant, 2000; Nakamae *et al*, 2006). Em avaliações sobre a qualidade de PRTs, a satisfação do paciente deve ser considerada em conjunto com a análise física e funcional da prótese, visando obter dados mais conclusivos, tais como os apresentados nesse estudo.

Os tratamentos conservadores em PRTs visam mantê-las por meio de reparos, substituição da base ou dos dentes mantendo ou modificando o aspecto original. Ao considerar esse princípio, propusemos uma abordagem fragmentada dos fatores e critérios relacionados à qualidade das próteses (**Quadro II-Anexo IV**). Acreditamos que essa maneira de exposição facilita a compreensão e o manuseio do instrumento, o que está de acordo com os estudos de Sato *et al.* (1998) e McCord & Grant (2000).

A formulação do Instrumento de Avaliação protética, IAP somente foi possível devido a participação de outros profissionais vinculados a Cursos de Odontologia com experiências em ensino e pesquisa. Entretanto, o número de docentes externos participantes foi inferior ao esperado (**Tabela 1**). Atribuiu a isso à forma de contato via *e-mail*, pois inúmeros contatos de coordenadores e/ou docentes estavam com cadastros defasados no INEP ou no site da Instituição de ensino. Assim, o número reduzido de colaboradores foi um fator limitante ao estudo.

O Estado de São Paulo teve o maior número de docentes com respostas, o que se explica pela concentração dos cursos de Odontologia nesse estado, como pode ser observado no cadastro do INEP (**Tabela 3**).

O IAP, por conseguinte, foi elaborado após duas adequações baseadas na análise e sugestões dos docentes e na literatura revisada (Bergman & Carlsson, 1964; Yoshizumi, 1964; Kapur, 1967; Slagter *et al.*, 1982; Bernier *et al.*, 1984; Bergman & Carlsson, 1985; Vervvorn *et al.*, 1987; Pinsent & Laird, 1989; Mazurat, 1992; Sato *et al.*, 1998; Fenlon *et al.*, 1999; McCord & Grant, 2000; Anastassiadou *et al.*, 2002; Nakamae *et al*, 2006; Pinelli *et al.*, 2008; Pace-Balzan, 2008). As questões “sem resposta” e/ou “sem sugestões” não contribuíram com as modificações, pois se apresentaram em número reduzido e demonstraram esquecimento do avaliador durante o preenchimento e até mesmo ausência de resposta dentre as propostas para a questão.

A quantidade de questões e fatores do instrumento inicial ao final modificou-se em função das adequações ocorridas, visando um documento abrangente, mas objetivo e sucinto. **(Tabela 13)**, conforme o documento proposto e quantificado por Sato *et al.* (1998) para avaliações quantitativas em PRTs, no qual observaram que a confiabilidade dos resultados está inversamente proporcional ao número de fatores.

Os avaliadores solicitaram o acréscimo do tópico tempo de uso da prótese, uma vez que a literatura relata decréscimo da qualidade da prótese em função desse fator sem, contudo, estimar precisamente a sua vida útil (Bergman *et al.*, 1964; Yoshizumi, 1964; Mazurat, 1992; Leles *et al.*, 1999^a; Pinelli *et al.*, 2008). Da mesma maneira, sugeriram a exclusão da questão sobre a procedência do paciente, o que foi atendido, uma vez que o fator possuía pouca pertinência com o estudo.

As alterações no Grupo B foram definidas mediante as sugestões dos avaliadores, uma vez que os resultados demonstraram que as questões propostas estavam com bom índice de pertinência e abrangência. Acresceu-se, assim, os fatores trincas, textura de superfície, retenção dinâmica e parâmetros para a mensuração e classificação da espessura, o que foi possível por complementar o pensamento inicial desse estudo e estar em conformidade com o estudo de Carrilho (1999), que observou que em próteses com espessura de 2mm os efeitos deletérios da temperatura são menores comparados a próteses com espessuras inferiores.

Nas questões do Grupo D, as correções foram realizadas buscando melhorar o entendimento das idéias expostas, visto que em conteúdo estavam satisfatórias. Ao final de duas adequações, o número de alternativas alterou-se para: (1) manutenção da relação de oclusão; (2) correção da relação de oclusão por ajuste ou mudança no posicionamento do arco dentário superior e/ou inferior e (3) não foi possível a correção.

O tópico final “tomada de decisão” também sofreu algumas readequações estruturais, modificando as alternativas para: (1) manutenção da prótese superior e/ou inferior sem reparos; (2) manutenção da prótese superior e/ou inferior com reparos (consertos e/ou reembasamentos); e (3) troca da prótese superior, inferior ou ambas. Esse ítem encontra-se situado na parte final do IAP visando integrar o somatório de análises que o antecedem. Estas

foram transportadas para o grupo de questões “E” com o intuito de facilitar a decisão em manter, reparar ou substituir as PRTs.

As respostas do Grupo B, C e D do IAP, receberam escalas de dois e três pontos, buscando criar parâmetros de medida específicos aos fatores. Vervorn *et al.* (1987) já mencionava sobre as dificuldades encontradas na comparação de diferentes fatores com a mesma escala de medida. Bergman *et al.* (1964) e Rise (1979), por sua vez mencionaram sobre as vantagens do uso das escalas de dois pontos na investigação de fatores sobre próteses totais, acreditando ser mais didático. Enquanto outros (Kapur, 1967; Sato *et al.*, 1998, Fenlon *et al.*, 1999, 2002 e 2004; Pace-Balzan *et al.*, 2008) utilizaram em suas avaliações escalas com mais de dois pontos.

Vale lembrar, por fim, que esse estudo foi uma etapa inicial e a aplicação desse instrumento de trabalho, IAP, em pacientes desdentados totais usuários de PRT bimaxilar se concretizará em estudo futuros, de forma complementar. A formulação de escores e escalas possibilitará uma análise quantitativa e padronizada na tomada de decisão em manter ou substituir as PRTs. Embora não concluída, essa etapa é fundamental, a fim de evitar influências advindas da experiência clínica do examinador, o que poderia comprometer na fidelidade da avaliação.

7. CONCLUSÃO



7 CONCLUSÃO

O estudo em questão permitiu a seguinte conclusão:

1- A formulação do Instrumento de Avaliação Protética ocorreu em função da pertinência dos itens analisados pelos docentes internos e externos.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS*

1. Agerberg G & Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. **Acta Odontol Scand.** 1981; 39: 147-53.
2. Anastassiadou V, Naka O, Heath MR, Kapari D. Validation of indices for functional assessment of dentures. **Gerodontology.** 2002; 19 (1): 46-52.
3. BRASIL. Ministério da Saúde-Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003-Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasil, zona urbana e rural. **Ministério da Saúde:** 2004. 51p.
4. http://www.cfo.org.br/download/relatorio_SB_brasil_2003.pdf
5. Bergman BO & Carlsson GE. A longitudinal two-year study of a number of full denture cases. **Acta Odontol Scand.** 1964; 22: 3-26.
6. Bergman BO & Carlsson GE. Review of 54 complete denture wearers patient's opinions 1 year after treatment. **Acta Odontol Scand.** 1972; 30 (4): 399-414.
7. Bergman BO & Carlsson GE. Clinical long-term study of complete denture wearers. **J Prosthet Dent.** 1985; 53 (1): 56-61.
8. Bernier S, Shotwell J, Razzoog M. Clinical evaluation of complete denture therapy: Examiner consistency. **J Prosthet Dent.** 1984; 51 (5): 703-8.
9. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Association between oral health perception and subjective and clinical indexes: A study of adults from a third age continued education group. **Biol. Health Sci.** 2003; 9 (3/4): 55-65.
10. Boucher CO. The current status of prosthodontics. **J Prosthet Dent.** 1960; 10 (3): 411-25.
11. Budtz-Jorgensen E, Chung J P, Mojon P. Successful aging – the case for prosthetic therapy. **J Public Health Dent.** 2000; 60 (4): 308-12.

*De acordo com a Norma da FOUFU, baseado nas Normas de Vancouver. Abreviaturas dos periódicos com conformidade com Medline (Pubmed).

12. Cabrini J, Fais LMG, Compagnoni MA, Mollo-Júnior FA, Pinelli LAP. Wear time and the quality of the complete dentures – a critical analysis. **Cienc. Odontol. Bras.** 2008; 11 (2): 78-85.
13. Carlsson GE. Otterland A, Wennström A. Patient factors in appreciation of complete dentures. **J Prosthet Dent.** 1967; 17 (4): 322-8.
14. Carlsson GE. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. **J Prosthet Dent.** 1998; 79 (1): 17-23.
15. Carrilho E. Influência do método de polimerização, da espessura da base e da presença de dentes na adaptação de próteses totais superiores. **[Dissertação]** Piracicaba: FOP – UNICAMP; 1999.
16. Chamberlain BB, Razzoog ME, Robinson E. Quality of care: Compared perceptions of patient and prosthodontist. **J Prosthet Dent.** 1984; 52 (5): 744-6.
17. Compagnoni MA & Milian Silveira A. Estudo sobre as condições das próteses totais utilizadas pelos pacientes. **Odontol. Clín.** 1995; 5: 111-4.
18. Davis EL. Albino JE, Tedesco LA, Portenoy BS, Ortman LF. Expectation and satisfaction of denture patients in a university clinic. **J Prosthet Dent.** 1986; 55 (1): 59-63.
19. de Baat C, van Aken AA, Mulder J, Kalk W. “Prosthetic conditions” and patients’judgement of complete dentures. **J. Prosthet Dent.** 1997; 78: 472-8.
20. Fenlon MR, Sherriff M, Walter JD. Comparison of patients appreciation of 500 complete dentures and clinical assessment of quality. **Eur J Prosthodont Rest Dent.** 1999; 7 (1): 11-4.
21. Fenlon MR & Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patient’s satisfaction with and use of dentures after two years. **Journal of Dentistry.** 2004; 32:327-33.
22. Fenlon MR, Sherriff M, Walter, JD. Agreement between clinical measures of quality and patient’s rating of fit of existing and new complete dentures. **Journal of Dentistry.** 2002; 30:135-9.
23. Gordon SR. Measurement of oral status treatment need among subjects with dental prostheses: Are the measures less reliable than the prostheses? Part I: Oral status in removable prosthodontics. **J Prosthet Dent.** 1991; 65 (5): 664-8.

24. Heartwell Júnior CM. Complete denture failures related to improper interpretation and improper preparation of the anatomy of the mouth. **Dent. Clin. North Am.** 1972; 16:127:44.
25. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: **IBGE**. 2002; 97p.
26. Kalk W, de Baat C, Kaandorp A. Comparison of patients'views and dentists'evaluations 5 years after complete denture treatment. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1991; 19(4): 213-6.
27. Kapur KK. A clinical evaluation of denture adhesives. **J Prosthet Dent**. 1967 Dec; 18 (6): 550-8.
28. Langer A, Michman J, Seifert I. Factors influencing satisfaction with complete dentures in geriatric patients. **J Prosthet Dent**. 1961; 11 (6): 1019-1031.
29. Lang BR. A review of traditional therapies in complete dentures. **J Prosthet Dent**. 1994; 72 (5): 538-42.
30. Leles CR, Nakaoka MM, Souza RF, Compagnoni MA. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte I – Avaliação subjetiva e queixas dos pacientes. **Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos**. 1999^a; 2 (1): 61-6.
31. Leles, CR *et al*. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte II. Tempo de uso e estimativa de durabilidade. **Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos**. 1999^b; 2: 49-56.
32. Mazurat RD. Longevity of partial, complete and fixed prostheses: A literature review. **Journal**. 1992; 58 (6): 500-4.
33. McCord JF & Grant AA. Complete dentures: a introduction. **British Dental J**. 2000; 188 (7): 373-4.
34. McCord JF & Grant AA. Clinical assessment. **British Dental J**. 2000; 188 (7): 375-80.
35. Mersel A & Mann J. Denture quality: nutrition and sociodemographic factors. **Spec. Care Dentist**. 1986; 1986:231-2.
36. Mojon P & MacEntee MI. Discrepancy between need for prosthodontic treatment and complaints in an elderly edentulous population. **Community Dent. Oral Epidemiol**. 1992; 20: 48-52.

37. Morstad AT & Petersen AD. Postinsertion denture problems. **J Prosthet Dent.** 1968; 19 (2): 126-33.
38. Nakamae AEM, Cunha EFS, Tamaki R, Guarneri TC. Avaliação da retenção de próteses totais bimaxilares em função das características da área basal. **Rev Pos Grad.** 2006; 13 (1): 69-76.
39. Oliveira TRC & Frigeiro MLMA. Avaliação nutricional e protética de pacientes senescentes desdentados – estudo comparativo entre pacientes portadores de próteses totais mucoso-suportadas-implanto-retidas e próteses totais convencionais. **Rev Pos Grad.** 2005; 12 (2): 255-63.
40. Pinelli LAP. Avaliação do grau de satisfação e da qualidade das próteses totais em pacientes portadores de dentaduras. **[Doutorado]** Araraquara: FO – UNESP; 2001.
41. Pinsent RH & Laird WRE. The development of criteria for the assessment of complete dentures. **Community Dental Health.** 1989; 6: 329-36.
42. Prado MMS, Borges TF, Prado CJ, Gomes VL, Neves FD. Masticatory function of subjects rehabilitation with conventional complete denture. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** 2006; 6 (3): 259-66.
43. Ribeiro RA. Influência da qualidade das próteses totais na prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular. **[Doutorado]** Araraquara: FO – UNESP; 2004.
44. Rise J. An approach to epidemiologic assessment of complete dentures. **Acta Odontol. Scand.** 1979; 37:57:63.
45. Sato Y, Minagi S, Akagawa Y, Nagasawa T. An evaluation of chewing function of complete denture wearers. **J Prosthet Dent.** 1989; 62 (1): 50-3.
46. Sato Y, Tsuga K, Akagawa Y, Tenma H. A method for quantifying complete denture quality. **J. Prosthet. Dent.** 1998; 80(1): 52-7.
47. Shinkai RSA, Hatch JP, Rugh JD, Sakai S, Mobley CC, Saunder MJ. Dietary intake in edentulous subjects with good and poor quality complete dentures. **J Prosthet Dent.** 2002; 87 (5): 490-8.
48. Silva SRC & Fernandes RAC. Self-perception of oral health by the elderly. **Rev Saúde Pública.** 2001; 35 (4): 349-55.
49. Slagter AdP, Olthoff LW, Bosman F, Steen WHA. Masticatory ability, denture quality, and oral conditions in edentulous subjects. **J Prosthet Dent.** 1992; 68 (2): 299-307.

50. Vervvoorn JM, Duinkerke ASH, Luteijn F, Bouman TK, Van de Poul ACM. Reproducibility of an assessment scale of denture quality. **Community Dent. Oral Epidemiol.** 1987; 15(4): 209-10.
51. Yoshizumi DT. An evaluation of factors pertinent to the success of complete denture service. **J Prosthet Dent.** 1964; 14 (5): 866-78.

OBRAS CONSULTADAS

1. Grant AA, Health JR, McCord JF. Prótese Odontológica Completa – Problemas, Diagnóstico e Tratamento. 1^a. edição, Espanha; 1994. 143p.
2. Schreinemakers J. La Logica em la protesis completa. Artes Gráficas Soler: Valencia Espanha; 1965. p. 110 – 1
3. Soares CJ. Teses e Dissertações – Manual de Normalização da FOUFU. Uberlândia. 2005.
4. Tamaki T. Dentaduras completas. 4^a ed. São Paulo: Sarvier; 1983. 252 p

ANEXOS



Anexo I.

Universidade Federal de Uberlândia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Mestrado em Odontologia - Reabilitação Oral

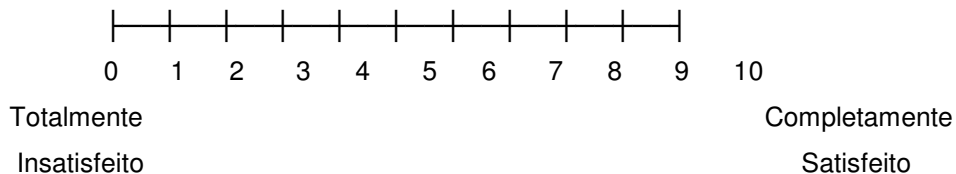
Questionários sobre habilidade mastigatória, Escala analógica visual e Questionário sobre a satisfação atual da prótese.

1. Habilidade Mastigatória (HM)

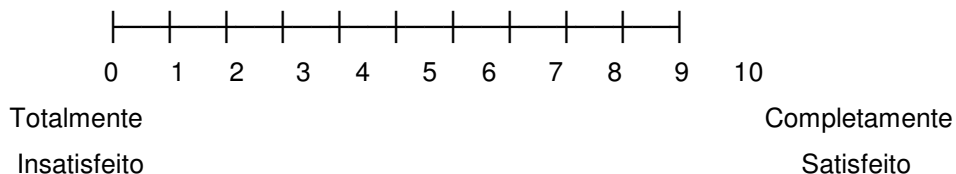
- 1.1 Consegue alimentar bem com a sua prótese? sim não
1.2. Consegue mastigar tudo o que gosta de comer? sim não
1.3. Consegue comer cenoura crua, amendoim ou carne sim não
1.4. Tem alterado sua alimentação por causa da PRT? sim não
1.5. Você tem dieta somente macia? sim não

2. Escala Analógica Visual (EVA)

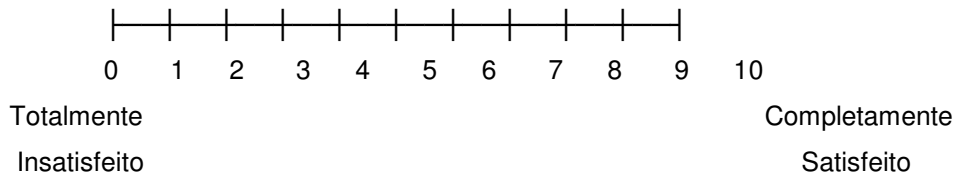
Questão 1 - Você está satisfeito com sua prótese superior?



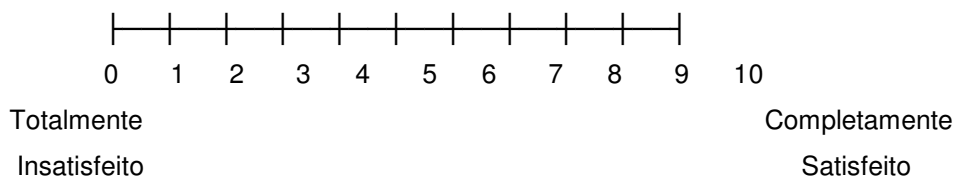
Questão 2 - Você está satisfeito com sua prótese inferior?



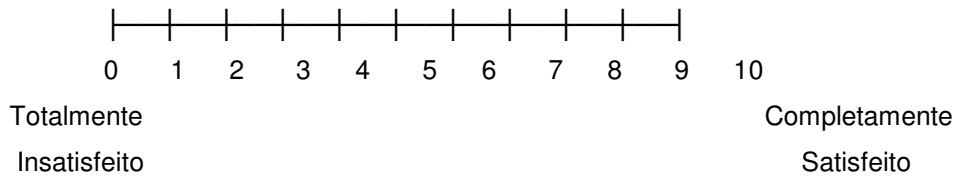
Questão 3 - Você está satisfeito com a estabilidade/retenção de suas próteses?



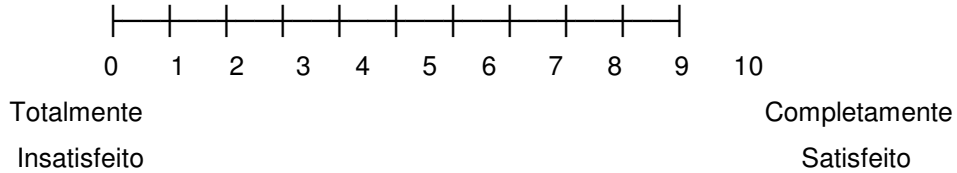
Questão 4 - Você está satisfeito com a estética das suas próteses?



Questão 5 - Como você avalia sua capacidade de mastigar os alimentos?



Questão 6- Você consegue falar sem dificuldade?



3. Satisfação com a PRT atual

- 3.1. Consegue manter sorridente perto de outras pessoas? () sim () não
- 3.2. Está satisfeito com sua estética? () sim () não
- 3.3. Consegue dar gargalhada perto de outras pessoas? () sim () não
 - 3.3.1. a PRT superior movimentada () sim () não
 - 3.3.2. a PRT inferior movimentada () sim () não
- 3.4. Conversa com tranquilidade com outras pessoas? () sim () não
 - 3.4.1. a PRT superior movimentada () sim () não
 - 3.4.2. a PRT inferior movimentada () sim () não
- 3.5. Come perto de outras pessoas? () sim () não
- 3.6. Você tem dor ou algum desconforto em sua boca? () sim () não

Anexo II

Universidade Federal de Uberlândia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Mestrado em Odontologia - Reabilitação Oral

“Controle de qualidade de próteses removíveis totais mucossuportadas e/ou implantorretidas – Sistematização de um Instrumento de Avaliação Protética

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

(de acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia)

Com o intuito de realizar a pesquisa intitulada acima, gostaríamos de convidar V.Sa. a participar desta pesquisa, após estar ciente e esclarecida das etapas que envolvem este estudo. A pesquisa será realizada com o auxílio de professores da área de prótese removível das Universidades cadastradas no MEC e selecionadas de acordo com os critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Todas as etapas estarão sob a supervisão do Orientador Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves e co-orientador Prof. Dr. Vanderlei Luiz Gomes e da pesquisadora, mestranda em Odontologia, Vera Lúcia J dos Santos. Os pesquisadores se comprometerão a esclarecer todos os passos pertinentes à pesquisa que tem o objetivo de elaborar um documento para orientar e padronizar a avaliação e controle da qualidade de Próteses Removíveis Totais (PRT) mucossuportadas e/ou implantorretidas. A pesquisa possui as seguintes etapas: (1). Elaboração primária do Instrumento; (2). Análise preliminar; (3). Adequação do Instrumento após a análise dos docentes internos; (4). Análise secundária; (5). Adequação do Instrumento após a análise dos docentes externos. E finalmente o documento com a sua versão criada em conjunto com os sujeitos/colaboradores será encaminhado a todos os docentes comprometidos com esta pesquisa. Desta maneira, a sua participação far-se-á através da análise do documento, pré-elaborado pela equipe pesquisadora, e envio do mesmo de volta à origem apontando falhas e enviando sugestões que com certeza contribuirão para a melhor qualidade do documento e para a

obtenção de um protocolo que orientará e uniformizará a conduta dos profissionais em relação às próteses em uso.

A sua participação não implicará em um benefício direto a você, mas o resultado deste trabalho trará benefícios ao tratamento odontológico protético de indivíduos, que necessitam da modalidade de tratamento em foco, orientando a tomada de decisão em relação aos procedimentos necessários à manutenção (reparos) ou troca das próteses em uso.

Esclarecemos que as informações prestadas terão finalidade científica, sendo os seus resultados publicados em revistas ou livros relacionados à área de saúde, sendo mantida a sua privacidade pessoal (não serão revelados nomes, dados pessoais ou fotos que os identifiquem) e respeitada à legislação vigente. Você não terá nenhum ônus e ganho financeiro por participar desta pesquisa. Contudo, quando solicitado, os pesquisadores enviarão uma cópia do trabalho concluído. Você tem total liberdade de recusar a participar ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você, independente da fase em que se encontrarem os estudos. Se houver alguma dúvida a respeito dessa pesquisa, você poderá se comunicar com os responsáveis (telefones e *email* abaixo), a qualquer momento, mesmo após a conclusão do estudo. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia para obter outros esclarecimentos necessários. Obrigado por sua atenção e colaboração!

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do voluntário

CPF:

Pesquisador responsável: Prof. Dr Luiz Carlos Gonçalves

Pesquisadora executora: Vera Lúcia J dos Santos

Contatos:

Luiz Carlos Gonçalves ou Vera Lúcia J Santos: 34 3218-2419

***Email* para contato: vljs_18@hotmail.com**

Anexo III

**Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Mestrado em Odontologia-Reabilitação Oral**

Manual de Orientações para a Análise

Sr (a) Docente,

É com muita satisfação que o (a) convidamos a participar conosco deste projeto de pesquisa. E, portanto, nos sentimos honrados com o aceite. Adiante descreveremos, brevemente, os motivos que nos levaram a propor este trabalho, bem como os objetivos e etapas que realizaremos, facilitando, assim, o seu entendimento. Logo em seguida, virão algumas orientações acerca de como realizar a sua análise. Em caso de dúvidas, por favor, entrar em contato conosco. Vale lembrar que a sua resposta influenciará diretamente para a melhor qualidade do documento e para a obtenção de um protocolo que orientará e uniformizará a conduta dos profissionais em relação às próteses em uso.

Descrição do projeto

A grande maioria dos profissionais da odontologia acredita que, em média, a vida útil da prótese removível total (PRT) é de cinco anos. Estes indicam a substituição das PRT's após este período. Em contrapartida, há outros que o fazem baseados no fator queixa principal (QP), onde a vontade expressa do paciente em modificar ou manter a realidade bucal em que se encontra torna o motivo principal do diagnóstico e planejamento da PRT mucossuportada e/ou implantorretida. Os primeiros se justificam mediante o fator tempo, sendo que este promove o desgaste físico da prótese, envolvendo dentes artificiais e/ou base. Isto leva a falhas de retenção e estabilidade, aumento da possibilidade de traumas com desconforto ao paciente e redução da eficiência da PRT durante a realização de suas funções. Por sua vez, os segundos associam o fator tempo (qualidade da prótese) à uma análise clínica das características fisiológicas do paciente e que lhes conferem a possibilidade de realizar procedimentos mais conservadores

mantendo a prótese em uso. Diante das dificuldades em tomar esta decisão, torna-se fundamental que o cirurgião-dentista (CD) conduza esta questão com mais critérios, realizando minuciosa anamnese e exame clínico, levantando e relacionando os dados coletados à luz da QP em favoráveis ou desfavoráveis. Assim, o CD estará diante de fatos que o permite diagnosticar e planejar tratamentos mais coerentes com a realidade e reais necessidades individuais do paciente. Por esta razão, propõe-se nesse projeto a elaboração de um instrumento de trabalho, que englobe o maior número de dados, objetivando alicerçar a difícil tomada de decisão em manter ou substituir a PRT a partir da formulação de um instrumento de trabalho. Para tanto, realizar-se-á de acordo com algumas etapas: na primeira etapa os pesquisadores envolvidos criarão um documento com questões relativas à anamnese, questionários sobre habilidade mastigatória, escala analógica visual (EVA), satisfação com a prótese; e ainda, itens relevantes sobre a base, os dentes e a relação maxilomandibular da PRT. Desta forma, enviarão numa segunda etapa aos docentes internos (sujeitos/colaboradores) à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), que farão uma análise crítica a cerca do documento proposto. Em etapas consecutivas, os pesquisadores adequarão este documento e convidará outros docentes externos à FOUFU, o enviarão aos mesmos e novamente o adequará objetivando a criação de um instrumento de tomada de decisão em manter ou substituir a PRT com maior abrangência e pertinência.

Manual de Orientações ao docente

As questões abordadas serão analisadas, individualmente. Ao ler cada questão pontue-na, respeitando os critérios estabelecidos no **Quadro II**, classificando-as com relação a sua pertinência e abrangência.

Quadro II – Classificação das questões quanto a sua pertinência e abrangência.

Pertinência	Abrangência
0- ausente	
1- pertinente	a- insuficiente
	b- regular
	c- suficiente

Legenda:

0 - Não se correlaciona com o tema e, portanto, deve ser excluída;

1a- Se correlaciona com o tema, mas seu conteúdo é bastante incompleto e necessita de muita complementação;

1b- Se correlaciona com o tema, mas seu conteúdo é incompleto e necessita de pouca complementação;

1c- Se correlaciona com o tema e o seu conteúdo está completo e adequado;

Após assinalar as questões relacionadas acima, poderão, ainda, deixar sugestões de como alterar o item e/ou subitem das questões, para que ele possa ter melhor pertinência e abrangência. Os erros ortográficos e gramaticais também poderão ser descritos no campo destinado a sugestões. As suas sugestões poderão enriquecer este documento, portanto não deixe de pontuá-las.

Desde já agradecemos pela atenção e pronto atendimento. Ficaremos no aguardo do envio de sua resposta!

Contato

Mestranda Vera Lúcia J Santos

Email: vljs_18@hotmail.com

Fone: 34 3218 2419

Anexo IV

Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Mestrado em Odontologia-Reabilitação Oral

Número de identificação:

Quadro III – Instrumento de Avaliação Protética – IAP

Grupos	Fatores/ Questões	Classificação
A Entrevista	1- Queixa principal Questionar ao paciente sobre o motivo que o levou a procurar tratamento para a sua prótese, dando-lhe as seguintes opções:	Adaptação Função Conforto Estética
	2- Doenças sistêmicas Questionar ao paciente sobre doenças sistêmicas que podem influenciar na qualidade dos tecidos, na nutrição, na aceitação do paciente às próteses.	Doenças cardíacas Diabetes Neuropatias Outros
	3- Uso crônico de medicação Questionar ao paciente sobre o uso de medicamentos relacionados às alterações citadas na questão anterior.	Antihipertensivos Antidepressivos Antihemorrágicos Outros
	4- Tempo de uso da prótese Questionar ao paciente o tempo de uso das próteses removíveis totais e adequar aos intervalos.	1 a 2 anos 3 a 5 anos 6 a 9 anos 10 a 20 anos
	5- Exame clínico intraoral Avaliar a mucosa, os tecidos subjacentes as próteses, a fim de verificar locais de incômodos freqüentes.	
	6- Satisfação do paciente com as suas próteses Através da aplicação de um questionário em escala analógica visual que avalie com seis questões a satisfação do paciente com relação às funções das próteses em uso. .	Escala de 0 a 10 0- Totalmente insatisfeito 10- Completamente satisfeito
B Avaliação física e funcional da base	7- Fratura da base Avaliar a base em toda a sua superfície observando a presença de sinais físicos de fratura, bem como a presença do fragmento. Considerar fratura quando a base se romper originando fragmentos.	0- presente 1- ausente
	8- Trinca da Base Na ausência de sinais físicos de fratura, avaliar se há trincas. Considerar trinca como uma linha indicativa de fratura, contudo não há separação dos fragmentos da base.	0- presente 1- presente
	9- Textura da superfície interna Avaliar na superfície interna da base manualmente se há lisura .	0- áspera/ rugosa 1- lisa
	10- Injúrias na mucosa da área basal da prótese Somar as informações da queixa principal e exame intra-oral para definir dentro da área de suporte da prótese a origem de falhas e/ou acidentes que podem estar ocasionando injúrias à mucosa sobre a prótese.	0- presente 1- ausente
	11- Reparos na base Avaliar na superfície interna da base a presença de sinais físicos de reparos, como consertos e reembasamentos e questionar ao paciente o número de vezes.	0- presente (nro de vezes____) 1- ausente
	12- Retenção estática Seguir Índice de Kapur (Kapur, 1967).	0- nenhuma retenção 1- mínima retenção 2- retenção moderada 3- retenção boa

	13- Retenção dinâmica Seguir Índice de Kapur (Kapur, 1967).	0- nenhuma retenção 1- mínima retenção 2- retenção moderada 3- retenção boa
	14- Estabilidade Seguir Índice de Kapur (Kapur, 1967).	0- nenhuma estabilidade 1- pouca estabilidade 2- estabilidade suficiente
	15- Extensão da base Seguir os critérios de delimitação de área basal: Maxila – fundo de vestibulo contornando inserções musculares; sulco hamular ou pterigopalatino; linha de união palato duro e mole. Mandíbula – fundo de vestibulo contornando inserções musculares; linha oblíqua externa; trígono retromolar; linha oblíqua interna; freio lingual.	0- subextensão 1- sobrestensão 2- extensão adequada
	16- Espessura da base Usar um paquímetro para a medição da região palatina para a base da prótese superior e regiões laterais (vestibular e lingual) da prótese inferior.	0- delgada (< 2mm) 1- espessa (> 3mm) 2- espessura ideal (entre 2 e 3 mm)
	17- Estética da base Avaliar caracterização (cor) e escultura da base (bossas, fossas, sulco horizontal).	0- não aceitável 1- aceitável
C Avaliação física e funcional da base	18- Fratura dos dentes Avaliar nos dentes presentes na prótese se há sinais de fratura.	0- presente 1- ausente
	19- Nível de desgaste dos dentes 0- Desgaste total de cúspides e incisal 1- Desgaste em ponta de cúspides e borda incisal 2- Ausência de desgastes	0- desgaste severo 1- desgaste moderado 2- bom estado de conservação
	20- Estética Cor dos dentes anteriores superiores Selecionar uma cor da escala VITA que se encontra em harmonia com a face e a idade do paciente. Comparar com os dentes da prótese.	0- insatisfatório 1- satisfatório
	Forma dos dentes anteriores superiores Verificar a relação com o formato da face (redondo, triangular ou quadrado)	0- insatisfatório 1- satisfatório
	Tamanho dos dentes anteriores superiores Altura: linha alta do sorriso e lábio inferior. Largura: linha do canino	0- insatisfatório 1- satisfatório
	Posição dos dentes no arco superior e inferior Seguir os critérios de referência abaixo descritos: <u>Referência Anatômica (lábio e língua)</u> Superior- Anterior (altura do lábio, idade, tonicidade do lábio) Inferior- Anterior (altura do lábio, idade, tonicidade do lábio; ponta da língua) Inferior - Posterior (metade da altura da língua) <u>Referência Funcional</u> Superior-Anterior (pronúncias dos fonemas F e V)	0- há dente (s) fora de posição, e compromete o resultado estético e funcional 1- há dente (s) fora de posição, e não compromete o resultado estético e funcional 2- não há dente (s) fora de posição
	Disposição dos dentes no arco superior e inferior Verificar individualmente cada dente e avaliar a naturalidade e aparência do paciente.	0- há dente (s) fora do eixo, e compromete o resultado final 1- há dente (s) fora do eixo, e não compromete o resultado final 2- não há dente (s) fora do eixo
	Alinhamento dos dentes no arco superior e inferior Seguir os princípios da Regra de Pound e presença de corredor bucal adequado.	0- vestibularizado 0- lingualizado 1- alinhamento ideal
	21- Fonética Realizar testes com vocábulos com sons sibilantes e observar a pronúncia.	0- ruim 1- razoavelmente boa 2- boa
	D Avaliação funcional do relacionamento	22- Oclusão Utilizando papel carbono, marcar os contatos bilaterais e observar a uniformidade da distribuição dos pontos de contatos
23- Posição de registro de mordida Com o uso de papel carbono, marcar com cores diferentes a posição mandibular com e sem manipulação		0- Habitual 1- Oclusão Cêntrica 2- Relação Cêntrica

entre os arcos	24- Dimensão vertical Pelos métodos: métrico, deglutição, estético e fonético.	0- reduzida 1- aumentada 2- normal ou ideal
E Tomada de decisão	E1. Opinião do paciente:	_o paciente está totalmente insatisfeito com a PRT. _o paciente a está razoavelmente insatisfeito com a PRT. _o paciente está satisfeito.
	E2. Opinião do examinador sobre as questões do Grupo B	_PRT superior ou _PRT inferior Manutenção da base _Reembasamento imediato da base _Reembasamento mediato da base Troca da base
	E3. Opinião do examinador sobre as questões do Grupo C	_PRT superior ou _PRT inferior _Manutenção dos dentes, respeitando a estética e a oclusão. _Manter dentes modificando a estética e/ou oclusão. _Trocar dentes respeitando a estética e a oclusão. _Trocar dentes modificando a estética e a oclusão.
	E4. Opinião do examinador sobre as questões do Grupo D	_Manutenção da relação de oclusão _Correção da relação de oclusão _por ajuste _por mudança no posicionamento do arco dentário _arco superior _arco inferior _Não é possível a correção
	E5- Tomada de decisão Analisar as respostas dos itens E1, E2, E3 e E4.	Manutenção da prótese sem reparos _superior _inferior Manutenção da prótese com reparos _conserto do dente _reembasamento imediato _conserto da base _reembasamento mediato Troca da prótese _superior _inferior _ambas

Anexo V

Tabela 2. Distribuição geográfica das Faculdades de Odontologia cadastradas no INEP, selecionadas, com aceites de participação no estudo e participantes da avaliação do Instrumento de Avaliação Protética.

FACULDADES DE ODONTOLOGIA				
Estados	INEP	Selecionadas	Aceites	Participantes
São Paulo	59 (29.9%)	11 (16.9%)	6 (33.3%)	4 (40.0%)
Minas Gerais	23 (11.7%)	11 (16.9%)	5 (27.7%)	1 (10.0%)
Rio de Janeiro	25 (12.7%)	5 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Distrito Federal	4 (2.0%)	3 (4.6%)	2 (11.1%)	1 (10.0%)
Goiás	3 (1.5%)	2 (3.1%)	2 (11.1%)	2 (20.0%)
Tocantins	4 (2.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Paraná	14 (7.1%)	5 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Rio Grande do Sul	10 (5.1%)	4 (6.2%)	1 (5.6%)	1 (10.0%)
Santa Catarina	8 (4.1%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Espírito Santo	3 (1.5%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Bahia	6 (3.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Paraíba	2 (1.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Amazonas	7 (3.6%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sergipe	2 (1.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Piauí	4 (2.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Pernambuco	4 (2.0%)	2 (3.1%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
Maranhão	3 (1.5%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Ceará	3 (1.5%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Pará	2 (1.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Rio Grande do Norte	2 (1.0%)	1 (1.5%)	1 (5.6%)	1 (10.0%)

Alagoas	2 (1.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mato Grosso do Sul	3 (1.5%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mato Grosso	2 (1.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Rondônia	2 (1.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Total	197 (100%)	65 (100%)	18 (100%)	10 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa