

MÁRIO MARQUES FERNANDES

***ASPECTOS RELACIONADOS AO TEMPO DE
DURAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS À
LUZ DA REPARAÇÃO DE DANOS***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Biologia Buco Dental Área de Concentração em Odontologia Legal e Deontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior

PIRACICABA
- 2010 -

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª. / 8099

F391 a	<p>Fernandes, Mário Marques. Aspectos relacionados ao tempo de duração de trabalhos protéticos à luz da reparação de danos / Mário Marques Fernandes. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010.</p> <p>Orientador: Eduardo Daruge Júnior. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Longevidade. 2. Prótese dentária. 3. Odontologia Legal. 4. Conhecimento. I. Daruge Júnior, Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p> <p>(eras/fop)</p>
--------	--

Título em Inglês: Aspects related to the term of prosthetic work to damage repair
Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Longevity. 2. Dental prothesis. 3. Forensic dentistry. 4. Knowledge
Área de Concentração: Odontologia Legal e Deontologia
Titulação: Mestre em Biologia Buco-Dental
Banca Examinadora: Eduardo Daruge Júnior, José Roque Camargo, Luiz Franceschini Júnior
Data da Defesa: 02-08-2010
Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental

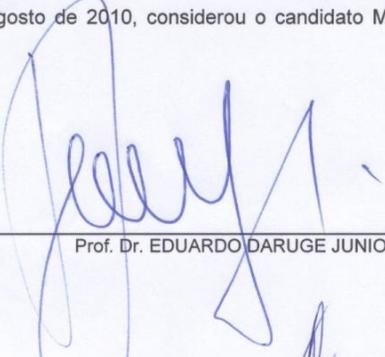
FOLHA DE APROVAÇÃO



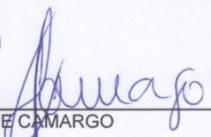
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



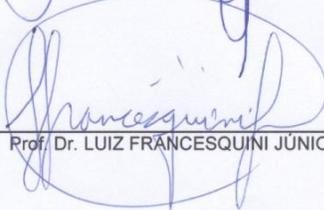
A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 02 de Agosto de 2010, considerou o candidato MÁRIO MARQUES FERNANDES aprovado.



Prof. Dr. EDUARDO DARUGE JUNIOR



Prof. Dr. JOSÉ ROQUE CAMARGO



Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR

DEDICO ESTE TRABALHO

A **Deus**, por estar ao meu lado, iluminando os caminhos e mantendo acesa minha fé.

A minha extraordinária família: **Claudia, Manoela e Henrique**, que sofreram calados nas minhas ausências em razão do curso e durante a elaboração deste trabalho, dedico apaixonadamente esta obra. Parafraseando o Rei Roberto Carlos digo-lhes lá do fundo do meu coração: eu tenho tanto para lhes falar!... Mas com palavras não sei dizer, como é grande o meu amor por vocês!

Dedico ainda:

Ao meu pai **Eng. Tito Marques Fernandes** (*In memoriam*), ainda que tenha nos deixado cedo, sempre esteve presente incentivando minhas atividades.

A minha mãe **Astrid Andersson Marques Fernandes**, por ter me engrandecido com o dom da firmeza nos traçados e habilidades manuais tão importantes nas atividades clínicas e periciais que desenvolvo.

A meu avô paterno **Dr. Mario Marques Fernandes** (*In memoriam*), que não cheguei a conhecer, mas espero que esteja vendo este momento tão importante na minha vida, e a minha avó paterna **Nilza Domingues Marques Fernandes**, por tornar realidade muitos dos meus sonhos, dando tranqüilidade, muito carinho e amor incondicional sempre.

Ao meu padrasto **Eng. Roberto Jung Maduell**, que desde as primeiras lições de matemática na mesa da cozinha até a física dos carrinhos de autorama, sempre me apoiou nas minhas batalhas. Agradeço muito pela paciência, dedicação e pelas acolhidas nos finais de semana entre as idas e vindas de Piracicaba.

Ao meu avô materno **Carlos Olof Andersson** (*In memoriam*) e a minha avó **Daysi Andersson**, que foram muito importantes durante minha infância e pré-adolescência, me dando conforto, carinho e amor, mas principalmente mostrando determinação, disciplina e organização na vida.

Aos meus maravilhosos sogros **Célia (Vovó Cecé)** e **Sérgio (Vovô Pimpo)**, bem como a minha querida cunhada **Luciana (Super Dinda)** por me aceitarem de braços abertos nessa maravilhosa família, pelo constante apoio e incentivo aos meus estudos, e pela tranqüilidade que proporcionaram nas ausências que não permitiram mais essas vezes, estar

junto no afável convívio dos finais de semana saboreando um gostoso bacalhau a “Gomes d’Célia”.

A minha irmã **Roberta**, e aos meus irmãos **Thiago**, **Érico** e **Heitor**, pelo estímulo constante, pela parceria nos jogos do Sport Club Intenacional, os quais me faziam “esfriar a cuca” durante este trabalho e me energizavam para continuar.

Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, pelas lutas e pela perseverança no ensino da Odontologia Legal. Sou grato pela sua capacidade de comunicação e diálogo. Agradeço por tudo que me ensinou até aqui. Com certeza, estar ao seu lado e aprender durante as aulas e atividades periciais foram uma experiência maravilhosa.

Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge Júnior**, pela confiança e estímulos que sempre me deu. Pessoas iluminadas transmitem conhecimento com maestria e bom humor. Agradeço por tudo e dedico esta obra, esperando poder partilhar de mais momentos agradáveis e seguir os seus passos por mais tempo.

Ao Prof. Dr. **Luiz Francesquini Júnior**, pelo seu talento, capacidade em ensinar e orientar os caminhos de seus alunos, ajudando, dando apoio e estímulo, com perseverança e sem medir esforços. Certamente eu não chegaria até aqui sem sua presença marcante ao meu lado nessa caminhada.

Ao Prof. Dr. **Jorge Paulette Vanrell**, meu parceiro, guia e mestre. Obrigado pelas oportunidades e pelos ensinamentos até aqui. Agradeço muito por tudo, destacando que me espelho na sua paixão em ensinar, transmitindo o conhecimento de forma clara e consistente.

Ao Prof. Dr. **Renato de Oliveira Rosa**, obrigado pelas oportunidades que me deu, seja nos momentos de confraternização ou como seu assistente pessoal nos trabalhos periciais. Deixo nestas breves linhas minha dedicatória e agradecimento.

Ao Prof. Dr. **Flávio Augusto Marsiaj Oliveira**, presidente da ABORS, agradeço por me agüentar enquanto meu odontopediatra, bem como pelas oportunidades e desafios que está me propondo. Espero cada vez mais estreitar os laços de amizade e trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Procurador-geral de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Exma. Sra. Dra. **Simone Mariano da Rocha**, pela liderança e obstinação com que guia o Ministério Público Gaúcho.

Ao Subprocurador-geral de Justiça para Assuntos Administrativos do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, Exmo. Sr. Dr. **Delmar da Luz Pacheco**, pela sensibilidade de permitir o crescimento pessoal a profissional de seus servidores.

Ao Coordenador do Serviço Biomédico da Procuradoria-geral de Justiça, Ilmo. Sr. **Kenman Corrêa Yung**, por há muito tempo estar ao meu lado, incentivando minhas convicções. Agradeço pela forma firme com que lidera nosso Serviço. Sempre me orgulhei de fazer parte de um time como o nosso. Obrigado por acreditar em mim e pela concessão de poder realizar mais este sonho.

Aos meus queridos colegas de Gabinete Odontológico, Dr. **Rafael Bender Carpena de Menezes de Oliveira** e Dra. **Mara Rosângela de Oliveira**, pelo incentivo de sempre, parceria, diálogo, paciência, bom humor diário e por sempre se fazerem presentes durante minhas ausências em razão do Mestrado. Se não fossem vocês, mais essa conquista não seria possível.

A Dra. **Giovana Casaccia**, pelo exemplo nos ideais acadêmicos, parceria de muitos anos no consultório, pelos encaminhamentos mútuos, pela possibilidade do diálogo e discussão constante na busca de soluções para realizar uma odontologia de excelência.

Ao amigo e colega Dr. **Dirceu Calgato**, pela forma apaixonada com que pratica a odontologia, meu *benchmark* em prótese dentária, agradeço pela excelência dos resultados e a gentileza de ceder importantes imagens clínicas para ilustrar a apresentação deste trabalho.

Ao professor Dr. **Alexandre Bahlis**, agradeço pelo constante estímulo na profissão, pela forma como se preocupa com o ensino da odontologia e pelo exemplo na área de prótese dentária. Agradeço pelos ensinamentos que me permitiram desenvolver este trabalho.

Ao professor Dr. **Edson Mesquita**, pelo exemplo de excelência ao lidar com a odontologia sejam nas questões didáticas como clínicas, e por tudo que me foi oportunizado. Agradeço pela minha formação na área de prótese dentária.

À **Faculdade de Odontologia de Piracicaba** da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pelo acolhimento fraterno.

Ao Diretor Dr. **Francisco Haiter Neto**, pelo esforço em manter a Faculdade rumo ao futuro.

Ao Prof. Dr. **Jacks Jorge Júnior**, Coordenador dos Cursos de P.G. da FOP/UNICAMP, pela fineza no trato e pela forma responsável e elegante com que exerce o seu cargo.

Ao Professor e colega **Rhonan Ferreira da Silva**, meu *benchmark* em publicações científicas. Obrigado pelo constante estímulo, parceria nos trabalhos e orientações. Espero poder contar sempre com os seus ensinamentos.

Aos **demais Professores** do Curso de Pós-Graduação que contribuíram diretamente para a minha formação.

Ao colega **Luiz Renato Paranhos**, pela obstinação com que lida com a nossa especialidade e pelas parcerias científicas até aqui. Pessoas assim tornam nossa caminhada menos difícil, mostrando sempre que possível o melhor caminho e eventual atalho.

A colega **Rachel Agostini Scorialick**, pelo exemplo durante meus estudos na FOP. Por poder dividir a autoria de alguns trabalhos e pela forma com que trata nossa querida Odontologia Legal.

Ao colega **Daniel Pereira Parreiras de Bragança** pela amizade que construímos durante os estudos de Odontologia Legal, como dizia Milton Nascimento: “amigo é coisa para se guardar do lado esquerdo do peito, dentro do coração”...

Aos **colegas** do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal da FOP-UNICAMP pela agradável convivência e animadas confraternizações do curso.

À **Célia Regina Manesco** (Super Célia!) pela paciência e ajudas incondicionais, fazendo com profissionalismo o entrelaçamento entre o curso e a FOP. Agradeço muito pelos mais diversos atalhos ensinados, sejam eles reais ou virtuais. Sem deixar de ressaltar, é claro, o seu enorme e inestimável bom humor.

Às funcionárias **Sueli, Marilene e Cidinha** da biblioteca da FOP/UNICAMP, obrigado pela acolhida e ajuda dada durante a minha estadia na Universidade, e a toda equipe, os meus sinceros agradecimentos.

A **todos os funcionários** da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP, sem exceção, citá-los nominalmente seria um desatino, pois correria o risco de esquecer alguém.

A **Simone Echeveste**, pela consideração, profissionalismo, e pelos ensinamentos estatísticos, tornando realidade uma importante parte deste trabalho.

A Técnica de Saúde Bucal (TSB) Vanderlaine Nunes Correa, carinhosamente **Vanda**, pelo profissionalismo que tem nas atividades do consultório, pelo bom humor e parceria, mantendo tudo funcionando bem e me tranquilizando no encaminhamento das necessidades em razão da minha ausência.

Aos Técnicos de Prótese Dentária (TPD) **Divo e Guido Knebel**, bem como ao TPD **Adalberto Moura da Silva Júnior** pela cedência de alguns trabalhos produzidos para ilustrar a apresentação e pela constante parceria nos trabalhos do consultório.

“A plenitude da atividade humana é alcançada somente quando nela coincidem se acumulam, se exaltam e se mesclam o trabalho, o estudo e o jogo, isto é, quando nós trabalhamos, aprendemos e nos divertimos tudo ao mesmo tempo.”

Domenico de Masi.

RESUMO

Na área clínica pericial a odontologia legal se depara com a necessidade de avaliar qual seria o tempo de duração de trabalhos odontológicos protéticos, observando-se na literatura uma falta de padronização desse período. Não existe consenso também sobre as características dos trabalhos quanto ao quesito qualidade, bem como em relação ao tempo de guarda dos prontuários. Em vista destes dados o presente estudo buscou: a) verificar o grau de conhecimento do Cirurgião-dentista especialista em prótese dentária da Cidade de Porto Alegre/RS sobre aspectos relacionados ao tempo de duração de trabalhos protéticos, b) destacar o saber dos protesistas sobre legislação aplicada no exercício profissional e nas relações com a reparação de danos envolvendo trabalhos de prótese, e c) evidenciar os aspectos clínicos pertinentes ao tema. O presente estudo, após aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob protocolo 118/2007, foi realizado por meio de questionários entregues nos 222 consultórios constantes na listagem fornecida pelo CRORS, pessoalmente e via correios. A amostra pesquisada constituiu-se de 143 questionários respondidos (n=143), ou seja, 64,4% do número de profissionais existentes a época. Quanto ao perfil dos pesquisados, verificou-se que 53,8% (n=77) eram do sexo feminino, a maioria 29,4% (n=42) dos profissionais respondentes se encontrava na idade entre 31 e 40 anos. O setor de trabalho que mais se destacou foi o particular, representando 53,8% (n=77). Já no que se refere ao tempo de exercício profissional, foi mais prevalente o período entre 16 e 20 anos, com 19,6 % (n=28). Quanto ao conhecimento sobre odontologia legal, 47,6% (n=68) dos questionados declararam não ter tido ministrados conteúdos relativos a essa área. Nos cruzamentos estatísticos, mostrou-se significativo a associação do conhecimento sobre o tempo de duração das reabilitações e o setor de trabalho dos protesistas (p=0, 002). Concluiu-se que: a) Existe entre os especialistas em prótese dentária da Cidade de Porto Alegre um conhecimento adequado sobre os aspectos relacionados ao tempo de duração de trabalhos de prótese; b) a maioria dos protesistas não foi instruída em odontologia legal e desconhece, de forma consistente, as normas éticas e legais pertinentes a profissão, bem como a legislação relacionada à reparação de danos envolvendo trabalhos reabilitadores de prótese; e c) pela necessidade de entendimento dos aspectos clínicos envolvidos na avaliação dos trabalhos de prótese (independente do tipo), a perícia para verificação da culpa deverá ser realizada por um Cirurgião-dentista odontologista e com experiência irrefutável na área de prótese dentária. O período estimado sobre a duração dos trabalhos, quando avaliado em perícias odontológicas deve ser verificado com base nas responsabilidades de cada um dos envolvidos no trabalho: protesista, paciente e laboratório, atribuindo as reabilitações protéticas uma obrigação de meio.

Palavras-chave: longevidade, prótese dentária, odontologia legal, conhecimento, prova pericial, auditoria clínica.

ABSTRACT

In the examination clinical area, forensic dentistry faces the necessity of evaluating which would the prothetic dentistry work duration be, observing a lack of standard in literature, concerning time. There isn't any consensus about work features concerning quality neither in relation to how long the patient's records are kept. In view of these data, the current study aimed to: check the dentist's (CD) level of knowledge, specialized in dental prothesis in the city of Porto Alegre/RS on aspects linked to the duration of prothetic work, b) highlight the prothesist's knowledge on the law applied to the job and to relations with damage repairs involving prothesis; and c) evidence clinical aspects connected to the theme. The current study, after having been approved by the Ethics and Research Committee, protocol 118/2007, was performed through questionnaires delivered at the 222 offices from the list given by CRORS, personally and mainly by mail. The research sample had 143 questionnaires answered (n=143), in other words, 64,4% of professionals then. Regarding the respondents profile, it was found that 53,8% (n=77) were female, most of professionals who responded 29,4% (n=42) were between 31 and 40 years old. The work sector that mostly highlighted itself was the private one, representing 53,8% (n=77). Referring to professional time experience, it was most important the period between 16 and 20 years, 19,6 % (n=28). In terms of forensic odontology knowledge, 47,6%(n=68) of respondents said contents about the area had not been provided. When crossing the statistics, it was important the association of knowledge over lasting time rehabilitation and the prothesist working sector. (p=0,002). In conclusion: a) There is an adequate knowledge on the time a prothesis work lasts among the dentists specialized in dental prothesis in the city of Porto Alegre b) most of prothesists were not skilled in Legal Odontology and are not aware, in a large scale, of ethical and legal rules of the profession, as well as the law related to damage repairs, concerning prothesis rehabilitation work; and c) By the need for understanding clinical aspects involved in the evaluation of prothesis work (regardless the kind of), the checking for the guilty identification must be done by a Legal CD with forensic expertise who has an incontestable experience in dental prothesis. The estimated time for the work duration, when evaluated in forensic dentistry examination must be checked based on responsibilities of each one involved in the work: prothesist, patient and laboratory, giving the prothetical rehabilitation the status of field.

Key-words: longevity, dental prothesis, forensic dentistry, knowledge, expert evidence, clinical audit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	3
3 PROPOSIÇÃO	43
4 MATERIAL E MÉTODOS	45
5 RESULTADOS	49
6 DISCUSSÃO	65
7 CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	93
ANEXO	109
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A eficácia e o tempo de duração das próteses fixas e removíveis têm sido analisados sob vários critérios técnicos, sempre com o objetivo da sua conservação na cavidade bucal de forma estética e funcionalmente aceitável. A necessidade de trocas sucessivas, muitas vezes leva a perda de tecido dentário, mesmo quando os aparelhos são confeccionados por especialistas na área. Portanto, deve-se estar sempre atento a minimização de falhas nas etapas de elaboração do trabalho protético, bem como nas responsabilidades inerentes a cada um dos envolvidos: Cirurgião-dentista (CD), Técnico de Próteses Dentária (TPD) ou paciente (Silva, 2003; Franceschini Jr.; 2004).

O conhecimento dos odontólogos sobre o tempo de duração dos trabalhos protéticos está diretamente relacionado aos critérios de sucesso e insucesso utilizados para tal julgamento, sendo que os mesmos parecem não estar relacionados com a satisfação dos pacientes (Frank *et al.*, 2000). Como não existe Lei no Brasil que estabeleça parâmetros mínimos de qualidade para próteses dentárias, esta deverá ao menos satisfazer os quesitos de estética, fonética e mastigação (Franceschini Jr, 2004). São necessários mais estudos longitudinais e transversais visando detectar e apontar causas freqüentes de insucesso nos tratamentos odontológicos (Costa *et al.*, 2000).

Desde a criação do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CPDC), em 1990, complementado pelo Código Civil de 2002, o número de processos contra Cirurgiões-dentistas (CDs) no Brasil vem crescendo e uma das respostas para este crescimento é que a população está exercendo o seu direito de cobrar por algo que acreditam não ter sido realizado adequadamente (De Paula, 2007). Estes processos acontecem normalmente no âmbito civil, destacando-se que o CD tem por obrigação avaliar as próteses instaladas, pois caberá a ele provar que a aparatologia protética em questão encontra-se dentro de um padrão mínimo aceitável, quando concedida a inversão do ônus da prova (Lucato, 2004).

No cálculo do ressarcimento do dano deverão ser consideradas a necessidade de reabilitações protéticas, manutenção e substituição das mesmas. Portanto, é necessário

estimar o tempo de duração ou durabilidade dos tratamentos reabilitadores protéticos, de acordo com a vida média do sujeito lesado, no sentido de calcular as despesas dos tratamentos futuros. A vida do ofendido será estimada de acordo com os dados estatísticos sobre a média de vida da região, com os devidos ajustes individuais (Agrestini, 1966; Cardozo 1994, 1997; Bouchardet & Silva, 2009). Nesse sentido, a especialidade de odontologia legal, muitas vezes se depara com a necessidade de avaliar qual seria o tempo de duração de trabalhos odontológicos realizados na área de prótese dental.

A partir disso, o presente trabalho buscou: a) verificar o grau de conhecimento do CD especialista em prótese dentária da Cidade de Porto Alegre/RS sobre aspectos relacionados ao tempo de duração de trabalhos protéticos, b) destacar o saber dos protesistas sobre legislação aplicada no exercício profissional e nas relações com perícias civis envolvendo trabalhos de prótese, e c) evidenciar os aspectos clínicos pertinentes ao tema.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos relativos à longevidade de próteses dentárias convencionais fixas e removíveis

2.1.1 Próteses parciais fixas (PPFs)

Schwartz *et al.* (1970) estudaram o tempo de vida e a perda da durabilidade de coroas avariadas e próteses parciais fixas. Examinaram 1320 elementos, sendo que desses, estavam avariados 791 peças, 219 coroas unitárias, 502 retentores e 70 ponticos. Concluíram que o tempo médio de vida para esses trabalhos foi de 10,3 anos.

Nyman & Lindle (1979) apresentaram um estudo longitudinal combinando tratamento periodontal e protético em pacientes com doença periodontal avançada. No total, foram analisadas 332 próteses fixas com várias extensões. Os resultados mostraram que após o tratamento periodontal, a saúde dos tecidos de suporte pode ser mantida em pacientes envolvidos num programa de controle de higiene oral. O tipo de exercício de manutenção foi igualmente efetivo em pacientes que possuíam prótese fixas no início do tratamento. Após o re-exame dos oito anos, eles apresentavam os *attachments* inalterados, bem como a altura do osso alveolar.

Glantz *et al.* (1984) investigaram uma amostra que recebeu tratamentos fixos extensos durante 5 anos. Concluíram que 90% das coroas e ponticos, 80% dos trabalhos metálicos adjacentes e opositores e todas as 6 dentaduras parciais se encontravam clinicamente satisfatórios. Somente 2% dos trabalhos foram perdidos durante os cinco anos depois da inserção.

Dell'acqua (1986) publicou um estudo sobre manifestações clínicas dos fracassos em prótese fixa. A constatação de fracassos de próteses fixas em proporções cada vez mais alarmantes tem levado a necessidade de analisar e buscar a etiologia dos mesmos. Segundo o autor, classificam-se dentro de dois grandes grupos de manifestações clínicas dos fracassos: os intrínsecos e os extrínsecos ao dente pilar, concluindo que é o profissional o criador desses fatores iatrogênicos.

Karlsson (1986) avaliou clinicamente 238 próteses fixas ou 1606 elementos após 10 anos da sua inserção. Concluiu que após esse período, 93,3% dos trabalhos cimentados ainda encontravam-se em função sem nenhuma parte tendo sido removida.

Randow *et al.* (1986) verificaram numa pesquisa realizada na Suécia junto a 316 trabalhos de prótese fixa realizados por 112 dentistas que, passados 6 a 7 anos, existiu uma alta taxa de falhas técnicas quando próteses parciais fixas extensas foram confeccionadas por clínicos gerais.

Walton *et al.* (1986) realizaram uma pesquisa sobre a sobrevida de coroas e próteses fixas, enfocando a duração dos trabalhos e as razões para substituições das peças. O tempo médio de duração observado nesse estudo para as restaurações foi de 8,3 anos. Coroas metaloplásticas apresentaram a maior longevidade dentre as coroas analisadas (13,9 anos), sendo que as falhas mais frequentes foram o desgaste ou a perda do acrílico. Já as coroas metalocerâmicas apresentaram um período de sobrevida de 6,5 anos, necessitando troca principalmente por falha na porcelana ou por estética pobre. Por fim, os trabalhos metaloplásticos que serviram de retentores, mostraram uma durabilidade de 14,7 anos e os metalocerâmicos 6,3 anos.

Chou *et al.* (1991) analisaram o movimento de dentes pilares contendo encaixes intracoronários com diferentes designs e próteses parciais removíveis contendo grampos na extensão distal. Esse estudo mostrou que através de estereofotogrametria nas três dimensões, que o design dos grampos e encaixes afetaram o grau de movimento do dente pilar que continha a PPR na extensão distal, mas de modo geral não afetou a direção do movimento. As armações contendo encaixes de precisão e semi-precisão, na sua maioria apresentaram mais movimentação do que as armações contendo somente grampos.

Conti *et al.* (1991) num estudo sobre avaliação clínica da condição de coroas totais e próteses fixas com mais de um ano de permanência na boca, concluíram que devemos realizar como rotina controles periódicos com evidenciação de placa e profilaxia, associados a novas instruções ao paciente. Destacam também o papel dos CDs no sucesso dessas próteses, pois a desadaptação cervical, a presença do ponto de contato proximal e espaço para higienização são completamente controláveis pelo profissional. Acreditam os

autores, que se aliando esses dois fatores estaremos aumentando consideravelmente a vida útil de nossas coroas ou próteses fixas, obtendo o sucesso do tratamento em longo prazo.

Öwall (1991) pesquisou o desempenho de 53 pilares contendo encaixes rígidos de precisão como retentores de PPR, durante 25 anos. Observou falhas no cimento, fratura de raízes, e o mais problemático: fratura da prótese. A taxa de sobrevivência dos trabalhos ficou em 65% até 15 anos e em 50%, ultrapassou os 20 anos.

Hochman *et al.* (1992) através de um estudo longitudinal retrospectivo de 17 anos em 66 pacientes tratados com próteses fixas e próteses parciais removíveis, percebeu que a espiantagem é um procedimento benéfico e aumentou a longevidade das restaurações.

Pegoraro *et al.* (1992) destacaram que o aprimoramento técnico-científico do CD e do protético, novos materiais e técnicas, conscientização dos pacientes, higiene bucal adequada, controles periódicos, têm contribuído para aumentar a longevidade das próteses fixas até 8,3 a 10,5 anos.

Creugers *et al.* (1994) publicaram um trabalho de meta-análise contendo dados clínicos de próteses fixas convencionais. 42 publicações referiram conter dados de durabilidade desse tipo de trabalho. Foi analisada uma amostra contendo 4118 trabalhos de prótese fixa. O resultado mostrou uma taxa geral de sobrevivência de 74% após 15 anos em boca.

Palmqvist & Söderfeldt (1994) realizaram uma análise multivariada dos fatores que influenciam a longevidade das próteses parciais fixas, retentores e pilares instalados entre 18 e 23 anos na Suécia. Constataram em 103 trabalhos de prótese fixa (487 retentores e pilares) que o tipo de material dentário foi a variável mais crítica que levou a alterações e remoções dos trabalhos. O risco de perda dos trabalhos foram influenciados pelas seguintes variáveis: tratamentos endodônticos, posição distal terminal da peça, local do dente na mandíbula e avançada perda de osso marginal.

Decock *et al.* (1996) avaliaram clínica e radiograficamente 137 próteses parciais fixas com extremo livre num estudo longitudinal. Ainda que existam limitações nesse estudo retrospectivo com relação ao número pequeno da amostra, o tempo médio de duração dos trabalhos foi de 7 anos (84 meses), sendo que a taxa geral de sucesso para esse

tipo de trabalho foi de 70% após o período de 18 anos. Os patamares de permanência dos trabalhos de extremo livre são comparáveis com os trabalhos de prótese fixa convencionais.

Fayyad & Al-Rafee (1996) investigaram falhas em pontes fixas de 132 indivíduos, totalizando 156 trabalhos avaliados. Os resultados mostraram que aquelas que estavam satisfatoriamente cumprindo suas funções, tiveram um tempo de vida médio de 4,5 anos. Segundo os autores, os retentores metalocerâmicos foram mais comumente utilizados e tiveram um período de duração menor do que os retentores totalmente metálicos.

Stoll & Novaes (1997) alertam sobre a necessidade de avaliar a forma de contato entre os dentes, a proximidade entre suas raízes, a configuração da gengiva interproximal, o acesso suficiente para higienização, bem como a localização das margens das restaurações. Só assim é possível de ser conseguido o controle efetivo da placa bacteriana e a manutenção de um estado permanente de saúde, garantindo a longevidade do trabalho restaurador.

Sundh & Ödman (1997) verificando a eficiência das reabilitações protéticas feitas com próteses parciais fixas examinaram 138 trabalhos realizados por estudantes suecos. Após 18 anos da instalação, 75% das peças estavam no lugar e em função. Ressaltaram que a maioria dos trabalhos (85%) era feita de coroas metaloplásticas com ouro na estrutura metálica.

Pegoraro *et al.* (1998) enfatizaram que a desvitalização de um dente para colocação de pinos intracanaís, deve ser evitada ao máximo, pois o preparo para colocação do pino metálico intracanal, ao contrário do que muitos pensam, tende a enfraquecer a estrutura dentária da raiz remanescente, tornando-a mais suscetível a fraturas.

Scurria *et al.* (1998) publicaram uma pesquisa de meta-análise de permanência de próteses parciais fixas. O trabalho indicou que menos de 15% dos aparelhos foram removidos ou necessitavam ser substituídos após 10 anos, e ainda um terço dos trabalhos necessitavam troca após 15 anos.

Yang *et al.* (1999) analisaram o efeito da esplintagem dos dentes suportes em próteses fixas. Dentre as conclusões do trabalho, destaca-se que a perda do suporte ósseo

aumenta a deflexão e o estresse gerado nas estruturas, bem como o aumento do número de pilares esplintados não resulta numa redução proporcional de estresse no periodonto.

Pavanelli *et al.* (2000) Enfatizaram a importância de conhecer os princípios mecânicos e biológicos que devem orientar a execução dos preparos coronários em prótese parcial fixa, sendo de extrema importância para preservação das estruturas de suporte e longevidade dos trabalhos reabilitadores.

Shinkkai *et al.* (2000) através de questionários entre protesistas brasileiros, pesquisaram quais os materiais dentários utilizados e problemas encontrados nas próteses fixas convencionais. O principal problema citado foi falha de adaptação da estrutura metálica, principalmente na linha de cimentação. Concluíram que os materiais dentários utilizados pela amostra estudada foram os que apresentam indicação científica e longevidade clínica comprovados até aquele momento, levando em consideração os aspectos biomecânicos e estéticos das restaurações.

Rubo *et al.* (2001) destacaram que as características de um preparo para coroa total são de grande importância para a longevidade da restauração, principalmente no caso de preparos em dentes com coroas clínicas curtas. A confecção de sulcos e canaletas nas paredes axiais é uma das características que podem aumentar a retenção adicional de dentes com coroas clínicas curtas. Outra opção é a realização de cirurgia para aumento de coroa clínica.

Özcan & Niedermeier (2002) concluíram que as falhas em prótese fixas metalocerâmicas, ocorrem em função de falhas provocadas por impacto, fadiga do material, planejamento inadequado, microdefeitos na cerâmica, suporte metálico impróprio, erros técnicos provenientes de preparos insuficientes, coeficientes térmicos incompatíveis e/ou prematuridades oclusais.

Christensen. (2003) discutiu como aumentar a retenção de coroas e próteses fixas. Enfatizou: cuidados no preparo, utilização de adesivos e cimentos resinosos, dispositivos retentivos dentro do preparo, e fundamentalmente, ajuste oclusal após a cimentação.

Franzon Filho (2003) com propósito de avaliar o inter-relacionamento entre a saúde periodontal e a utilização de próteses parciais fixas, as condições periodontais de dentes suportes de próteses foram comparadas com as condições dos dentes naturais de 60 pacientes portadores de prótese parcial fixa. Foi demonstrado que, de maneira geral, a profundidade de sondagem e o índice de sangramento tendem a ser mais pronunciados nos dentes suportes de prótese que nos dentes naturais, a despeito de apresentarem índices de placa muito similares, o que demonstra a participação concomitante de vários aspectos protéticos sobre a resposta tecidual inflamatória além da placa bacteriana. São imprescindíveis os cuidados inerentes à confecção das próteses, a fim de que possibilite um adequado controle de placa bacteriana, de tal forma que estas próteses possam integrar-se biologicamente e não comprometam a longevidade dos dentes suportes.

Holm *et al.* (2003) verificaram a longevidade e a performance clínica de 289 próteses parciais fixas depois de 30, 20 e 10 anos da instalação das mesmas. Encontraram patamares de 64% para trabalhos entregues a 10 anos, 84% dos trabalhos em função depois de 20 anos e 53% de trabalhos funcionais depois de 30 anos.

Santos *et al.* (2003) avaliaram as condutas adotadas pelos profissionais na utilização de coroas metalo-cerâmicas. Em relação ao controle das próteses instaladas, as avaliações são realizadas, em sua maioria, pelo profissional que a confeccionou enquanto uma porcentagem quase insignificante (0,6%) das avaliações de controle são delegadas a outro clínico. Segundo os autores, nota-se uma grande preocupação do CD em fazer o controle periódico, pois nem todo paciente, por mais instruído que seja com relação a higienização de sua prótese, consegue realizá-la corretamente. Assim, a motivação continuada dos pacientes por parte do profissional é de fundamental importância para o aumento da longevidade dos casos. No que tange a sobrevida das coroa, declararam que parece razoável afirmar que uma expectativa de 10 anos ou mais de sobrevida já pode ser considerada sucesso. Segundo os pesquisadores, para que o sucesso de uma restauração possa ser avaliado não bastam critérios clínicos e sim, métodos de avaliação bem controlados e critérios bem estabelecidos.

Ketabi *et al.* (2004) observando próteses fixas cimentadas com cimento resinoso, obtiveram um taxa média de duração de 69% após 13 anos, mostrando que essa técnica possui uma aceitável taxa de sucesso clínico.

Tan *et al.* (2004) efetuaram um trabalho, com o objetivo de determinar a longevidade e o sucesso a longo prazo das próteses parciais fixas e avaliar os riscos de falhas encontradas para complicações técnicas e biológicas. Segundo os autores, depois de 10 anos, a probabilidade de sobrevivência de uma prótese parcial fixa foi de 89,1% e de sucesso foi de 71,1%. Foram consideradas como variáveis no estudo: presença de cáries, perda de vitalidade do dente, doença periodontal, perda de retenção do trabalho e fraturas de dente e material.

Pjetursson *et al.* (2004) publicaram um estudo de revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar a longevidade de prótese fixa em extremo livre (*cantilevers*) e a incidência de complicações biológicas e técnicas, e encontraram patamares de 63% de sucesso nos trabalhos, ou seja, livres de qualquer complicação, depois de 10 anos. Concluíram que as taxas são menores do que as encontradas quando comparadas com as próteses fixas convencionais e que complicações biológicas e mecânicas são frequentes.

Creugers *et al.* (2005) num estudo clínico prospectivo de 5 anos, compararam a taxa de sobrevida dos trabalhos realizados com pinos fundidos e com pinos cimentados diretamente no dente. Foi observada uma taxa de 96% de sucesso nos dentes avaliados, e pode-se concluir que o tipo de pino utilizado não foi relevante estatisticamente nos achados, bem como que a quantidade de dentina remanescente após o preparo influenciou na longevidade dos trabalhos.

Teófilo *et al.* (2005) realizaram uma revisão sobre retentores intra-radiculares, indicados para dentes tratados endodonticamente e com grande destruição coronária. Segundo os autores, para o sucesso clínico do tratamento, uma série de requisitos biomecânicos são necessários, a fim de garantir a longevidade da restauração e maior sobrevida do dente. Estes fatores envolvem o comprimento, diâmetro, forma dos retentores, quantidade de estrutura dental remanescente, agente de cimentação e o efeito final que as coroas têm na distribuição de força à raiz do dente.

Zavanelli *et al.* (2005) enfatizaram a importância do polígono de Roy no planejamento em prótese parcial fixa. Concluíram que a instituição de um programa de higienização e controle da placa bacteriana, respeitando a biologia do sistema estomatognático e com base em um diagnóstico adequado, é possível concretizar uma reabilitação eficiente, que se traduz em satisfação e conforto para o paciente e longevidade do trabalho realizado.

De Backer *et al.* (2006a) num primeiro estudo retrospectivo de 20 anos envolvendo próteses fixas realizadas por alunos de graduação numa universidade na Bélgica, após avaliarem os trabalhos, encontraram uma taxa de sucesso de 66,2%.

De Backer *et al.* (2006b) noutro estudo retrospectivo, também de 20 anos relacionado a próteses fixas de 3 elementos, destacaram que a taxa geral de sobrevivência dos trabalhos é de 73,1% passado esse período, sendo que os trabalhos com mais de 3 elementos apresentaram uma diminuição do escore, passando a 61,5%.

Nakao *et al.* (2006) testaram a retenção de coroas metálicas fundidas e cimentadas através de ciclagens térmica e mecânica, buscando verificar além da retenção, o tipo de falha do cimento. Concluíram que os testes de envelhecimento mostraram-se significantes na sua influência sobre a retenção das coroas, exceto para o grupo cimentado com fosfato de zinco

Anusavice *et al.* (2007) pesquisaram na literatura quais métodos de testagem mecânicos e físicos são relevantes para serem considerados preditivos de performance clínica em próteses dentárias de base cerâmicas. Os resultados apontaram que menos de 15% dos trabalhos foram removidos ou necessitavam substituição em 10 anos. Concluíram que é preciso urgentemente desenvolver uma classificação compreensível para identificar falhas protéticas clínicas, complicações técnicas e biológicas.

Christensen (2007) identificou os erros mais frequentes encontrados no preparo de dentes para coroa de prótese. Dentre eles observou inadequada redução de paredes (incisal, oclusal e axial), redução acentuada dos tecidos, excesso de conicidade nos preparos (preconizando não mais que 10 a 15 graus), munhões inadequados, limite cervical não identificável, retenções na parede axial e ângulos vivos no preparo.

De Backer *et al.* (2007) estudaram a influência do gênero e da idade na longevidade de coroas completas (durante 18 anos), próteses fixas de 3 elementos e próteses fixas com mais elementos (durante 20 anos). Taxas de sobrevivência dos trabalhos foram de 78,1%, 73,1% e 66,2% respectivamente. Nenhuma relação foi encontrada entre gênero e longevidade dos trabalhos de prótese fixa estudados. Já em relação à idade, foi encontrada uma relação entre complicações irreversíveis e os trabalhos executados, porém não foi possível estabelecer uma idade de corte para esse achado com níveis aceitáveis de especificidade e sensibilidade.

Pinelli *et al.* (2007) analisaram a condição de higiene oral de pacientes usuários de prótese fixa, concluindo que os pacientes apresentaram dificuldade para higienizar a prótese, evidenciando a necessidade de reforço dos métodos de higiene oral nesta região. Segundo os autores, a relevância do trabalho se deu em razão da longevidade das próteses parciais fixas dependerem de muitos fatores que vão desde a sua qualidade até o cuidado com que o paciente a preserva. Dessa forma, o monitoramento da higiene oral de pacientes usuários de próteses fixas é uma poderosa ferramenta para o sucesso desse tipo de reabilitação.

Ribeiro *et al.* (2007) revisaram os procedimentos convencionais e adesivos na cimentação de próteses. Segundo os autores, as principais funções de um agente cimentante são preencher a interface da superfície interna da prótese e a do dente preparado, conferindo retenção, resistência à restauração e ao remanescente dentário e vedamento marginal, favorecendo a longevidade dos trabalhos protéticos. Concluíram que a cimentação final das restaurações protéticas apresenta características particulares relacionadas aos comportamentos clínicos distintos de cada material. A associação errada entre o material restaurador e o agente cimentante resulta, muitas vezes, em fracasso clínico.

Sailer *et al.* (2007) conduziram uma revisão sistemática sobre taxas de complicação e sobrevivência de restaurações totalmente cerâmicas e metalocerâmicas, após num período de observação de 3 anos. Foram encontrados patamares de 88,6% para os trabalhos *metal free* e 94,4% para os trabalhos metalocerâmicos. As razões mais frequentes de falhas foram fraturas (de armação e das camadas cerâmicas).

Henriques *et al.* (2008) publicaram um trabalho sobre os aspectos atuais, propriedades e indicações das cerâmicas odontológicas. Destacaram que diversos sistemas cerâmicos estão disponíveis no mercado, fazendo com que os profissionais da área protética necessitem de uma constante reciclagem acerca das suas propriedades e indicações, visto que bons resultados não são devidos exclusivamente ao tipo de material utilizado, mas sim, à seleção do melhor material para determinado caso em conjunto à habilidade do profissional no manuseio do produto.

Sá *et al.* (2008) estudaram o efeito de consecutivas refusões de ligas de níquel-cromo utilizadas em prótese fixa. Tal fato pode ocasionar perda qualitativa e quantitativa dos elementos de liga e como conseqüência, diferença em suas propriedades, sendo um grande indicativo de falhas. Por fim, constataram que após consecutivas refusões, a liga foi apresentando uma maior porosidade e uma menor microdureza, diminuindo, portanto, suas propriedades mecânicas.

De Backer *et al.* (2008) preconizaram num estudo retrospectivo de 20 anos, que próteses fixas de 4 elementos cerâmicos com estrutura em ouro, com finalidade de repor 2 dentes adjacentes, mostraram-se com uma taxa de sobrevivência de 68,3% depois deste período. A principal razão das falhas foram relacionadas a cárie e a perda de retenção, atingindo patamares de 72%.

Pigozzo *et al.* (2009) proclamaram, ao revisar a literatura no que diz respeito aos preparos com finalidade protética, que o sucesso de uma reabilitação deve levar em consideração a longevidade da prótese, a saúde bucal e a satisfação do paciente. Em relação aos preparos dentais em prótese fixa, a quantidade de desgaste das paredes dentais preparadas, angulação e localização do término cervical influenciam muito no tempo de duração e na estética da restauração final. O preparo dental, nesse tipo de prótese, deve permitir uma espessura adequada de material restaurador, ao mesmo tempo em que deve preservar a integridade pulpar e periodontal.

Çehreli *et al.* (2009) realizaram um estudo clínico randomizado e controlado com 30 coroas livres de metal. A avaliação foi realizada por meio de uma metodologia proposta pela Associação Dentaria Californiana, concluindo que após um ano da

cimentação clínica, as coroas confeccionadas para reposição de dentes unitários posteriores, mostraram-se aceitáveis clinicamente.

Tsumita *et al.* (2010) mostraram um estudo piloto clínico prospectivo onde foi realizada uma avaliação clínica de 42 pilares de próteses fixas posteriores livre de metal, sendo que a totalidade das mesmas foi considerada satisfatória de acordo com os critérios da Associação Dentaria Californiana, por dois anos e quatro meses.

Filgueiras *et al.* (2010) avaliaram a influência de diferentes tratamentos de superfície sobre a força de união entre o cimento resinoso e a estrutura do *In-Ceram*. Concluíram que as estruturas do sistema *In-Ceram* associados ao cimento resinoso estudado exigem um condicionamento prévio para alcançar maior força de adesão entre cerâmica e o cimento, e que este tratamento pode ser realizado com o jateamento ou tradicional silicatização, ambos seguidos de silanização.

2.1.1.1 Próteses adesivas

Hussey *et al.* (1991) apresentaram um estudo descritivo clínico de 400 próteses adesivas realizadas num departamento da universidade. O tempo médio de duração dos trabalhos avaliados foi de 2,7 anos. Para os autores, o comprimento dos trabalhos foi um fator determinante na relação com os trabalhos que descolaram e foi possível confirmar a eficácia das próteses fixas adesivas utilizadas para repor dentes anteriores e posteriores.

Priest (1995) considerou que o sucesso clínico de próteses parciais fixas adesivas, depende primariamente da retenção. Examinou 77 trabalhos de prótese fixa adesiva realizados em 66 pacientes após 11 anos, obtendo 27% de falhas nos trabalhos analisados. Concluiu que a localização dos trabalhos e a experiência do operador minimamente influenciam a longevidade destas restaurações. De outra forma, os agentes de união testados na amostra, tiveram um profundo impacto na retenção. Os patamares de descimentação foram excessivos para vários materiais testados, no entanto outros agentes provaram ser previsíveis. Modificações no preparo da cavidade como apoios e ranhuras proximais melhoram as taxas de retenção quando comparados com trabalhos que somente encostam nas superfícies.

Hansson & Bergström (1996) realizaram um estudo longitudinal em 34 próteses adesivas realizadas em 32 pacientes, durante um período médio de 6 anos. Observaram que o preparo do dente para uma prótese adesiva, deve incluir 2 canaletas em cada pilar e dois apoios na face oclusal dos dentes posteriores. Segundo os autores, clinicamente as ligas de níquel-cromo e cobalto-cromo devem ser preferidas quando comparadas com as de ouro e titânio, e os efeitos a longo prazo dos cimentos adesivos e agentes químicos permaneceram insertos. Os resultados do estudo e outros trabalhos sugerem a necessidade de acrescentar forma de retenção e resistência nas armações para melhorar a longevidade das próteses adesivas.

Imbery & Eshelman. (1996) revisaram as três décadas de existência das próteses fixas cimentadas com cimento resinoso, ou também chamadas de próteses adesivas. De acordo com os autores no que tange a longevidade, ressaltam que os estudos de meta-análise publicados não são capazes de identificar variáveis clínicas que levam ao sucesso dos trabalhos.

Creugers *et al.* (1997) em relação ao sucesso clínicos de trabalhos cimentados com cimento resinoso, concluíram que o fator localização (anterior versus posterior) foi altamente significativo estatisticamente (entre 49% e 57% para trabalhos anteriores e entre 18% e 37% para posteriores), sendo que diferenças entre os materiais de cimentação utilizados não foram significativas.

Seraidarian *et al.* (2001) estudaram, por meio de uma revisão bibliográfica, as causas de insucesso relacionadas às próteses parciais fixas adesivas, com ênfase em oclusão. Os pesquisadores acreditam que as condições periodontais, oclusais e a presença de hábitos parafuncionais, sejam fundamentais na avaliação dos sucessos e insucessos, nos estudos longitudinais, bem como pensam que outros estudos devam ser realizados, com uma metodologia mais ampla e abrangendo diversos aspectos em estudos longitudinais.

Rodrigues *et al.* (2009) disponibilizaram na literatura um estudo evolutivo, apontando indicações e contra-indicações das próteses adesivas. Concluíram que a opção de escolha para confecção de próteses adesivas representa um menor tempo de trabalho e custo, bem como maior preservação dos dentes pilares. Proclamam ainda que as próteses

livres de metal ou metal free substituem com eficiência as próteses que apresentavam ligas metálicas como reforço, satisfazendo, assim, além dos requisitos da durabilidade e funcionalidade, o requisito estético.

2.1.2 Próteses parciais removíveis (PPRs)

Brewer (1970) destacou a necessidade de reavaliações periódicas dos pacientes, propondo que os mesmos sejam reavaliados, na primeira semana, após um mês, depois de seis meses, posteriormente anual e por fim bianualmente. Segundo o autor, somente com a constante revisão de todos os fatores envolvidos com os trabalhos de prótese total os profissionais podem prestar um serviço de qualidade.

Derry & Bertram (1970) pesquisaram clinicamente próteses parciais removíveis após dois anos de uso em 60 pacientes. O achado mais importante foi que 91% dos pacientes se encontravam usando suas próteses, e em nenhum caso os aparelhos contribuíram para a destruição das estruturas de suporte na medida em que a dentadura parcial não foi desgastada.

Todescan & Romanelli (1971), citado por Todescan et al. (2003), agrupou as causas do “fracasso” dos aparelhos parciais removíveis da seguinte forma:

1. Causas que dependem exclusivamente do CD: estabelecimento do diagnóstico, elaboração do plano de tratamento, orientação devida ao laboratório, preparo da boca e realização da moldagem e obtenção do modelo de gesso;

2. Causas que dependem exclusivamente do indivíduo: cuidados de higiene e uso adequado e contínuo do aparelho;

3. Causas que dependem tanto do CD como do indivíduo:

Do profissional: questionar o indivíduo se o mesmo absorveu as informações relativas à PPR. Estas informações devem ser passadas ao indivíduo de maneira didática, clara e ao alcance de cada indivíduo, de acordo com o seu nível e sua capacidade de aprendizado. Deve-se optar por exposições áudio-visuais com demonstração prática. Ressalta-se que esta tarefa poderá ser delegada ao Técnico de Saúde Bucal. Estas informações devem ser fornecidas logo na profilaxia e esta marca praticamente o início de

qualquer tratamento odontológico. A falta destas informações levará o tratamento ao fracasso. Deve-se enfatizar que é da competência do CD alertar ao indivíduo que há necessidade de se realizar uma higiene meticulosa, tanto na boca como no aparelho após qualquer refeição, por menor que esta seja.

Do paciente: este deve realizar todos os esforços no sentido de manter a higiene e o equilíbrio alcançados em sua cavidade bucal com a PPR. O CD pode ainda providenciar coroas nos pilares, no sentido de se evitar cáries e aumentar o número de retornos ao consultório.

4. Causas que dependem exclusivamente do laboratório: alívio ou bloqueio dos ângulos mortos, duplicação do modelo de trabalho em revestimento, execução do trabalho de acordo com o planejamento (uso de ligas inadequadas ou impróprias para a PPR e problemas com a técnica de fundição);

5. Causas que dependem tanto do técnico como do CD, onde, de maneira geral, ambos negligenciam ou não levam em conta os princípios básicos para a construção dos aparelhos parciais removíveis.

Nassif (1975) preconizou um conjunto instruções e informações aos pacientes usuários de próteses parciais removíveis, ressaltando a necessidade dos pacientes tornarem-se instruídos sobre a manutenção da prótese e dos procedimentos de higiene bucal. O autor acredita que instruções escritas ao paciente ajudam e possivelmente assegurem uma adequada saúde bucal.

Bergman *et al.* (1982) pesquisaram num estudo longitudinal de 10 anos, achados em 27 pacientes com próteses parciais removíveis como cáries e alterações periodontais e protéticas. Foram encontradas mudanças na oclusão, articulação, estabilidade da prótese, retenção e na condição das áreas de recobrimento oclusal, as quais tiveram o respectivo procedimento protético de correção. Segundo a conclusão dos autores, nos tratamentos protéticos cuidadosamente planejados e examinados nas consultas de manutenção, pouco ou nenhum dano será causado aos dentes remanescentes e em seus tecidos periodontais. Destacaram ainda a importância dos pacientes serem realmente

examinados, remotivados e reinstruídos regularmente. No presente estudo, a maioria foram checados uma vez ao ano, mas alguns poucos necessitaram revisões em 6 meses.

Kratochvil *et al.* (1982) estudaram 137 pacientes tratados com 203 PPRs depois de 5 anos de uso dos aparelhos. Constataram que houve um aumento na mobilidade dos dentes pilares depois do período, sendo que nos elementos mandibulares foi maior que nos maxilares. Observaram que ocorreu uma perda de osso ao redor dos pilares do que a média ao redor dos dentes controle, e ainda verificaram que 62,4% de todas as superfícies tinham placa na superfície dentária no exame após o tratamento.

Tamari & Pietrokovski (1983) classificaram as falhas encontradas na construção de próteses parciais removíveis: relacionadas ao nível dos pacientes, dos dentistas e do laboratório. Destacaram ainda com fator positivo para o sucesso de qualquer tratamento protético a comunicação e a compreensão entre os protesistas e protéticos.

Chandler & Brudvik (1984) avaliaram clinicamente 38 pacientes portadores de 44 próteses parciais removíveis depois de oito a nove anos de uso. Clinicamente considerou-se: perda dentárias, incidência de lesões cariosas, alterações na profundidade do sulco gengival, alteração na mobilidade dentária, índices de placa, inflamação gengival, e ainda perda de osso alveolar. Destacaram que as próteses construídas considerando os princípios estabelecidos nesse estudo apresentaram-se em condições razoáveis depois de oito a nove anos nos pacientes que as utilizaram.

Lechner (1985a) realizou uma pesquisa longitudinal sobre próteses parciais removíveis, enfocando a avaliação dos trabalhos pelos pacientes. Os pacientes eram chamados para exames de seis em seis meses, durante dois anos. Eram realizadas avaliações clínicas e a relação dos tecidos com os trabalhos era documentada. Todos os exames foram realizados pelo mesmo operador. Após dois anos e avaliados 109 pacientes, concluiu-se que 62% dos pacientes atenderam o chamamento e a maior proporção deles estava satisfeita com as próteses.

Lechner (1985b) utilizando 167 pacientes investigou durante dois anos a efetividade dos trabalhos de prótese parcial removível. Chegou à conclusão que a combinação de armação fundida e grampos dobrados deveria ser utilizada em prótese

parciais removíveis. Não foi possível encontrar parâmetros nesse estudo para recomendar a utilização de dentes artificiais, e destacou ainda a indicação de manutenção periódica dos trabalhos para restabelecer a adaptação e função das peças.

Cowan *et al.* (1991) entrevistaram 431 pacientes usuários de próteses parciais removíveis realizadas por estudantes de graduação depois de 2 anos da entrega e depois de 4 anos. Encontraram uma taxa de uso na primeira medição de 89% e de queixas mostrando 6,9%. Depois de quatro anos, aferiam que 93,3% dos pacientes encontravam-se utilizando os trabalhos e as queixas eram de 2,4%.

Roisinblit (1991) citou que ao avaliar as características individuais que favorecem ou não o êxito futuro das próteses, será visto ao mesmo tempo a receptividade do paciente, a capacidade de colaboração e a tomada de consciência das limitações da sua boca, entre outros. Segundo o autor, o importante é dizer ao paciente que faremos tudo que está ao alcance do CD, sem assegurar-lhe o resultado. Dessa maneira, é muito provável que ele espere menos do resultado final e este seja muito mais favorável.

Souza *et al.* (1991) publicaram um trabalho com o propósito de alertar o CD sobre a quantidade de erros que ele introduz em seus trabalhos odontológicos protéticos, sem muitas vezes se aperceber da gravidade dos mesmos, tornando-os verdadeiros “fatores iatrogênicos” que se perpetuarão nas próteses, somando-se muitas vezes a outros já instalados. Concluíram que o tratamento recebido pelos pacientes não está de acordo com os princípios científicos básicos preconizados pela totalidade dos autores e instituições de ensino, apesar de 58,33% dos pacientes da amostra estarem satisfeitos. A montagem das peças em articulador semi-ajustável é uma conduta pouco observada (5%), bem como que os participantes não receberam nenhuma instrução sobre a durabilidade e as limitações das próteses (95,83%), nem como higienizá-las (75%)

Mazurat (1992) revisou a literatura no que diz respeito à longevidade de próteses parciais, totais e fixas. De acordo com o autor, as interpretações das pesquisas disponíveis mostraram que a longevidade prevista para os procedimentos comuns de prótese, na melhor hipótese, é apenas uma estimativa. A vida útil prevista, conforme a

literatura é de 8-10 anos para as PPRs, 5-11 anos para as dentaduras e 8-11 para as próteses fixas.

Asckar *et al.* (1993) realizaram um estudo de averiguação radiográfica de possíveis defeitos de fundição em armações de PPRs. Concluíram que somente por intermédio de radiografias das armações, feitas rotineiramente, pode-se identificar possíveis defeitos estruturais (porosidades, localização, tipo e número de defeitos) que culminariam em fracasso do aparelho.

Garcia *et al.* (1994) constataram estudando o período médio para reembasamento em próteses parciais removíveis de extremidade livre, uni ou bilaterais inferiores, que a necessidade de troca da base deve ser feita em três anos.

Vermeulen *et al.* (1996) realizaram um estudo baseado em 10 anos de avaliação de PPRs, com taxas de sobrevida baseadas no retratamento, não uso e reposição. Considerando o retratamento dos pilares como critério de falha, 40% das PPRs convencionais permaneceram cinco anos e mais de 20% sobreviveram 10 anos em boca. Já utilizando como critério a troca dos trabalhos, ou o não uso dos mesmos, a taxa de sobrevida dos trabalhos é de 75% depois de cinco anos, e 50% depois de 10 anos.

Costa *et al.* (1997) ensinaram num estudo sobre as próteses parciais removíveis e as iatrogenias evitáveis, que esse tipo de prótese nem sempre são realizadas corretamente no que diz respeito a localização correta de seus componentes como a localização do conector principal com relação à raiz do dente suporte nos casos de extremidade livre. Para os autores esse tipo de aparelho pode contribuir para o início de patologias bucais, entre as quais se destacam as doenças periodontais.

Thomas *et al.* (1997) testaram a confecção de armações de próteses parciais removíveis com metal titânio. Os resultados mostraram que após dois anos de uso, os trabalhos obtiveram uma taxa de 91% de permanência de apoios e retentores, e os aparelhos mostraram-se mais confortáveis (55%) e 64% dos pesquisados preferiram esses trabalho em relação os de cromo-cobalto.

Costa *et al.* (2000) citaram, quanto ao uso de dentes naturais em PPRs, que trata-se de uma boa alternativa para reabilitação dos pacientes parcialmente desdentados.

De acordo com os autores, a longevidade é uma indagação, sendo que durante o período de controle de dois anos não foram observadas alterações nos dentes naturais.

Frank *et al.* (2000) pesquisaram com 82 pacientes qual tempo de troca em geral para uma PPR. Obtiveram como resultados clínicos de aceitabilidade três anos e quatro meses, sendo que para o reembasamento, concluíram que o período é de dois anos e meio.

Gil & Nakamae (2000) através de medidas estandardizadas abrangentes, propuseram um estudo metodológico sobre o índice de qualidade do trabalho protético (IQP), visando facilitar futuros estudos de avaliação global dos pacientes portadores de PPRs. O método incluiu três parâmetros: biomecânica, preparo de boca e avaliação clínica, permitindo que os CDs possam vir a aplicá-lo por meio de sistemas de escores.

Montenegro *et al.* (2000) avaliaram o ensino da prótese parcial removível em faculdades de odontologia no estado de São Paulo, destacando que apesar da aparente semelhança no ensino entre as instituições, a realidade clínica observada em laboratórios de prótese dental ou clínicas particulares é bem distante da do meio acadêmico. Podendo envolver vários fatores como: profissionais negligentes, desinformados, que delegam as responsabilidades a técnicos sem formação técnica adequada, uso de técnica laboratorial e materiais inadequados e a falta de senso crítico das conseqüências de uma prótese parcial removível não integrada ao todo do sistema estomatognático.

Hung (2003) estabeleceu num estudo longitudinal uma relação entre perda dentária e alterações no consumo de determinados alimentos, o que pode contribuir para aumentar o risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Enfatizaram a necessidade de avaliação da dieta e recomendações nutricionais nas consultas odontológicas, trazendo grandes benefícios aos pacientes.

McGarry & Jacobson (2004) analisando a situação dos dentistas e dos técnicos de prótese dentária, observaram que a sofisticação das terapias em reabilitação, demanda a proximidade e cooperação entre CDs e protéticos na intenção de melhorar a interface das relações. Concluíram que o profissional necessita redescobrir sua responsabilidade de capacitar-se em todos os aspectos das tecnologias disponíveis nos laboratórios.

Sato *et al.* (2005) propuseram um estudo visando avaliar a resistência a flexão e alterações de cor em resinas acrílicas imersas em higienizadores de prótese por diferentes períodos de tempo. Os achados deste estudo revelaram que os higienizadores de prótese, quando usados de acordo com as instruções dos fabricantes, não afetaram a resistência à flexão nem causaram alterações de cor nas resinas acrílicas termopolimerizáveis após um período de uso simulado de 30 dias.

Hiramatsu *et al.* (2006) estudaram em uma população japonesa, a influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto a saúde bucal. Na auto-avaliação da condição bucal, as principais queixas se deram em relação ao uso de próteses, sendo o tempo decorrido desde a última visita ao cirurgião-dentista foi, em média, de 1,4 ano para os não edêntulos e 6,3 anos para os edêntulos

Singla & Lal (2006) mostraram numa revisão da literatura enfocando o conceito primário de forças no *design* de PPRs, que quando planejamos trabalhos desse tipo, nos deparamos com um número muito grande de combinações para os espaços desdentados e os dentes remanescentes. Cabe lembrar, segundo os autores, que o CD prescreve ao laboratório e não o contrário. Sem cuidados mecânicos e biológicos, uma PPR pode e geralmente se torna incorretamente desenhada uma máquina destrutiva.

Pigozzo *et al.* (2009) estabeleceram que o preparo adequado dos planos-guias, descansos para apoios oclusais e contornos dentais se tornam extremamente necessários para o sucesso da reabilitação por meio desse tipo de prótese, que tem por objetivo a preservação da saúde bucal, conforto e função para o paciente.

Castro *et al.* (2009) avaliaram a qualidade de 140 modelos em cinco laboratórios visando a confecção de PPRs. Constataram que esses trabalhos continuam sendo negligenciadas em relação a sua confecção clínica e laboratorial, através de uma transferência excessiva de responsabilidades do CD ao TPD e uma comunicação ineficaz entre ambos.

Shimura *et al.* (2010) verificaram a influência de diferentes grampos de PPRs na formação de placa dentária em dentes pré-molares que serviam de pilares para trabalhos classe 1 ou 2 de Kennedy. O estudo foi realizado através de fotografias estandardizadas e

quantificação de bactérias por evidenciador de placa nas faces vestibular e distal. Observaram que a formação de placa na face vestibular não dependeu do tipo de grampo. Para superfície proximal distal, recomendaram preparar os planos guias o mais próximo da margem gengival quanto possível para reduzir a formação de placa nessa face do dente.

Koyama *et al.* (2010) pesquisaram os fatores que afetam a continuidade do uso e a satisfação dos pacientes com PPRs num estudo longitudinal de cinco anos, através de exame clínico e questionários. Os achados sugeriam que o uso dos 90 trabalhos constantes nos 67 pacientes da amostra inspecionados eram influenciados pelos fatores idade, localização da área edêntula, número de dentes em oclusão, número de apoios oclusais, dor durante o uso, cor dos dentes, tamanho e arranjo dos dentes. Chegaram ao patamar de 61% de pacientes utilizando os trabalhos com sucesso.

Paes-Júnior *et al.* (2010) realizaram um estudo mostrando a influência da posição do molde durante a fase de presa do gesso pedra tipo IV, sobre algumas propriedades do material. Asseveraram que a variação no posicionamento molde/modelo influenciou nas características de dureza superficial, mostrando que os moldes que ficaram emborcados, obtiveram menor dureza superficial.

2.1.3 Próteses totais (PTs)

Eid *et al.* (1972), estudaram o uso de dois tipos de dentes de resina em próteses totais clínica e laboratorialmente. Concluíram que devido ao desgaste do dente pela metade e pela conseqüente diminuição da DVO, devem-se trocar as dentaduras a cada três anos.

Ellinger *et al.* (1979) confeccionaram dentaduras para 64 pacientes divididos em dois grupos, um com a técnica dita “complexa” que incluía utilização de arco-facial e montagem em articulador semi-ajustável, montagem dos dentes em oclusão balanceada, remontagem dos trabalhos em articulador e correções, de outro forma os outros 32 desdentados receberam próteses montadas com a técnica “padrão”, sem arco-facial, sem oclusão balanceada e realizando os ajustes em boca após a entrega das próteses. O objetivo do trabalho foi determinar qual o método apresentava alterações clínicas perceptíveis pelos

pacientes. Após análise estatística, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos através de achados subjetivos dos pacientes.

Nicol *et al.* (1979) utilizando a mesma amostra do estudo acima, pesquisaram através de radiografias cefalométricas, a taxa de reabsorção óssea entre os grupos, alterações na altura facial, rotação mandibular e migração da base da dentadura depois de 5 anos de uso. Nenhuma diferença significativa estatística foi encontrada entre os grupos.

Magnusson (1980) estudou a prevalência de dores de cabeça e disfunção mandibular em 43 pacientes com dentaduras consideradas insatisfatórias os quais se encontravam esperando por tratamento protético definitivo. Na amostra pesquisada, 40% dos pacientes apresentavam dores de cabeça. Entre as dentaduras dos homens 63% e 83% entre as reabilitações femininas, apresentavam sinais clínicos de disfunção mandibular. Concluiu que existia uma correlação estatisticamente significativa entre dores de cabeça e disfunção mandibular.

Berg (1984) ponderou que informações obtidas pelo CD durante a anamnese convencional e na avaliação clínica têm sido consideradas como importantes fatores preditivos da aceitação dos trabalhos pelos pacientes. Após testar essa hipótese com 75 pacientes com média de 66 anos, concluiu que correlações entre a aceitação da nova prótese pelo paciente e fatores com anamnese, demografia, a variáveis clínicas foram estatisticamente e clinicamente insignificantes e com isso pobres fatores preditivos de como as novas dentaduras serão aceitas.

Berg *et al.* (1984) alertaram que os verdadeiros motivos que levam os usuários de dentaduras a renovar os trabalhos não podem ser estabelecidos com base numa simples entrevista.

Chamberlain *et al.* (1984) demonstraram que os pacientes são quietos julgadores de vários aspectos relacionados com as dentaduras, bem como o aumento da responsabilidade dos profissionais para melhor educar os pacientes a avaliar todos aspectos relacionados a qualidade da assistência recebida, concluindo que desde o início do tratamento deve existir uma via de dois sentidos, um canal de comunicação abertos entre as partes.

Bergman & Carlsson (1985) estudaram 32 pacientes tratados com dentaduras completas na maxila ou mandíbula, examinando-os 21 anos depois. O exame incluiu um questionário mais avaliação clínica e radiográfica. A adaptação aos trabalhos foi excelente em mais de 70% dos casos. Após avaliação, 14 pacientes precisavam trocar as próteses e seis necessitavam reembasamento, ajuste oclusal ou reparo.

Davis *et al.* (1986) determinaram as expectativas e satisfação com as PTs antes e depois do tratamento, avaliando também o efeito de um vídeo informativo na alteração das expectativas. Chegaram à conclusão que apesar do vídeo apresentado não alterar as expectativas e a satisfação dos usuários, as apresentações representam uma padronização da informação precisa e acurada para os pacientes e estudantes de odontologia.

Berg (1988) Estudou a satisfação de 38 pacientes com dentaduras completas novas dois anos após a entrega das mesmas. A partir das opiniões expressadas pelos pacientes no momento da entrega e passados um e dois anos, observou uma deterioração na satisfação dos pacientes, principalmente nas dentaduras mandibulares.

El Ghazali *et al.* (1988) analisaram a deformação funcional em dentaduras completas maxilares construídas com três diferentes tipos de material para base de dentaduras com duas técnicas de processamento diferentes, sendo registrada a avaliação dos pacientes na adaptação dos trabalhos. Os resultados mostraram que não existiu correlação entre a avaliação e a aceitação da adaptação das dentaduras, das magnitudes de pressão encontradas e nem das deformações observadas por parte dos testados.

Vervoorn *et al.* (1989) construíram uma escala para aferir a ansiedade em pacientes desdentados totais. Concluíram que a escala de ansiedade relacionada a odontologia é um instrumento valioso para medir quantitativamente esse aspecto. Acreditam ainda que ela pode ser utilizada como instrumento de pesquisa para explorar além da ansiedade, satisfação e queixas relacionadas a prótese total.

Hoad-Reddick *et al.* (1990) estudou a limpeza de próteses totais numa população de desdentados, através de questionários e exame posterior. Encontrou uma porcentagem de 40% de próteses efetivamente limpas, o que demonstra a necessidade de manutenções periódicas e uma troca após 10 anos.

Wass (1990a) apresentou um estudo que relacionou a qualidade técnica de dentaduras completas e as condições de saúde bucal na satisfação de 130 pacientes que receberam novas próteses. Encontrou uma correlação positiva entre satisfação e qualidade dos trabalhos e nenhuma correlação entre satisfação e condições de saúde bucal dos examinados.

Waas (1990b) investigou a relação entre satisfação com as dentaduras completas a alguns fatores psicológicos, em 130 pacientes utilizando uma escala de classificação e um questionário. Nenhuma relação foi encontrada entre insatisfação e personalidade dos pacientes. Concluiu que a atitude dos pacientes, aferidas pelo questionário antes das novas dentaduras serem entregues, é uma ferramenta prospectiva para medir a satisfação dos desdentados.

Wass (1990c) colaborou com um trabalho sobre determinantes de insatisfação com dentaduras através de análise regressiva, investigando a relação entre satisfação com dentaduras completas e vários fatores causais. Assim, a atitude dos pacientes em relação às próteses totais e o número de próteses utilizadas anteriormente são indicadores prospectivos de satisfação com as novas próteses. As condições bucais e a personalidade dos pacientes não pareceram ser fatores relevantes de insatisfação. Concluíram que a satisfação com as próteses para muitos pacientes são determinadas individualmente, para dentistas e pacientes, geralmente não previsíveis.

Kalk & Baat (1990) destacaram que, após avaliar a opinião dos pacientes sobre suas dentaduras com um questionário, a satisfação geral com as próteses totais não podem ser determinada com base em poucas questões. Consideram que estudos realizados com esse tipo de instrumento são questionáveis.

Kalk *et al.* (1991) descreveram um estudo comparativo de percepção das próteses pelos pacientes e avaliação técnica pelos dentistas depois de 5 anos de uso. Depois de preencherem um questionário, a amostra foi examinada por dois examinadores experimentados. Os resultados mostraram que ambos concordaram com os achados relativos a retenção das dentaduras, mas não concordaram com os aspectos estéticos.

Ressaltaram que geralmente mais terapias foram propostas pelos dentistas do que eram esperadas pelos pacientes.

Vervoorn *et al.* (1991) exploraram através de 4 diferentes questionários, a importância dos fatores psicológicos na satisfação com dentaduras completas em 125 pacientes. Concluíram que o escore atingido com o questionário não mostrou relação com os aspectos da personalidade dos participantes. Enfatizaram ainda a importância de mais pesquisas na etiologia da satisfação com as próteses totais.

Abrão & Panzeri (1992) estudaram a influência do processo de envelhecimento sobre a resistência à flexão e a sorção de água de resinas acrílicas para base de dentaduras. As resinas termopolimerizáveis apresentaram os maiores valores de resistência à flexão quando comparadas as quimicamente ativadas. A partir desses resultados concluíram que o envelhecimento tem efeito deletério sobre esse tipo de material dentário, sendo que todas as resinas ensaiadas mostraram uma marcada diminuição na resistência à flexão.

Jagger & Harrison (1995) estudaram a higienização de dentaduras em 100 pacientes através de questionários, chegando à conclusão que muitos usuários não estavam higienizando corretamente suas dentaduras em razão de que não terem sido instruídos como fazê-lo ou diziam não ter sido. A limpeza dos aparelhos protéticos é essencial na prevenção do mau odor, perda da estética e acumulação de placa/tártaro com seus efeitos deletérios na mucosa.

Leles *et al.* (1999) estudaram retrospectivamente os fatores associados à longevidade de próteses totais, enfocando o tempo de uso e a estimativa de durabilidade em 103 pacientes. A estimativa do tempo médio de durabilidade das próteses foi de 7,5 anos, sendo de 8,1 para a prótese superior e 7,0 para as dentaduras inferiores.

Consani *et al.* (2000) realizaram um estudo sobre adaptação das bases de prótese total superior, verificada em função de três operadores diferentes. Após a realização das mesmas sob condições iguais, verificou-se que o nível de desajuste entre a base de resina e o modelo de gesso foi estatisticamente significativo, mostrando a influência de operadores no trabalho.

Melton (2000) discutiu alguns pontos relativos à administração do sucesso em pacientes com dentaduras completas. Segundo o autor, educação, eficiência clínica, critérios e manejo dos pacientes, são as chaves para aumentar a aceitação dos trabalhos.

Queluz & Moreira (2001) pesquisaram a importância da manutenção da vida útil das próteses totais em pacientes da terceira idade através de questionários. De acordo com os dados obtidos, notaram que há falta de orientação dos pacientes quanto ao período de substituição da prótese (troca de seis a oito anos) e, também quanto ao “entendimento” do paciente, que julga que a prótese estando “adaptada” não há necessidade de troca.

Cunha & Marchini (2002) dissertando sobre a reabsorção óssea alveolar e sua importância em prótese total, ressaltou que em um intervalo de aproximadamente cinco anos, esta prótese já não estaria perfeitamente adaptada ao rebordo.

Marchini *et al.* (2004) verificaram a higiene de dentaduras de uma amostra de desdentados relacionando os achados com a condição dos tecidos orais. Os resultados mostraram que 77,5% dos pesquisados disseram que não tiveram instruções relacionadas à higiene das suas dentaduras, e 91,9% declararam que não foram orientados a retornar para consultas periódicas de manutenção. Foi observada uma relação estatística positiva entre a falta de recomendações sobre higiene oral e limpeza das próteses e a presença de estomatites e hiperplasia.

Breda *et al.* (2006) mostraram que em razão do conforto proporcionado ao paciente, o grau de satisfação com o trabalho é maior quando utiliza-se a técnica da zona neutra para confecção de próteses totais, principalmente nos casos mandibulares. Essa técnica permite distribuir os dentes artificiais, de forma adequada biomecanicamente em relação ao rebordo alveolar e a musculatura paraprotética, proporcionando assim, melhores resultados estéticos, fonéticos e maior facilidade de adaptação.

Silva & Paranhos (2006) testaram três escovas e um evidenciador de biofilme (vermelho neutro a 1% na superfície interna da prótese total) na higiene de dentaduras. A aplicação do evidenciador promoveu maior eficácia na remoção do biofilme, independente da escova utilizada.

Cabrini *et al.* (2008) verificaram a influência do tempo de uso das atuais PTs sobre alguns fatores relacionados à qualidade das mesmas. Concluíram que o tempo de uso influencia na qualidade geral dos aparelhos, e que os itens clínicos que mais sofreram influências foram: cor e forma dos dentes (estética), retenção e estabilidade das próteses inferiores e por fim as relações oclusais que são fundamentais para o restabelecimento e manutenção da harmonia do sistema estomatognático.

Turner *et al.* (2008) realizaram uma revisão sistemática sobre hipossalivação, xerostomia e dentaduras completas, visando determinar os efeitos do tratamento da hipossalivação sobre a retenção de dentaduras. Concluíram que mais ensaios clínicos prospectivos baseados em evidências necessitam ser realizados para se estabelecer alguma relação de pacientes desdentados com boca seca e a retenção dos aparelhos.

Bontempo & Zavanelli (2009) estudaram a prevalência dos fatores etiológicos correlacionados à desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bi maxilares, comparando fatores como gênero, faixa etária e condições clínicas tipo: retenção e estabilidade, desgaste das superfícies oclusais dos dentes artificiais, coincidência entre relação cêntrica e máxima intercuspidação habitual e verificação da dimensão vertical de oclusão. Os autores concluíram que os pacientes que usavam as próteses totais em condições clínicas adequadas apresentaram menos sinais e sintomas de desordem temporomandibular do que os pacientes que usavam próteses totais em condições clínicas insatisfatórias.

Khindria *et al.* (2009) revisaram na literatura a evolução dos materiais dentários utilizados nas bases de dentaduras, concluindo que os polímeros, especialmente as resinas acrílicas depois de entrarem no mercado a mais de 70 anos atrás, parecem estar constante mudança, com o reforço de fibras, sendo o material de escolha para bases de dentaduras.

Lee *et al.* (2009) publicaram um estudo em que foi mostrada a importância de se informar os pacientes sobre o efeito significativo da retenção de próteses totais em relação a posição da língua. Nos casos em que os pesquisados se encontravam com a língua na posição de descanso ideal, a retenção foi aumentada em 57,73%, em relação aos que se apresentavam com a posição lingual recuada.

Kimpara *et al.* (2009) analisaram o desempenho de quatro ciclos de polimerização de resinas acrílicas ativadas termicamente utilizadas para confecção de base para PTs. Concluiu-se que o ciclo curto, determinou a presença marcante de porosidades nas superfícies da amostra contribuindo para o entendimento do melhor ciclo a ser utilizado na confecção de dentaduras completas.

Zakereyya *et al.* (2009) estabeleceram uma comparação entre a avaliação dos pacientes e a inspeção clínica por profissionais em diversos trabalhos restauradores e reabilitadores, encontrando diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos grupos (pacientes e profissionais). Enquanto os pacientes revelaram que 67,6% dos trabalhos estava satisfatória, os profissionais chegaram ao valor de 43,8%, mostrando ainda que a satisfação dos pacientes foi influenciada pelas variáveis gênero, idade, qualificação dos operadores e longevidade da restauração.

Loney & Knechtel *et al.* (2009) enfatizaram a importância do diagnóstico de problemas e correções de pontos de pressão em próteses totais utilizando um evidenciador de bases de dentaduras. O produto é aplicado sobre a área interna da base e levado em boca, ao remover-se o aparelho, evidencia-se a área comprida facilitando a resolução de problemas.

Machado *et al.* (2009) mostraram um estudo de relevância clínica para higienização de dentaduras completas pelos pacientes. Segundo os autores, bases resinosas acrílicas de dentaduras depois de repetidos procedimentos de desinfecção, como a imersão das dentaduras em perborato de sódio e irradiação no forno de microondas, não afetaram a dureza da superfície dos aparelhos, porém dependendo do tipo de acrílico, podem aparecer rugosidades na superfície.

2.2 Responsabilidade ética e legal sobre os tratamentos protéticos

O Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940) possui um segmento específico que se refere aos crimes contra a pessoa (parte especial, título I). No que versa sobre as lesões corporais (no art. 129), o legislador entendeu que se considera lesão corporal a ofensa a integridade corporal ou a saúde de outrem, tipificando, no parágrafo sexto, o crime de lesão

corporal culposa. Destacou o doutrinador, que a pena pode ser aumentada em um terço, se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, ou se o agente não procura diminuir as conseqüências do seu ato, dentre outras questões.

Segundo a Lei que regula o exercício da odontologia no Brasil (Brasil, 1966), no seu artigo sexto, compete ao CD praticar todos os atos pertinentes à odontologia, (incluem-se todos os trabalhos de prótese dentária no inciso primeiro), proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa (inciso quarto), bem como manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese (inciso sétimo).

Agrestini (1966) mostrou que o cálculo do ressarcimento do dano deverá ser feito conforme as necessidades de próteses, ou trocas, advindas em conseqüência do primeiro fato ocorrido, ou seja, deve-se estimar um tempo de vida média para o sujeito ofendido e, com base na durabilidade média dos diferentes tipos de próteses estimar o total de item “despesas de tratamentos futuros”. Cabe destacar a necessidade de se considerar a estimativa de vida no país representado. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) a média, para ambos os sexos, da estimativa de vida no Brasil é de 72,7 anos.

Robetti *et al.* (1987) salientaram estudando a prótese dentária fixa na valoração do dano no âmbito da responsabilidade civil, que a perda parcial ou em toda bateria labial, requer uma intervenção imediata, pois o déficit estético compromete a volta ao trabalho e a vida social. Segundo os autores, no ressarcimento do dano, o dito dano emergente é o que surge, no momento da lesão ou ato ilícito, devendo ser prontamente analisado e avaliado. Está intimamente ligado ao tratamento que será proposto. Sendo assim, propõem nessa fase terapêutica, em reabilitações protéticas com próteses fixas, nas despesas de cura, o seguinte protocolo:

- Exames radiográficos e extrações de restos radiculares não recuperáveis;
- Prótese móvel provisória;
- Eventuais terapias endodônticas de dentes pilares, com controles radiográficos periódicos;
- Prótese fixa provisória para adequação dos dentes pilares envolvidos;

- Prótese fixa efetiva.

Mailart *et al.* (1991) apontaram o valor da radiografia nas perícias odontológicas, mostrando que, muitas vezes, o clínico utiliza-se da radiografia, executa o trabalho e não faz a fixação/lavagem final nos tempos mínimos: 10 e 20 minutos respectivamente. Pouco tempo depois a radiografia estará com excesso de Sulfureto de prata (amarelada) e com perda da qualidade da imagem. Aquela radiografia que deverá ir para um arquivo podendo servir numa futura intervenção ou em aspecto legal perde a sua finalidade e o CD pode perder uma prova que lhe seria favorável.

Fabroni & Umani Ronchi (1993), citado por Silva (2003), propuseram um protocolo para tentar estabelecer a durabilidade das próteses fixas. Para tanto consideraram seis fatores de risco, de ordem clínica, que possibilitaram sugerir parâmetros para durabilidade de tais aparelhos, a saber: integridade do suporte periodontal, presença de gengiva livre insuficiente ou reduzida no setor anterior e posterior, hipertrofia da musculatura crânio-mandibular, hábitos parafuncionais, recessão gengival e quantidade de dentes na prótese (o número de elementos protéticos é inversamente proporcional a durabilidade da peça). Selecionaram esses fatores, e os representaram de maneira decrescente a durabilidade, da seguinte forma:

- F1 – Prótese com um elemento;
- F2 – Presença de gengiva livre insuficiente ou reduzida no setor posterior;
- F3 – Hipertrofia da musculatura crânio-mandibular;
- F4 – Prótese com dois elementos;
- F5 – Suporte periodontal reduzido;
- F6 – Recessão gengival;
- F7 – Presença de gengiva livre insuficiente ou reduzida no setor anterior;
- F8 - Prótese com mais de dois elementos;
- F9 – Hábitos parafuncionais

Tomando por base a literatura, os autores definiram uma média de doze anos para durabilidade das próteses fixas, considerando-se a vida útil mínima para esse tipo de trabalho de prótese de seis anos. Esses períodos de durabilidade foram definidos

considerando material e técnica operatória estandardizados e os escores foram estipulados através de uma progressão geométrica simples. Ao serem delimitados se apresentaram da seguinte forma conforme ilustra a Tabela abaixo:

Tabela 1 - Escores dos fatores para cálculo da durabilidade de próteses fixas.

Escore definido pelos fatores de risco									
F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Totalização do escore
1	2	4	8	16	32	64	128	256	511

Fórmula geral para durabilidade: $12 - 0,012 \times \text{soma dos escores}$

Fonte: Fabroni & Umani Ronchi, 1993, citado por Silva, 2003.

Como exemplo prático para estimativa da durabilidade de próteses, de acordo com essa técnica preconizada, um paciente que faz uso de uma prótese fixa posterior com dois elementos (F4), possui bruxismo (F9) e nenhum outro fator clínico detectável, apresentaria o seguinte cálculo de estimativa dessa peça protética: $[12 - (0,012 \times 264)] \rightarrow 12 - 3,168 \rightarrow 8,8$. Logo, a probabilidade estimada da durabilidade desse aparelho é de 8,8 anos. Caso o paciente já tenha recebido o trabalho a cinco anos atrás, a peça ainda teria 3,8 anos de vida útil por essa técnica. Esse método teve uma confiança de 90% de acordo com a metodologia testada. Enfatizou-se a necessidade de estudos longitudinais para desenvolver melhor o parâmetro sugerido (Fabroni & Umani Ronchi, 1993, citado por Silva, 2003).

Cardozo (1994) enfatizou em publicação sobre a avaliação das lesões dentárias em âmbito civil, que como consequência de danos dentários, e dependendo das características dos mesmos, o ofendido possivelmente terá pela frente uma série de providências terapêuticas que poderão se prolongar, em evolução progressiva, por toda vida do indivíduo. Isto tem se mostrado verdadeiro, especialmente nos casos de aparelhos protéticos, uma vez que este tipo de reabilitação é sempre de duração limitada.

França (1995) estudou 51 casos envolvendo ações civis e criminais contra CDs. Nos 25 casos nacionais, a área de prótese representou 20% dos processos analisados, sendo que outros 20% envolviam conjuntamente endodontia e prótese. Quanto às reclamações de

tratamentos protéticos inadequados, destacaram que o número de queixas relacionadas à durabilidade das próteses, onde os citados não informaram aos pacientes com precisão, características importantes sobre a longevidade dos trabalhos. Relataram que a durabilidade de uma prótese depende de diversos fatores, tais como, as condições da dentadura remanescente, dos tecidos paradentais, das condições dos dentes que servirão de pilares, bem como às normas técnicas precisas para a construção das mesmas.

Cardozo (1997) dissertando sobre a avaliação do dano em âmbito civil, considerou absurdo que uma restauração protética (de duração limitada), uma vez concluída, represente o fim da responsabilidade de ressarcimento do dano dentário. Segundo a autora, neste aspecto, interpreta-se como sendo necessária a continuidade de cuidados terapêuticos, à custa do agressor, por toda a vida do indivíduo, pois seria injusto que o ofendido tivesse que arcar com esses custos.

Silva (1997) classificou as perícias civis em âmbito odontológico da seguinte maneira:

- De ressarcimento de danos (incluem-se: casos de responsabilidade profissional; acidente de trânsito; agressão e erro profissional).
- Arbitramento de honorários profissionais (em casos de cobrança judicial promovida por CD).
- Exclusão de paternidade;
- Estimativa da idade (em caso de adoção de menores).
- Avaliação de equipamentos odontológicos (em casos de lides contratuais).

Gonçalves *et al.* (1999) ressaltaram a importância da produção antecipada de provas para o CD, alertando que trata-se de um tipo de processo cautelar de grande importância para o profissional clínico, pois, na medida em que o exame pericial é realizado previamente à instauração de processo judicial, isso permitirá a limitação da responsabilidade profissional do clínico somente aos procedimentos que efetivamente realizou. Dessa forma, é possível que o paciente retome seu tratamento sem que o meio de prova seja prejudicado. Tais hipóteses acentuam a necessidade de uma documentação

odontológica criteriosa, pois esta funcionará como um dos elementos básicos do trabalho do perito.

Grinover *et al.* (1999) destacaram que na relação entre o CD e o paciente, a atual Carta Magna aponta vários direitos e deveres, sendo um dos que mais tomaram corpo, o direito a informação, onde o paciente passou a ter o direito de ser informado e o CD de informar. Salieta-se que esta informação deverá ser adequada e suficiente sobre todos os procedimentos a serem efetuados. Contemplando a determinação insculpida no inciso XXXII do Art. 5º da Constituição Federal, foi sancionada em 1990 a Lei nº 8.078, conhecida como Código de Proteção e Defesa do Consumidor, enquadrando o CD como fornecedor de serviços e o paciente como consumidor. A informação quanto aos serviços e os riscos ligados a prestação dos mesmos, foram muito valorizados, sendo o direito à informação classificada como direito básico do consumidor. Destaca a referida Lei que são direitos básicos do consumidor: informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, característica, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem. Ainda no referido código, no seu Art. 14, o legislador penaliza o CD caso venha a ocorrer à hipótese de as informações serem insuficientes ou inadequadas sobre a fruição e riscos do serviço. A mesma Lei também prevê, no artigo 35º: “O consumidor pode exigir o cumprimento forçado da obrigação, nos termos da oferta, apresentação ou publicidade”. Em relação a prescrição à reparação de danos, o referido Código se manifesta através do Art. 27º, indicando que a prescrição ocorre em 5 anos, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria.

Modolo *et al.* (1999) realizaram um estudo em âmbito ético (junto ao CROSP), analisando 142 queixas contra CDs entre os anos de 1993 e 1997, relacionadas a prótese e tratamento periodontal, com o objetivo de compreender os fatores que as motivaram. Encontraram 84% dos casos eram oriundos de consultórios particulares, e 10.6% provinham de instituições de ensino. Em relação ao que motivou a procura dos serviços odontológicos, 64,7% foram à primeira consulta com a intenção de realmente realizar um tratamento reabilitador protético. Destaca-se que, após a análise qualitativa dos casos, 69%

eram motivados por problemas de relacionamento com o profissional. Concluíram que os CDs devem ser mais cuidadosos com a documentação, produzindo registros adequados e de forma completa, contendo todas as informações clínicas, ocorrências durante os tratamentos e suas conseqüências, bem como as providências tomadas durante o tratamento.

Oliveira (1999) verificou num estudo longitudinal de nove anos junto ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo em 616 processos éticos envolvendo os profissionais, que a de prótese foi a mais incidente dentre as especialidades odontológicas no período, totalizando 57,6% (356 julgados). Dentre o universo da prótese, o maior número de queixas estava relacionado à prótese fixa, com 55% do total ou 196 queixas. Analisando o motivo que levou os pacientes a representarem junto ao órgão, o “mau relacionamento” foi mais apontado.

Simonetti (1999) estudou a responsabilidade civil do CD, ressaltando que em um processo, a primeira peça de fundamental importância é a ficha clínica, onde todas as anotações, tipos de tratamentos sugeridos e aceitos pelo paciente, além de faltas e demais prescrições, deverão constar e estar com a devida ciência do paciente.

Puppín *et al.* (2000) publicaram uma reflexão sobre questões éticas versus questões legais e suas implicações na prática clínica. Consideraram que uma formação profissional com conhecimentos de princípios éticos e legais orienta o CD, quando da aplicação do seu saber, na construção de uma prática consciente resultando numa melhor relação paciente-profissional e realização pessoal.

Ramos (2000) rastreou processos contra CDs entre 1997 e 1999 na Comarca de São Paulo em foro civil, onde localizou 34 processos judiciais em andamento. Nessa amostra, constatou que, a especialidade de prótese foi a mais envolvida, estando presente em 50% da demanda. Na grande maioria dos processos aparece como principal queixa do paciente o insucesso quanto ao aspecto estético do tratamento odontológico.

Masella & Meister (2001) analisaram diferentes tipos de testemunhos realizados por peritos e examinaram a importância da qualidade desse relato, à luz de diferentes legislações. Segundo os autores, na prática, os CDs deveriam se ver como clínicos e avaliadores. Fornecer opiniões com *experts* nos meios forenses é uma parte ética do

exercício profissional. Fazendo isso com honestidade e objetividade, os peritos estarão servindo de elo entre a justiça e assumindo sua responsabilidade social.

Silva *et al.* (2001) numa publicação sobre legislação e ética na relação CD-paciente, enfatizaram que a maioria dos odontólogos relataram que discutem questões técnicas com seus pacientes, dando a eles oportunidade de opinar e escolher sobre diferentes alternativas de tratamento. De outra forma há um percentual que não possui tal prática, alegando para isso a falta de conhecimento técnico e científico dos atendidos, a possibilidade de não aceitação do tratamento odontológico pelo paciente e o prejuízo da imagem do profissional.

No Código Civil (2002), podem-se considerar situações culposas relacionadas aos tratamentos odontológicos, como atos ilícitos. O legislador explicita no art. 186 que se considera ato ilícito: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, violar direito ou causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. A doutrina civil de 2002 acrescentou ainda, no artigo 187, que: “Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes”. Independentemente da forma como a ilicitude é tipificada, cabe ao agente que causou o dano, indenizar o lesado, conforme estabelecido nessa mesma legislação¹. Em relação ao exercício profissional (incluem-se aqui todos os CDs), preocupou-se a carta civil em deixar claro quando a situação ocorre em razão do trabalho². No mesmo diapasão, diploma civil de 2002 mostra quais as despesas são previstas pela ofensa a saúde causada no ofendido³. Já em relação à prescrição de ações pessoais, o referido diploma legal se

¹ Art.927: “Aquele que por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem”.

² Art.951: “O disposto nos artigos [...] se aplica ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício da sua atividade profissional, por negligência, imperícia ou imprudência, causar morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho”.

³ Art.949: “No caso de lesão ou outra ofensa a saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido”.

manifesta no artigo 205: “A prescrição ocorre em 10 anos, quando a lei não lhe haja fixado prazo menor”.

Severo *et al.* (2002) no que tange a quem pertencem as radiografias odontológicas, se ao profissional ou ao paciente, observaram que legalmente existe respaldo e garantia à propriedade do paciente, e esta deve ser respeitada. Independente de relações de consumo e fornecimento, ou de pagamentos, as radiografias são sempre do paciente.

Tanaka (2002) dissertou sobre as reclamações contra CDs no PROCON de Presidente Prudente/SP, onde objetivou verificar os seguintes aspectos: os motivos que levaram os pacientes a reclamarem dos profissionais, as áreas de atuação odontológicas que tiveram mais reclamações, o tipo de ressarcimento pedido pelos consumidores e a conclusão do caso junto ao órgão de defesa dos consumidores. A especialidade que mais teve reclamações foi a prótese, atingindo o escore de 38,71%. Concluíram que a maioria dos reclamantes obteve um resultado satisfatório referente a sua queixa.

No Código de Ética Odontológico (CFO, 2003), ou também conhecido como Resolução nº 042, de 20 de maio de 2003 (alterada pela Resolução nº071, de 06 de junho de 2006), observa-se a expansão dos direitos e deveres dos profissionais, das entidades e das operadoras de planos de saúde, com inscrição nos Conselhos de Odontologia. Ressalta-se como dever dos CD zelar pela saúde e dignidade dos pacientes.

Silva (2003) realizou um trabalho enfocando os aspectos legais da durabilidade e eficiência das próteses dentárias fixas e removíveis junto a 64 especialistas em prótese dentária inscritos no Conselho Regional de Odontologia da Bahia, visando evidenciar fatores diversos relacionados à durabilidade das próteses fixas e removíveis, com vistas ao cálculo das despesas de tratamentos futuros nos processos de ressarcimento de danos. Concluiu que durabilidade dos trabalhos relacionados na pesquisa possuiu semelhança com aquela encontrada na literatura. Segundo os achados desse autor a durabilidade das próteses dentárias é a seguinte: a) 5 a 10 anos para fixas metaloplásticas, b) 10 a 15 para metalocerâmicas, c) 5 a 10 anos para as próteses parciais removíveis (anteriores e posteriores).

Francesquini Júnior (2004) estudando os parâmetros de qualidade de PPRs e a responsabilidade civil, concluiu que a legislação e a jurisprudência concernente à responsabilidade pelos trabalhos de PPRs realizados colocam o CD como único responsável pelos serviços de diagnóstico, planejamento, execução na cavidade bucal, escolha da cor dos dentes, da cor da resina, do tipo, forma e tamanho dos dentes, instalação, avaliação e preservação. Ao TPD e/ou chefe do laboratório caberá a responsabilidade pelos serviços de fundição, polimento, montagem dos dentes, polimerização e acabamento final. Ao indivíduo consumidor de serviços, caberá, cuidados com manuseio, higienização e limpeza, cuidados com a dieta e a consulta sistemática ao CD, de acordo com as prescrições do mesmo, ou em qualquer situação que se faça necessária. A responsabilidade civil do CD, no tocante à área de PPR, independente da sua classificação (classe I, II, III ou IV de Kennedy), comporta-se como responsabilidade de meio. Independente deste fato, a responsabilidade civil desse profissional enquanto autônomo é subjetiva, necessitando-se da realização de perícia, para se determinar a existência de culpa. Para o CD empresário, empresas de odontologia, e instituições de ensino, a responsabilidade é objetiva.

Alcântara (2006) ministrou que nas perícias sobre pessoa natural, chamadas de perícia no vivo, dentre outras mais frequentes, destacam-se as formadoras de juízos civis, e dentre essas, encontram-se a avaliação de danos corporais (estéticos e funcionais) para indenização.

Costa-e-Silva & Zimmermann (2006) analisaram 39 acórdãos dos Tribunais de Justiça das regiões sul e sudeste do Brasil exarados entre 2005-2006, acerca das ações de responsabilidade civil interpostas contra CDs. Os resultados obtidos demonstraram que todas as ações requereram danos morais e patrimoniais em razão de suposto tratamento inadequado. As indenizações variaram entre 500,00 reais e 140.000,00 reais.

França (2007) publicou um trabalho na área de ortodontia forense sobre a razão de guardar a documentação clínica do paciente. Lecionou que o melhor a fazer é entregar toda a documentação ao seu legítimo dono, mediante recibo onde se discrimina todos os documentos entregues. Enfatizou que é melhor guardar uma folha de papel, tomando menos espaço. No que versa sobre a questão do ônus da prova, bastaria apresentar o recibo de

entrega, onde o paciente então deverá apresentar o material sob pena de estar agindo de má-fé.

De Paula (2007) levantou jurisprudências relacionadas a processos de responsabilidade civil contra CDs, cujos acórdãos (decisões de segundo grau) foram baixados pela internet. Num total de 48,3% dos textos, foi possível identificar a especialidade envolvida, chegando-se ao patamar de 26,4% dos processos relacionados a especialidade de prótese dentária.

Covolan *et al.* (2008) mostraram um estudo onde o direito analisou a responsabilidade civil na odontologia, segundo os autores, deve-se verificar a culpa do dentista por descumprir o prometido analisando os seguintes fatos: primeiro o que foi estabelecido por escrito ou verbal dado como garantia ao paciente; segundo a culpa do profissional pela não realização do proposto tratamento. Ponderaram também a interferência direta do paciente ao não seguir as recomendações do profissional para obter o resultado final desejado que possa ocorrer, por exemplo, nos casos em que o paciente se submete a procedimento cirúrgico e recomendado a não fumar o faz causando problemas de cicatrização a alterando de forma evidente o resultado esperado.

Kato *et al.* (2008) estudaram a responsabilidade civil do CD por meio de revisão da literatura. Concluíram que, não resta dúvida, atualmente os pacientes buscam cada vez mais a estética e a cosmética. Cabe ao CD procurar oferecer um contrato, visando à obrigação de meio, enfatizando a necessidade de saúde bucal ao paciente, ao invés de prometer resultados estético e cosméticos que venham a encher os olhos do paciente. Se não demonstrada cabalmente a culpa, não há como imputar-se a responsabilidade ao profissional, comprovando que teve a conduta diligente e que, ainda assim, sobreveio o evento irresistível.

Bouchardet & Silva (2009) consideraram que o CD é o perito mais indicado para valoração do dano bucomaxilofacial, que envolve necessariamente a análise do estado anterior ou de lesões complexas na região bucomaxilofacial. Destacam também que é preciso responder a três questões importantes quando se considera o nexo de causalidade e valoração do estado anterior na semiologia do complexo bucomaxilofacial aplicado à

perícia: quais são as lesões e seqüelas imputáveis, quais são os tratamentos e as próteses justificados pelas lesões e suas seqüelas, e, por fim, qual o custo aceitável para esses tratamentos e próteses.

Nigre (2009) asseverou que a responsabilidade do CD é, de forma irrefragável, subjetiva, ou seja, somente responderá o profissional se o dano causado ao paciente tiver sido efetivado por uma conduta culposa. Nesse diapasão, mesmo que se encontrem presentes os requisitos da verossimilhança e da hipossuficiência, acredita o autor não haver a possibilidade da inversão do ônus da prova no que diz respeito à culpa do CD. O mesmo autor se posiciona também em relação ao tipo de obrigação que caracteriza a atividade desse profissional:

Por sua própria essência, o ato profissional praticado pelo cirurgião-dentista, não importando aqui sua especialidade, faz com que a relação com o paciente esteja subordinada à expectativa do melhor resultado que se possa alcançar. Contudo, por não ser uma ciência exata, há sempre a probabilidade de resultados diversos dos esperados, mesmo na ausência de imperícia, imprudência ou negligência, em razão de fatores exógenos e endógenos de toda natureza. Nessa linha, espera-se que os operadores do direito se dispam das vetustas idéias preconcebidas e aceitem que o direito interaja com os cânones da ciência odontológica e, assim, transponha o *equivocado* entendimento de que a obrigação do cirurgião-dentista apresenta-se como de resultado (Nigre, 2009). Grifo nosso.

Giostri (2009) ressaltou que como o fator risco sempre estará presente, o insucesso de um tratamento protético não pode depender só do odontólogo. Este insucesso pode estar ligado não só à colaboração do paciente (notadamente em matéria higiene bucodentária), mas também à imponderável e imprevisível evolução (ou involução) biológica do conjunto de órgãos que constituem o aparelho mastigador. Daí se conclui que, quanto mais aumenta a álea, menos lógica há em se aplicar a obrigação de resultado. Nesse sentido, refletindo sobre a arte-ciência odontológica e a abrangência de sua responsabilidade na atualidade, dentre outras conclusões, citou: “... sabe-se que a natureza não dá saltos, portanto as coisas têm um tempo certo para acontecer e, de igual maneira, ocorre com o organismo humano.”.

Silva (2009) dissertando sobre o CPDC e os prazos para reclamar, orientou que os CDs devem repetir o que fazem os hospitais, solicitando aos pacientes ou seus responsáveis que assinem suas altas, de modo a caracterizar a contagem do prazo final de responsabilidade dos profissionais. Caso contrário, em juízo, o paciente pode alegar que determinada prótese, por exemplo, ainda está em fase de testes, mesmo após dois anos. Portanto alta por escrito e assinada pelo paciente.

Vassão *et al.* (2009) publicaram um estudo sobre a prevenção a riscos jurídicos no exercício da odontologia. Segundo os autores, a relação com o paciente está permeada por nuances que podem levar a conflitos legais. Conhecer a leis que norteiam essa atuação e suas implicações na clínica odontológica é obrigação de todo o CD, assim como a organização do prontuário odontológico. Destacaram que muitos dos procedimentos executados na prática da odontologia podem apresentar vício de difícil constatação, implicando em manter o prontuário do paciente para sempre.

Garbin *et al.* (2009) pesquisaram a responsabilidade profissional do CD segundo a opinião de advogados, questionando os mesmos sobre o que levaria ou impediria o paciente de ajuizar ação contra esse profissional. Verificaram que os bacharéis acreditam que o paciente provavelmente moveria ação contra o CD por sentir-se enganado, ao passo que a satisfação do paciente com o serviço executado foi apontada como um fator que impediria o mesmo de tomar tal atitude.

Paranhos *et al.* (2009) analisaram o mercado de trabalho odontológico na região sul do Brasil através de dados fornecidos pelo Conselho Federal de Odontologia e Instituto Brasileiro Geografia e Estatística entre o período de 2003 a 2007. Constataram que o índice de especialistas/habitante maiores que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que a segunda especialidade que mais possuía profissionais inscritos foi à prótese dentária e a que menos mostrava atuantes era a odontologia legal, com apenas um inscrito à época.

3 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho teve como objetivos:

- a) Verificar o conhecimento de CDs especialistas em prótese dentária da cidade de Porto Alegre/RS sobre aspectos relacionados ao tempo de duração de trabalhos protéticos.
- b) Destacar o saber dos protesistas sobre legislação aplicada no exercício profissional e nas relações com a reparação de danos envolvendo trabalhos de prótese.
- c) Evidenciar os aspectos clínicos pertinentes ao tema.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização da pesquisa foi confeccionado um questionário, modificado do modelo proposto por Silva (2003), com 43 questões, 41 estruturadas e duas abertas.

4.1 Identificação das fontes de obtenção do material da pesquisa

Foram entregues 222 questionários juntamente com duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLE) a 222 especialistas em prótese dentária da Cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estes CDs constavam na listagem obtida junto ao CRO-RS como inscritos na especialidade de prótese dentária. Para a entrega dos questionários e TCLE, bastou que o CD especialista estivesse devidamente habilitado, ou seja, possuísse inscrição no CRO-RS na especialidade de prótese dentária e trabalhasse na cidade.

Tendo em vista o aspecto legal envolvido e buscando se evitar constrangimentos, os participantes da pesquisa preencheram um campo de estabelecimento do perfil no questionário e um termo de identificação presente apenas no TCLE. No questionário inexistia campo que identifique o participante da pesquisa. Tal fato visou evitar a quebra de sigilo.

4.2 Método de abordagem dos sujeitos da pesquisa

A abordagem dos sujeitos foi realizada de duas formas: pessoalmente pelo pesquisador naqueles endereços próximos a residência e ao consultório particular, e, via correio, para os endereços mais distantes. Os pesquisados abordados via postal, receberam junto com o material um envelope selado para remessa postal dos resultados.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, para a entrega dos questionários e TCLE, bastou apenas que o CD especialista em prótese seja devidamente habilitado, ou seja, possua inscrição no CRO-RS na especialidade de prótese dentária e trabalhe na cidade. Serão

considerados incluídos na pesquisa os questionários recebidos pelo correio, bem como os coletados pelo pesquisador até 45 dias depois da abordagem nas duas formas previstas.

Foram excluídos no estudo os questionários devolvidos pelo correio enquadrados como destinatário desconhecido, mudou-se, bem como questionários que apresentassem rasuras ou que estivessem com duas questões assinaladas.

4.3.1 Delineamento bibliográfico

Na pesquisa bibliográfica para este estudo, utilizamos como sinônimos de “tempo de duração” as palavras: longevidade, durabilidade, média de vida, vida útil, aceitabilidade clínica, sucesso clínico e eficiência clínica.

4.3.1.1 Próteses fixas

Para realização do delineamento bibliográfico foram considerados dois tipos específicos de prótese fixas:

Tabela 2 – Tipos de próteses fixas considerados no estudo.

<i>Classificação dos trabalhos INCLUÍDOS no estudo</i>	
<i>Grupo</i>	<i>Tipos de próteses</i>
Próteses Adesivas	Próteses adesivas anteriores
	Próteses adesivas posteriores
Próteses Parciais Fixas	Coroas totais metalocerâmicas
	Coroas totais metálicas
	Coroas totais metaloplásticas
	Coroas totais metal free (Bottino, 2000)
	Próteses parciais fixas anteriores e posteriores
	Próteses parciais Fixas com extremo livre (<i>Cantilever</i>)

Não foi feita distinção sobre peças assentadas sobre presença de munhão em resina com pinos pré-fabricados ou núcleos fundidos (Creugers *et al.*, 2005), bem como se o elemento dentário era ou não vitalizado (Pegoraro, 1998).

Foram excluídos do estudo os seguintes tipos de trabalhos: restaurações onlays e inlays, coroas $\frac{3}{4}$, $\frac{4}{5}$ e $\frac{7}{8}$, facetas estéticas e tampouco restaurações metálicas fundidas.

4.3.1.2 Próteses totais e parciais removíveis

Para realização do delineamento bibliográfico foram considerados os seguintes tipos de prótese total e parciais removíveis:

Tabela 3 – Tipos de prótese parciais removíveis considerados no estudo.

<i>Classificação dos trabalhos INCLUÍDOS no estudo</i>
Próteses Parciais Removíveis (peça fundida única)
Próteses Totais (dentadura maxilar ou mandibular)

Foram excluídos no estudo os seguintes tipos de trabalhos: próteses parciais removíveis provisórias retidas a fio ortodôntico (grampo dobrado), próteses totais imediatas, próteses totais temporárias ou próteses totais terapêuticas (que possuam material resiliente na base), e próteses totais tipo *overdenture*.

4.4. Análise estatística

Os dados foram analisados através de tabelas, gráficos e porcentagens. Para a comparação das respostas entre as variáveis (do perfil e da parte específica), foi utilizado o teste Exato de Fisher, que objetiva verificar a existência de uma relação significativa entre duas variáveis qualitativas é um teste utilizado para o caso de amostras pequenas. Para a análise estatística utilizou-se o software SPSS versão 10.0.

5 RESULTADOS

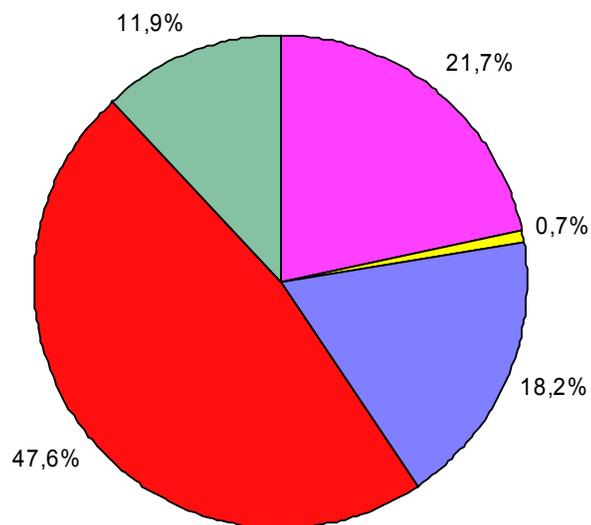
Constavam na listagem fornecida pelo CRORS, 222 especialistas em prótese dentária na Cidade (foram repassadas pelo Órgão de Classe 222 etiquetas contendo o endereço dos profissionais referente ao ano de 2007). Remeteu-se pelo correio e posteriormente foi levado ao local de trabalho, um questionário e dois TCLE para cada um dos constantes na lista. Obteve-se o retorno de 184 questionários, sendo que 34 profissionais não postaram o material visando retornar ao pesquisador. Dos 184, destaca-se que retornaram 41 totalmente em branco, outros três CDs haviam se mudado e um foi considerado desconhecido pela Empresa de Correios e Telégrafos (ECT). A amostra da pesquisa constituiu-se de 143 questionários respondidos (n=143), ou seja, 64,4% do número de profissionais existentes a época. Quanto ao perfil da amostra estudada, verificou-se que 53,8% (n=77) eram do sexo feminino, sendo que dois questionários não foram respondidos nesse item.

A maioria dos profissionais respondentes se encontrava na idade entre 31 e 40 anos, atingindo o patamar de 29,4% (n=42). O setor de trabalho que mais se destacou foi o particular, representando um percentual de 53,8% (n=77). Já no que se refere ao tempo de exercício profissional, foi mais prevalente o período entre 16 e 20 anos, com 19,6 % dos pesquisados. Cabe destacar que 22 especialistas não responderam essa pergunta. Esses dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização da amostra estudada em relação ao Sexo, Idade, setor de trabalho e tempo de exercício profissional (n=143).

Variável	Frequência	%
Sexo		
Masculino	64	44,8
Feminino	77	53,8
Não resposta	2	1,4
Idade		
20 a 30	25	17,5
31 a 40	42	29,4
41 a 50	36	25,2
51 a 60	18	12,6
61 ou mais	18	12,6
Não resposta	4	2,8
Setor de trabalho		
Público	10	7,0
Particular	77	53,8
Misto	29	20,3
Não resposta	27	18,9
Tempo de exercício profissional		
0 a 5	14	9,8
6 a 10	27	18,9
11 a 15	18	12,6
16 a 20	28	19,6
21 a 25	13	9,1
26 a 30	12	8,4
31 a 35	3	2,1
36 a 40	4	2,8
41 ou mais	2	1,4
Não resposta	22	15,4

Ainda em relação ao perfil dos participantes, questionou-se onde os *experts* tiveram ministrados os conhecimentos de Odontologia Legal, sendo que foi encontrado um escore de 47,6% de participantes declarando que não tiveram ministrados esses conteúdos durante os seus estudos (conforme está descrito na Figura 1).



■ Graduação
 ■ Especialização
 ■ Outros
 ■ Não teve
 ■ Não resposta

Figura 1 - Curso onde teve ministrado seus conhecimentos de Odontologia Legal.

A respeito do curso onde foram ministrados os conhecimentos de prótese dentária (questão de múltipla escolha), obteve-se um índice de 123 respondentes indicando a graduação. Por outro lado, 121 disseram ter aprendido prótese na especialização, conforme está disposto na Figura 2.

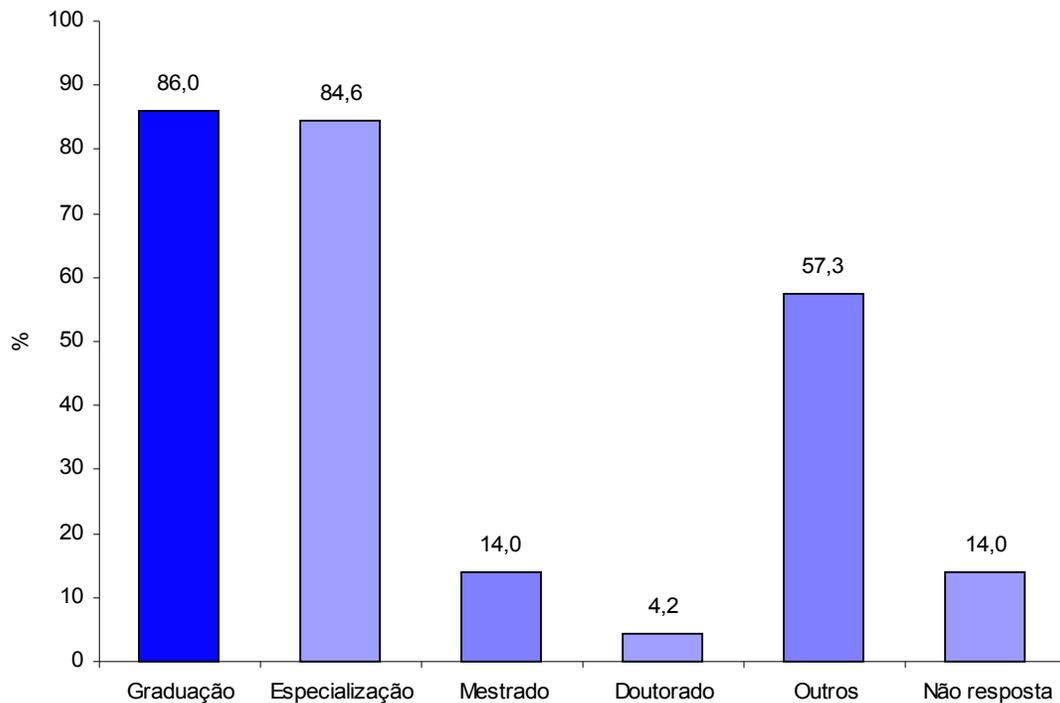


Figura 2 - Curso onde teve ministrado seus conhecimentos de Prótese Dentária.

Na parte específica da pesquisa, os especialistas em prótese dentária foram perguntados sobre o significado de guardar ou manter arquivado o prontuário, sendo que a maioria, 79% (n=114), respondeu que sabia o que significa o ato. Já em relação ao tempo ou período de guarda, 46,2% dos profissionais especialistas elegeram como resposta mais adequada o tempo de mais de 20 anos, conforme pode inferir nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Você sabe o que é tempo de guarda de prontuário?

Resposta	Frequência	%
Sim	114	79,7
Não	29	20,3
Total	143	100,0

Tabela 6 - Quanto tempo você deve guardar o prontuário?

Tempo	Frequência	%
5	18	12,6
10	26	18,2
20	33	23,1
Mais de 20	66	46,2
Total	143	100,0

A seguir, os *experts* em prótese responderam sobre a realização de algum termo de satisfação dos trabalhos prestados, onde 125 (87,4%) responderam que não tem essa prática como rotina (ver Tabela 7).

Tabela 7 - Faz algum termo de satisfação dos trabalhos prestados.

Resposta	Frequência	%
Sim	17	11,9
Não	125	87,4
Não resposta	1	0,7
Total	143	100,0

Adiante, os constituintes da amostra foram questionados sobre a prática de preservar os trabalhos realizados, e caso positivo, qual a periodicidade em que isso ocorre. Obteve-se a quantidade de 124 (86,7%) concordantes com o ato sendo que a periodicidade manifestada não se encontrava nas alternativas colocadas na questão: outra periodicidade (42%), conforme se pode ver nas Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 - Você faz a preservação dos trabalhos realizados?

Resposta	Frequência	%
Sim	124	86,7
Não	19	13,3
Total	143	100,0

Tabela 9 - Caso tenha respondido "sim" na pergunta anterior, qual a periodicidade.

Periodicidade	Freqüência	%
6 meses	17	11,9
Entre 6 e 12 meses	48	33,6
Outra	60	42,0
Não resposta	18	12,6
Total	143	100,0

Na seqüência dos questionamentos, os protesistas tiveram que responder questões relativas aos dados constantes na Tabela 9, onde se encontravam questões relacionadas a registros periodontais. Verificou-se que 52,4% dos pesquisados (n=75) disseram fazer o registro de técnica de higienização dental em seu prontuário, por outro lado, 74,6% (n=106) declararam não fazer o registro do índice de placa (biofilme) em seu prontuário, bem como 58% (n=83) também não realizam o índice periodontal. Já 137 CDs ou 95,8% disseram demonstrar aos seus pacientes como higienizar corretamente as próteses ao final do tratamento. No que tange as recomendações de cuidados pós-tratamento por escrito antes da alta do paciente, o número de 94 especialistas admitiu não fazer esse procedimento, conforme informa a Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de freqüências das questões referentes à higienização, índice de placa, índice periodontal, recomendações e tempo médio de duração dos trabalhos.

Questão	Sim		Não	
	n	%	n	%
Faz o registro de técnica de higienização dental em seu prontuário	75	52,4	68	47,6
Faz o registro do índice de placa (biofilme) em seu prontuário	36	25,4	106	74,6
Faz o registro do índice periodontal em seu prontuário	60	42,0	83	58,0
Demonstra ao seu paciente como higienizar adequadamente a prótese ao final do tratamento	137	95,8	6	4,2
Faz recomendações de cuidados pós-tratamento por escrito antes da alta do paciente	49	34,3	94	65,7

Continuando, os constantes na amostra foram argüidos sobre o conhecimento do tempo de duração dos trabalhos de prótese, posteriormente especificando esse tempo para cada um dos tipos de trabalhos: PTs, PPRs e por fim as próteses fixas. Sobre essa questão atingiu-se 82% (n=112) de conhecedores do tema. De outra forma, sobre os tipos de próteses, foram eleitos os seguintes períodos: para as próteses totais de 3 a 10 anos (86% ou n=123), para as PPRs 4 a 10 anos (69,9% ou n=100) e para os trabalhos fixos, 5 a 10 anos (72% ou n=103), sendo possível expressar esses dados na Tabela 11, assim como na Figura 3.

Tabela 11 - Sabe qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese.

Resposta	Frequência	%
Sim	112	88,2
Não	15	11,8
Total	127	100

Obs.: 16 pesquisados não responderam a esta questão

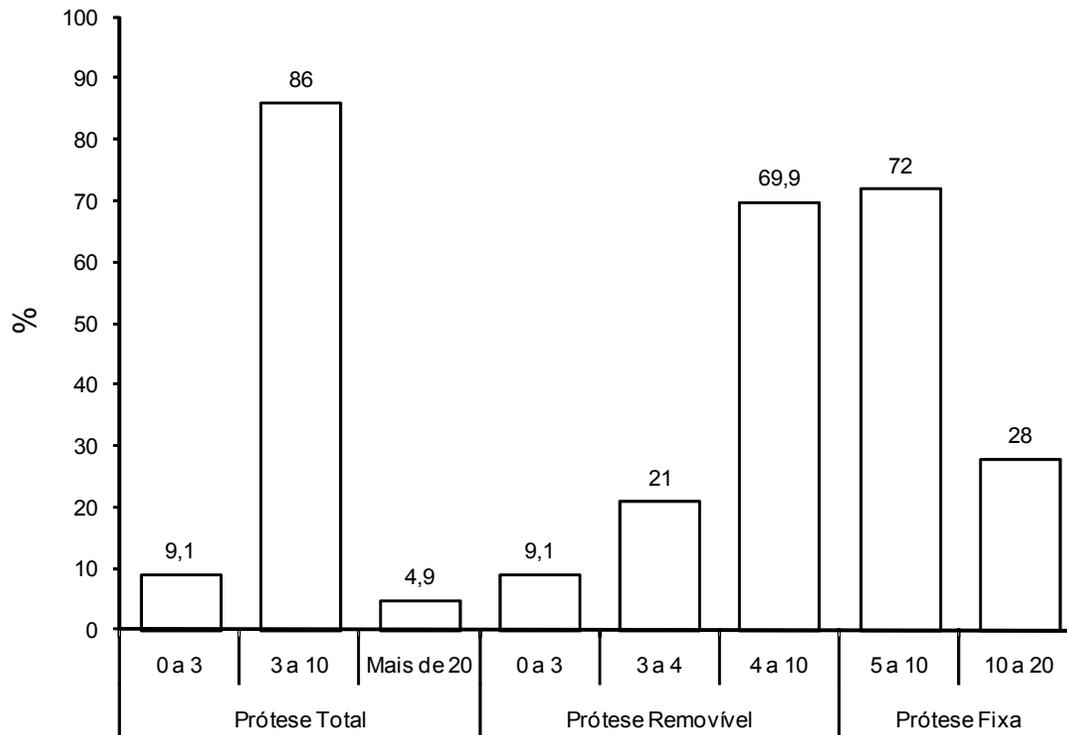


Figura 3 - Tempo de duração dos trabalhos de prótese dentária.

A seguir o instrumento de aferição inquiria os participantes a se manifestarem sobre o motivo que ocorrem os fracassos nas próteses fixas e removíveis. Nesse ponto, atingiu-se 65% (n=93) dos respondentes acreditando que em prótese fixa o profissional é o maior responsável por eles, bem como nas removíveis, onde 70,6% (n=101) concordam com a responsabilização dos especialistas. Isso se encontra expressado nas Tabelas 12 e 13 a seguir.

Tabela 12 - Acredita que o insucesso das próteses fixas ocorre principalmente por que motivo?

Resposta	Frequência	%
Erro do profissional	93	65,0
Erro do paciente	61	42,7
Erro do laboratório	28	19,6
Não resposta	1	0,7
Outros	31	21,7
Base	143	-

Tabela 13 - Você acredita que o insucesso das próteses removíveis ocorre principalmente por que motivo?

Resposta	Frequência	%
Erro do profissional	101	70,6
Erro do paciente	41	28,7
Erro do laboratório	40	28,0
Outros	31	21,7
Não resposta	1	0,7
Base	143	-

Nas questões relativas a erros em prótese dentária, as Tabelas 14, 15 e 16, bem como os gráficos seis, sete e oito explicita a experiência dos entrevistados. Para os erros de laboratório, a maioria respondeu que a falta de instruções por escrito é a situação mais observada, com 48,7% (n=71). Já em relação a erros do CD, figurou como mais freqüente o erro de planejamento, com índice de 89,5% (n=128), e por fim, no que respeita o paciente, no entendimento dos questionados o erro mais comum é a falta de higiene dos trabalhos, aparecendo com 99,3% (n=142).

Tabela 14 – Qual(is) situação(ões) ocorre(m) erro(s) de laboratório.

Situação	Frequência	%
Falta de instruções por escrito	71	49,7
Delineamento	48	33,6
Planejamento	42	29,4
Plano de Tratamento	24	16,8
Escolha de dentes (forma e cor)	22	15,4
Plano Guia	6	4,2
Instalação	-	-
Falta de manutenção (higiene)	-	-
Doenças Crônicas	-	-
Não resposta	15	10,5
Base	143	-

Tabela 15 – Qual (is) situação(ões) ocorre(m) erro(s) do Cirurgião-dentista.

Situação	Frequência	%
Planejamento	128	89,5
Plano de Tratamento	78	54,5
Falta de instruções por escrito	66	46,2
Instalação	55	38,5
Escolha de dentes (forma e cor)	45	31,5
Delineamento	40	28,0
Plano Guia	37	25,9
Falta de manutenção (higiene)	30	21,0
Doenças Crônicas	8	5,6
Base	143	-

Tabela 16 – Qual (is) situação(ões) ocorre(m) erro(s) do paciente.

Situação	Frequência	%
Falta de manutenção (higiene)	142	99,3
Doenças Crônicas	44	30,8
Instalação	6	4,2
Falta de instruções por escrito	5	3,5
Planejamento	-	-
Escolha de dentes (forma e cor)	-	-
Delineamento	-	-
Plano Guia	-	-
Plano de Tratamento	-	-
Base	143	-

Outra questão levantada dizia respeito ao registro do odontograma durante os tratamentos. A resposta que contemplava somente o registro inicial obteve 48,3% (n=69), o maior índice alcançado, conforme consta na Tabela 17.

Tabela 17 - Você registra quantos odontogramas durante seus tratamentos?

Resposta	Frequência	%
Inicial	69	48,3
Inicial/Trabalho/Final	26	18,2
De trabalho	21	14,7
Final	18	12,6
Não faço	55	38,5
Base	143	-

Nos quesitos relativos às leis e resoluções que se relacionavam ao tema do trabalho, pôde-se elaborar a Figura quatro, onde se comparou as respostas positivas e negativas. A Lei 5081/66 que regulamenta a odontologia atingiu o maior escore de desconhecimento, com 97,8% (n=134).

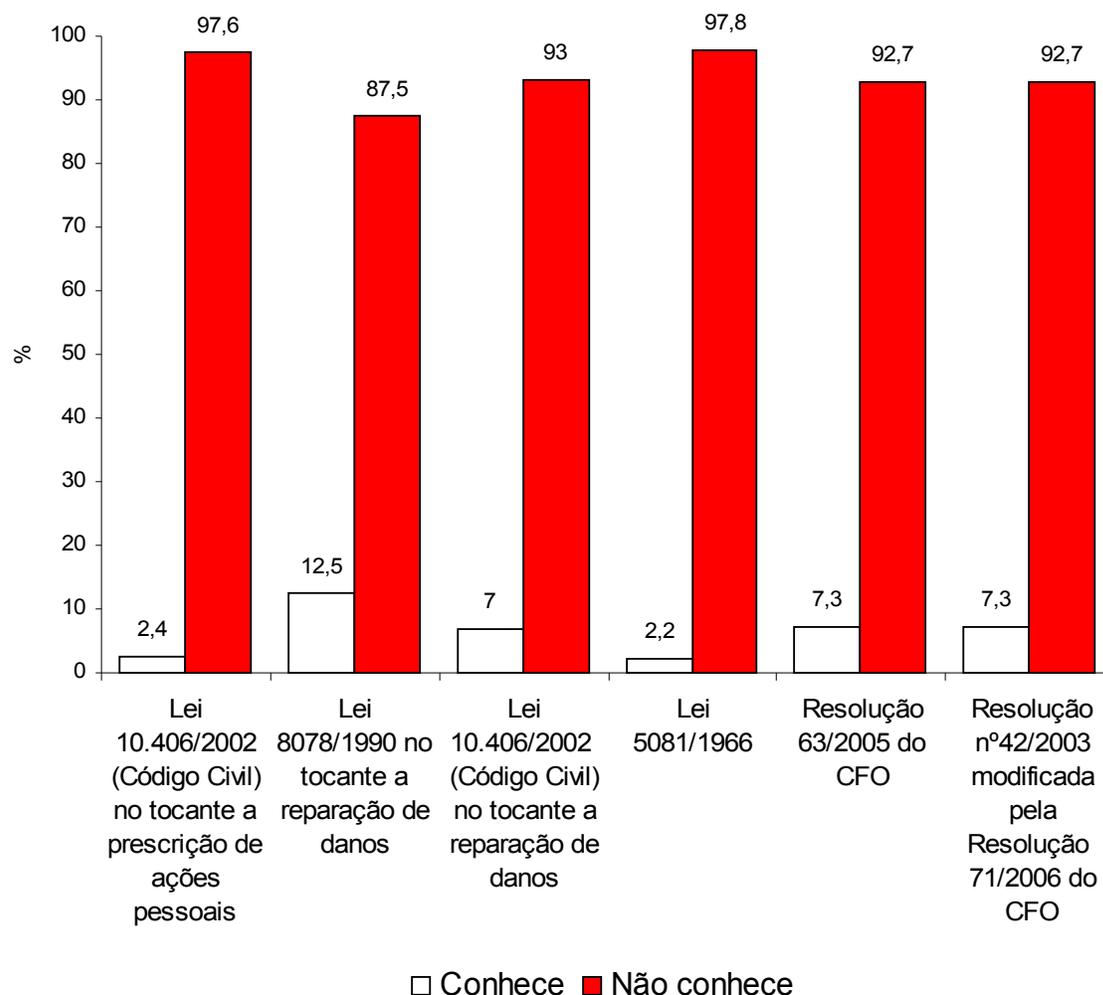


Figura 4 - Conhecimento sobre legislação aplicada ao tema.

Perguntados sobre algumas práticas clínicas relacionadas tanto as próteses dentárias fixas quanto os aparelhos removíveis, com os retornos obtidos construiu-se as Tabelas 18, 19 e 20. No quadro 18, 100% (n=143) dos participantes alegaram solicitar radiografias e realizar o “preparo de boca” quando frente a um trabalho de prótese fixa, o que não ocorreu nas removíveis, aonde se chegou a 92,1% (n=129) e 99,3% (n=140), respectivamente.

No subitem que versava sobre o uso dos modelos de gesso montados em articulador, evidenciado na tabela 19, nota-se que 91,6% (n=131) dos protesistas afirmaram utilizar o articulador quando realizam prótese fixas extensas.

Para a utilização de sistemas de encaixes nos trabalhos de próteses fixas e removíveis, a maioria dos participantes respondeu positivamente para próteses fixas (90,8%, n=129) e no que tange as PPRs, o patamar foi de 59,9% (n=82) para a colocação de sistemas de encaixes em região de extremo livre, conforme ilustra a Tabela 20.

Tabela 18 - Distribuição de freqüências das variáveis referentes às práticas do profissional.

Questão	Sim		Não	
	n	%	n	%
Radiografia (ou solicita radiografias) das estruturas de suporte de próteses fixas	143	100,0	-	-
Radiografia (ou solicita radiografias) das estruturas de suporte de próteses parciais removíveis	129	92,1	11	7,9
Realiza o "preparo de boca" (procedimentos clínicos que antecedem o tratamento protético) em todos os trabalhos de prótese fixa	143	100,0	-	-
Realiza o "preparo de boca" (procedimentos clínicos que antecedem o tratamento protético) em todos os trabalhos de prótese removível?	140	99,3	1	0,7
Envia para o laboratório os modelos delineados	48	34,3	92	65,7
Envia para o laboratório instruções de como quer a sua prótese em seu receituário	134	93,7	9	6,3

Tabela 19 - Faz o uso de modelos montados no articulador em que casos.

Resposta	Freqüência	%
Quando faz prótese fixa extensa	131	91,6
Quando faz prótese total	83	58,0
Quando faz prótese parcial removível	73	51,0
Quando faz prótese fixa unitária	46	32,2
Nenhum acima	11	7,7
Base	143	-

Tabela 20 – Quanto ao uso de sistemas de encaixes.

Questão	Sim		Não	
	n	%	n	%
Faz o uso de sistemas de encaixes em região de extremo livre em PPR	129	90,8	13	9,2
Faz o uso de sistemas de encaixes em região de extremo livre em próteses fixas extensas	82	59,9	55	40,1

A partir da realização dos cruzamentos estatísticos, foi possível estabelecer as Tabelas 21, 22 e 23. Através dos resultados do teste Exato de Fisher verifica-se que não existe associação significativa entre a Idade do profissional e o fato dele saber qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese. ($p= 0,529$)

Tabela 21 - Você sabe qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese?

Idade	Sabe tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese					
	realizados na área de prótese				Total	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
20 a 30	17	15,7	1	6,7	18	14,6
31 a 40	33	30,6	7	46,7	40	32,5
41 a 50	30	27,8	4	26,7	34	27,6
51 a 60	14	13,0	3	20,0	17	13,8
61 ou mais	14	13,0	0	0,0	14	11,4
Total	108	100,0	15	100,0	123	100,0

Através dos resultados do teste estatístico referido verifica-se que existe associação significativa entre o setor de trabalho do profissional e o fato dele saber qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese. Observa-se que os profissionais do Setor Público desconhecem este tempo médio enquanto que os de Setor Misto conhecem mais este tempo ($p= 0,002$). Já os profissionais do setor Particular não apresentaram resultados significativos.

Tabela 22 - Você sabe qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese?

X Setor de trabalho.

Setor de trabalho	Sabe tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Público	5	5,6	5	35,7	10	9,6
Particular	63	70,0	9	64,3	72	69,2
Misto	22	24,4	-	-	22	21,2
Total	90	100,0	14	100,0	104	100,0

Através dos resultados do teste estatístico aplicado nota-se que não existe associação significativa entre o Tempo de exercício do profissional e o fato dele saber qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese. ($p=0,529$)

Tabela 23 - Você sabe qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese?

X Tempo de exercício profissional.

Tempo de exercício profissional	Sabe o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Até 15 anos	43	45,7	6	46,2	49	45,8
16 a 25 anos	34	36,2	5	38,5	39	36,4
Mais de 25 anos	17	18,1	2	15,4	19	17,8
Total	94	100,0	13	100,0	107	100,0

6 DISCUSSÃO

A odontologia legal tem mostrado através de estudos longitudinais a importância do conhecimento sobre a duração dos trabalhos de prótese dentária visando à reparação de danos, como nas hipóteses de perícias civis relacionadas a responsabilidade ou erro profissional, bem como nos casos de trauma automobilístico ou por agressão (Silva, 1997), mostrando que essa especialidade foi a mais incidente no âmbito ético (Oliveira, 1999) ou na esfera legal (França, 1995; Ramos, 2000; Tanaka, 2002) ou ainda figurando entre as que ensejaram o maior número de queixas em processos (Modolo *et al.*, 1999; Costa-e-Silva & Zimmermann, 2006; De Paula, 2007), mostrando inclusive um estudo sobre aspectos legais relacionados a durabilidade e eficiência de trabalhos de prótese (Silva, 2003).

A intersecção entre a odontologia legal e a prótese dentária, como mostrada, cresce como potencial campo de trabalho, através de consultorias e assessoramentos técnicos a profissionais do direito e da odontologia, bem como perícias judiciais via nomeação. O CD é o perito mais indicado para valoração do dano bucomaxilofacial, que envolve necessariamente a análise do estado anterior ou de lesões complexas na região bucomaxilofacial (Bouchardet & Silva, 2009). Perícias sobre pessoa natural, chamadas de perícia no vivo, dentre outras, destacam-se as formadoras de juízos civis, e, dentre essas, encontram-se a avaliação de danos corporais (estéticos e funcionais) para indenização (Alcântara, 2006), sendo que atualmente os pacientes buscam cada vez mais a estética e a cosmética. Cabe ao CD procurar oferecer um contrato, visando à obrigação de meio, enfatizando a necessidade de saúde bucal ao paciente, ao invés de prometer resultados (estéticos e cosméticos) que venham a despertar os pacientes (Kato *et al.*, 2008). Giostri (2009) ressaltou que como o fator risco sempre estará presente, o insucesso de um tratamento protético não pode depender só do profissional odontólogo. Este insucesso pode estar ligado não só à colaboração do paciente (notadamente em matéria higiene bucodentária), assim como o hábito de fumar (Covolán *et al.*, 2008), mas também à

imponderável e imprevisível evolução (ou involução) biológica do conjunto de órgãos que constituem o aparelho mastigador. Daí se conclui que, quanto mais aumenta o risco, menos lógica há em se aplicar a obrigação de resultado, ressaltando que, segundo asseverou Nigre (2009), a responsabilidade do CD é subjetiva, ou seja, somente responderá o profissional se o dano causado ao paciente tiver sido efetivado por uma conduta culposa.

Nesse diapasão, mesmo que se encontrem presentes os requisitos da verossimilhança e da hipossuficiência, acredita esse autor não haver a possibilidade da inversão do ônus da prova no que diz respeito à culpa do CD, o que infelizmente não é verdadeiro, pois como mostrou um levantamento junto aos Tribunais de Justiça brasileiros por meio da *internet*, efetivamente ocorreu à inversão do ônus da prova em 2,7% dos 422 casos estudados (De Paula, 2007), conforme promulga o CPDC, no seu artigo sexto, inciso VII (Brasil, 1990).

Especificamente na prática pericial, os danos causados a pessoa dividem-se em patrimonial e extrapatrimonial. O primeiro refere-se a toda perda mensurável em valor econômico que compreende, dentre outros, as despesas com tratamentos imediatos e mediatos. Já o dano extrapatrimonial diz respeito aos sofrimentos de ordem física e moral (Cardozo, 1994, 1997). Bouchardet & Silva (2009), destacam que é preciso responder a três questões importantes quando se considera o nexo de causalidade e valoração do estado anterior na semiologia do complexo bucomaxilofacial aplicado à perícia: quais são as lesões e seqüelas imputáveis, quais são os tratamentos e as próteses justificados pelas lesões e suas seqüelas, e, por fim, qual o custo aceitável para esses tratamentos e próteses. Nessa pauta, Gonçalves *et al.* (1999) ressaltaram a importância da produção antecipada de provas para o CD, alertando que trata-se de um tipo de processo cautelar de grande importância, pois, na medida em que o exame pericial é realizado previamente à instauração de processo judicial, isso permitirá a limitação da responsabilidade profissional do clínico somente aos procedimentos que efetivamente realizou. Dessa forma, é possível que o paciente retome seu tratamento sem que o meio de prova seja prejudicado. Tais hipóteses acentuam a necessidade de uma documentação odontológica criteriosa, pois esta funcionará como um dos elementos básicos do trabalho do perito em relação à avaliação e o nexo com o tempo.

Na questão do tempo de duração, Robetti *et al.* (1987) salientaram estudando a prótese dentária fixa na valoração do dano no âmbito da responsabilidade civil, que a perda parcial ou em toda bateria labial, requer uma intervenção imediata, pois o déficit estético compromete a volta ao trabalho e a vida social. Segundo os autores, no ressarcimento, o dito dano emergente é o que surge, no momento da lesão ou ato ilícito, devendo ser prontamente analisado e avaliado. Está intimamente ligado ao tratamento que será proposto. Sendo assim, os autores propõem nessa fase terapêutica, em reabilitações protéticas com próteses fixas, nas despesas de cura, o seguinte protocolo: a) exames radiográficos e extrações de restos radiculares não recuperáveis; b) prótese móvel provisória; eventuais terapias endodônticas de dentes pilares, com controles radiográficos; prótese fixa provisória para adequação dos dentes pilares envolvidos; prótese fixa efetiva. Quanto à durabilidade dos trabalhos em reabilitadores, destaca-se a frase de Giostri (2009), a qual acredita que na vida tudo têm um tempo certo para acontecer e, de igual maneira, ocorre com o organismo humano. Ou seja, tudo começa e termina.

Analisando-se os dados obtidos com o retorno dos questionários respondidos pelos CDs especialistas em prótese dentária, inscritos no CRORS na Cidade de Porto Alegre, destaca-se a marca de 18,4% de participantes que receberam o instrumento de aferição e não quiseram participar, entregando-os em branco. Ao somar os questionários que não foram devolvidos, mudaram-se e os que foram considerados desconhecidos, a amostra atingiu uma marca de 35,6% questionários não respondidos.

Considerando os resultados do perfil da amostra, o não retorno pode ser interpretado como reflexo do não conhecimento do tema, embasado pela significativa marca de 47,6% de pesquisados que alegaram não terem tido ministrados os conhecimentos de odontologia legal durante sua formação, ainda que os escores para o conhecimento de prótese tenham sido altos tanto durante a graduação (86%) como na especialização (84,6%) e noutros cursos (57,3%). Digno de referência são as colocações dispostas nos dois questionamentos abertos, onde solicitou-se aos CDs que discorressem sobre o conteúdo ministrado pertinente ao tema durante a graduação: “Pobre”, “Não recorro de nenhuma abordagem mais detida”, “Incompleto e superficial” e ainda “Insuficiente”.

Quanto aos outros pontos do perfil da amostra, infere-se que ocorreu um equilíbrio no item sexo, tendo uma discreta predominância de mulheres (53,8%). Quanto à idade, nota-se que a distribuição foi também uniforme, variando entre três categorias em torno de 10% (20 a 30 anos, 31 a 40 e 41 ou mais), concentrando os profissionais no intervalo entre 31 a 40 anos (54,6%). Digno de nota, que esses dados talvez mostrem uma procura por especialização imediata após a graduação, o que explica a faixa etária de 20 a 30 anos já constituir 17,5% do total de especialistas.

Quanto ao setor de trabalho, se for considerado que os especialistas que trabalham no setor misto também possuem consultório particular, chegou-se ao patamar de 74,1%, mostrando que os consultórios particulares ainda possuem demanda para os que necessitam trabalhos de prótese e devem estar dando retorno para aqueles que as confeccionam. De outra forma, ao somarmos os que desenvolvem sua atividade no meio público somado com o misto, atinge-se 27,3% de pesquisados, mostrando uma mudança geral de comportamento dentro da visão da odontologia, isto é: o CD atuando dentro de um contexto global de saúde. Na interpretação do tempo de exercício profissional, obtiveram-se dois dados interessantes: primeiro dois protésistas com mais de 41 anos de profissão e o número de não respostas atingindo 15,4% dos entrevistados.

A literatura apresentou vários estudos que relacionaram a satisfação dos pacientes com os diferentes tipos de trabalhos de prótese (Chamberlain *et al.*, 1984; Lechner, 1985a ; Davis *et al.*, 1986; Berg, 1988; Vervoorn *et al.*, 1989; Kalk & Baat, 1990; Wass, 1990a; Wass, 1990b; Wass, 1990c; Roisinblit, 1991; Vervoorn *et al.*, 1991; Breda, 2006). Ressalta-se que a importância da satisfação dos trabalhos está diretamente relacionada à possibilidade de ações contra os Cirurgiões-dentistas, inclusive na opinião de advogados, pois os mesmos acreditam que isso seria um motivo para os pacientes não realizarem a representação judicial (Garbin *et al.*, 2009). De outra forma, a literatura mostra que a satisfação dos pacientes não está relacionada à qualidade clínica dos trabalhos (Frank *et al.*, 2000), mostrando a importância de um bom relacionamento com o paciente ser o norteador do trabalho reabilitador (Melton, 2000; Puppini *et al.*, 2000). Na pesquisa realizada, apenas 11,9% (n=17) referiram realizar algum termo de satisfação das próteses

confeccionadas, ficando os outros 88,1% vulneráveis na hipótese de terem que se defender judicialmente, e do ponto de vista clínico, sem o retorno e poder saber se o reabilitado ficou sentindo-se bem.

Assim como a satisfação outro ponto importante a ser considerado, e bem documentado na literatura para longevidade dos trabalhos de prótese, é a preservação ou manutenção periódica dos mesmos (Brewer, 1970; Bergman *et al.*, 1982; Lechner, 1985 a; Conti *et al.*, 1991; Cowan *et al.*, 1991; Oppermann, 1994; Queluz & Moreira, 2001; Santos *et al.*, 2003; Marchini *et al.*, 2004; Hiramatsu *et al.*, 2006). Ao analisar esse tópico, a arguição junto aos *experts* sobre a prática de preservar os trabalhos elaborados mostrou que um alto escore tem essa rotina (86,7%), sendo que a periodicidade não foi constante entre os entrevistados, mostrando patamares de 11,9% para o período de seis meses (Lechner, 1985a) e de 33,6% para a manutenção anual (Bergman *et al.*, 1982), sendo a mais escolhida “outra” que não as apontadas. Ao solicitar que o pesquisado descrevesse este período, uma resposta constante foi: “de acordo com as necessidades do paciente”, claramente sendo transferida pelo especialista em prótese ao paciente uma prática que precisa ser definida com parâmetros clínicos, podendo prejudicar os pacientes caso esses não procurem o odontólogo por alguma razão. Os períodos propostos pelo protocolo de Brewer (1970) para trabalhos de prótese são respectivamente: primeira semana, após um mês, depois de seis meses, anual e por fim bi anualmente. Esses tempos também vão ao encontro da experiência clínica do autor da presente obra.

No que tange a relação da higienização dos trabalhos de prótese dentária com o tempo de duração dos mesmos, a literatura também mostrou farto material, destacando a importância dessa prática pelos pacientes (Nassif, 1975; Kratochvil *et al.*, 1982; Hoad-Reddick *et al.*, 1990; Conti *et al.*, 1991; Oppermann, 1994; Jagger & Harrison 1995; Franzon Filho, 2003; Santos *et al.*, 2003; Marchini *et al.*, 2004; Sato *et al.*, 2005; Silva & Paranhos, 2006; Pinelli *et al.*, 2007; Lee *et al.*, 2009). Na pesquisa realizada, procurou-se avaliar se os profissionais realizavam e conseqüentemente registravam no prontuário os achados, para que pudessem ser relacionados com o estado anterior dos pacientes, durante as consultas de manutenção. Ainda que 52,4% tenham alegado registrar a técnica de

higienização, ressaltaram-se os patamares contrários a prática, atingindo 74,6% sem registros do índice de placa e 58% para o índice periodontal, mostrando que os pós-graduados não teriam o registro inicial para ser comparado em relação à eficácia dos resultados. Do ponto de vista ético e legal, quando da apuração da culpa em juízo, os apontamentos demonstrando os cuidados com esses aspectos citados seriam prova cabal da boa prática pelo profissional (Vassão *et al.*, 2009). Sabe-se que o processo de higiene bucal está ligado ao tipo de alimento rotineiramente ingerido, assim como que determinadas dietas a base de carboidratos, alimentação com açúcares ocultos, alimentos pegajosos, dentre outros, podem levar a um aumento do risco de cárie e doença periodontal, consequentemente fadando ao fracasso o processo reabilitador protético (Lindhe, 1992; Dupuis, 2008).

A realização de pesquisas clínicas sobre o tempo de duração de trabalhos em prótese dentária tem demonstrado o quão difícil são estes tipos de estudos, principalmente ao se analisar os aspectos clínicos da metodologia aplicada na avaliação (Imbery & Eshelman, 1996; Gil & Nakamae, 2000; Seraidarian *et al.*, 2001, Pjetursson *et al.*, 2004; Anusavice *et al.*, 2007; Cabrini *et al.*, 2008). Encontrou-se na literatura trabalhos mostrando algumas Associações Dentárias que publicam seus critérios de avaliação (California Dental Association, 1977; Academy of Prosthodontics, 1995), o que torna mais claro esse processo. Paralelamente, Gil & Nakamae (2000), propuseram uma metodologia específica para avaliação qualitativa de PPRs, na qual pretende encontrar o Índice de Qualidade Protética (IQP). O mesmo é calculado pela soma do índice estrutural dos trabalhos (IE) com o índice clínico (IC) dividido por dois. Nesse estudo, o IE é composto por duas características aferidas. De um lado tem-se a característica da estrutura das PPR a qual considera os seguintes itens: características gerais de retenção, estabilidade, reciprocidade, fixação, qualidade da liga metálica, características dos apoios oclusais, incisais e de cingulo, características dos braços de retenção, dos braços de oposição, características das barras de união e por fim a condição dos dentes artificiais (desgastes e relação com antagonistas). Por outro lado, nas características do desenho, avalia-se distribuição e localização dos apoios oclusais, incisais e de cingulo, localização e forma dos braços de

retenção e oposição, localização, forma e indicação das barras de união, características das bases ou selas protéticas quanto à localização e indicação, e por fim, avaliação da indicação dos grampos. Essas características seriam quantificadas em uma escala que representa: 2 pontos (pobre), 1 ponto (aceitável) e zero pontos (bom).

Já o IC, também é composto por dois tópicos. Primeiro tem-se o preparo de boca onde se avaliam os seguintes procedimentos: tratamento clínico prévio, distribuição e forma dos descansos oclusais, incisais e de cingulo, presença e paralelismo dos planos guias, distribuição dos planos guias, adequação das linhas guias equatoriais protéticas, análise da calibragem de retenção existente e, ao final, qualidade do preparo dos dentes. Já o outro tópico versa sobre a avaliação clínica que considera: saúde geral do paciente, avaliação da higiene oral, condição da saúde gengival e periodontal, condição dos suportes primários, dos tecidos de suporte mucoso, avaliação das restaurações existentes, análise das interferências oclusais, avaliação dos distúrbios craniomandibulares e por último, grau de aceitação da prótese pelo paciente. Os dois pontos do IC também são analisados e quantificados em zero a três (pobre, aceitável e bom).

Mesmo com essas dificuldades de padronização, trabalhos internacionais de metanálise e revisão sistemática foram encontrados sobre a temática do tempo de duração de trabalhos de próteses fixas (Creugers *et al.*, 1994; Scurria *et al.*, 1998; Pjetursson *et al.*, 2004; Sailer *et al.*, 2007), mostrando com sólidas evidências científicas esse aspecto (Leles & Freire, 2005).

Cabe destacar aqui, que a proposta de estabelecer um tempo de duração para os trabalhos protéticos a partir da percepção dos colegas é válida na medida em que, embora a odontologia baseada em evidências possa ser utilizada para embasar decisões clínicas, na realidade o processo que se dá entre CD e paciente não possui normas que possam ser geral e incondicionalmente aplicadas a qualquer caso. As características individuais de cada paciente devem ser consideradas (Leles & Freire, 2005) mostrando nesse aspecto, quando numa lide judicial civil, a importância de uma avaliação pericial consistente e abrangente enfocando os envolvidos.

Ainda nessa esteira, observa-se que a hierarquia das evidências científicas não inclui as pesquisas qualitativas, embora estas possam gerar evidência empírica sobre questões que não são respondidas adequadamente através de métodos quantitativos, tais como as necessidades ou preferências do próprio paciente e suas representações sociais sobre o adoecer ou qualidade de vida. Métodos de pesquisa qualitativa são importantes ferramentas para explorar esse tipo de questão (Leles & Freire, 2005).

Os trabalhos de avaliação clínica encontrados nas áreas de prótese fixa (Schwartz *et al.*, 1970; Nyman & Lindle, 1979; Glantz *et al.*, 1984; Karlsson, 1986; Randow *et al.*, 1986; Walton *et al.*, 1986; Hussey *et al.*, 1991; Öwall, 1991; Pegoraro *et al.*, 1992; Creugers *et al.*, 1994; Priest, 1995; Decock *et al.*, 1996; Fayyad & Al-Rafee, 1996; Hansson & Bergström, 1996; Sundh & Ödman, 1997; Scurria *et al.*, 1998; Holm *et al.*, 2003; Ketabi *et al.*, 2004; Pjetursson *et al.*, 2004; Tan *et al.*, 2004; De Backer *et al.*, 2006 a; Anusavice *et al.*, 2007; De Backer *et al.*, 2007; Sailer *et al.*, 2007; De Backer *et al.*, 2008; Çehreli *et al.*, 2009; Tsumita *et al.*, 2010), adesiva (Hussey *et al.*, 1991; Priest, 1995; Hansson & Bergström, 1996), bem como os relacionados a prótese total (Eid *et al.*, 1972; Nicol *et al.*, 1979; Bergman & Carsson, 1985; Leles *et al.*, 1999), os relacionados as próteses parciais removíveis (Derry & Bertram, 1970; Chandler & Brudvik, 1984; Bergman & Carsson, 1985; Gracia *et al.*, 1994; Vermeulen *et al.*, 1996; Frank *et al.*, 2000; Koyama *et al.*, 2010) e ainda os estudo não clínicos pertinentes ao tema (Mazurat, 1992; Silva, 2003; Fernandes, 2010) permitiram a elaboração das tabelas 24, 25, 26 e 27 abaixo:

Tabela 24 - Estudos de avaliação clínica de trabalhos de prótese fixa.

Avaliação clínica do tempo de duração de trabalhos de prótese fixa			
Autor/ano	nº de trabalhos	Tempo estimado ou determinado	Tempo avaliado - % de sucesso clínico
Schwartz <i>et al.</i> (1970)	1320	10,3 anos	-
Nyman & Lindle (1979)	332	8 anos	-
Glantz <i>et al.</i> , (1984)	730	-	5 anos - 90%
Karlsson (1986)	238	-	10 anos - 93,3%
Öwall (1991)	53 (c/ encaixes)	-	15 anos - 65%
Creugers <i>et al</i> (1994)	4118	-	15 anos - 74%
Decock <i>et al.</i> (1996)	137	7 anos	18 anos- 70%
Fayyad & Al-Rafee (1996)	156	4,5 anos	-
Sundh & Ödman (1997)	138	-	18 anos - 75%
Scurria <i>et al.</i> (1998)	433	-	10 anos - 85%
Holm <i>et al.</i> (2003)	289	-	10 anos - 64%
Ketabi <i>et al.</i> (2004)	74	-	13 anos - 69%
Tan <i>et al.</i> (2004)	3548	-	10 anos - 71,1%
Pjetursson <i>et al.</i> (2004)	816 extremos livres	-	10 anos - 63%
De Backer <i>et al.</i> (2006a)	322	-	20 anos – 66,2%
De Backer <i>et al.</i> (2007)	1037 Coroas	-	18 anos – 78,1%
	134 Pfixas3elem	-	20 anos – 73, 1%
	322 Pfixas+elem	-	20 anos – 66,2%
Sailer <i>et al.</i> (2007)	343 allceram.	-	3 anos – 88,6%
	1163 metalceram.	-	3 anos 94,4%
De Backer <i>et al.</i> (2008)	102 Pfixas 4 elem	-	20 anos – 68,3%
Çehreli <i>et al.</i> (2009)	30 Coroas all ceram	1 ano	-
Tsumita <i>et al.</i> (2010)	42 Pfixas all ceram	2 anos e 4 meses	-
Avaliação clínica do tempo de duração de trabalhos de prótese fixa adesiva (Próteses de Mariland)			
Autor/ano	nº de trabalhos avaliados	Tempo estimado ou determinado	Tempo avaliado - % de sucesso clínico
Hussey <i>et al.</i> (1991)	400	2,7 anos	-
Priest (1995)	77	-	11 anos – 73%
Hansson & Bergström (1996)	34	6 anos	-

Tabela 25 - Estudos de avaliação clínica de trabalhos de prótese total.

Avaliação clínica do tempo de duração de trabalhos de prótese total			
Autor/ano	nº de trabalhos avaliados	Tempo estimado ou determinado	Tempo avaliado - % de sucesso clínico
Eid <i>et al.</i> (1972)	20	3 anos	-
Nicol <i>et al.</i> (1979)	128	5 anos	-
Bergman & Carsson (1985)	51	-	21 anos - 70%
Leles <i>et al.</i> (1999)	103	7,5 anos	-

Tabela 26 - Estudos de avaliação clínica de trabalhos de prótese parcial removível.

Avaliação clínica do tempo de duração de trabalhos de prótese parcial removível			
Autor/ano	nº de trabalhos avaliados	Tempo estimado ou determinado	Tempo avaliado - % de sucesso clínico
Derry & Bertram (1970)	65	-	2 anos – 91%
Chandler & Brudvik (1984)	44	8 a 9 anos	-
Bergman & Carsson (1985)	6	-	21 anos – 70%
Gracia <i>et al.</i> (1994)	15	3 anos (reembasamento)	-
Vermeulen <i>et al.</i> (1996)	703 PPR (183 c/ enc.)	-	5 anos – 75% 10 anos – 50%
Frank <i>et al.</i> (2000)	82	3,4 anos 2,5 anos (reembasamento)	-
Koyama <i>et al.</i> (2010)	90	-	5 anos – 61%

Tabela 27 - Estudos não clínicos relacionados ao tempo de trabalhos de prótese dentária.

Pesquisas sobre tempo de duração de trabalhos de prótese dentária (estudos não clínicos)			
Autor/ano	Tipo de estudo	Tipo de prótese	Tempo estimado
Mazurat (1992)	Revisão de literatura	PFixa	8 a 11 anos
		PPR	8 a 10 anos
		PT	5 a 11 anos
Silva (2003)	Questionários	PFixa metaloceram	10 a 15 anos
		PFixa metaloplast	5 a 10 anos
		PFixa adesivas	5 anos
		PPR	5 a 10 anos
Fernandes (2010)	Questionários	PFixa	5 a 10 anos
		PPR	4 a 10 anos
		PT	3 a 10 anos

Considerando referência na revisão de literatura que foi retirada de citação segundo outros autores (Fabroni & Umani Ronchi, 1993 citado por Silva, 2003), optou-se por não colocá-la na respectiva tabelas ilustrativa, pois não conseguiu-se acesso a obra, e portanto não foi possível verificar o tipo de estudo, ainda que seja possível detectar o tempo proposto por esses autores: segundo eles, as próteses fixas tem um período estimado de 6 a 12 anos.

Outro texto consultado de interesse para esse estudo, foi o proposto por Pegoraro *et al.* (1992), onde esses autores citaram uma duração de 8,3 até 10,5, porém no texto não foi possível encontrar o tipo de estudo realizado, acreditando-se tratar de uma percepção dos autores conforme citado, com base “no aprimoramento técnico-científico do CD e do protético, novos materiais e técnicas, conscientização dos pacientes, higiene bucal adequada e controles periódicos”.

Ainda que já se tenha proposto uma metodologia de avaliação qualitativa de prótese (Gil & Nakamae, 2000), Autores como Anusavice *et al.* (2007) salientaram que é preciso urgentemente desenvolver uma classificação compreensível para identificar falhas protéticas clínicas, complicações técnicas e biológicas. Segundo esses autores numa revisão

de literatura, em 10 anos de estudo sobre próteses dentárias em base cerâmicas, apenas 15% dos trabalhos necessitaram substituição.

Fabroni & Umani Ronchi (1993) referenciado por Silva (2003), desenvolveram uma fórmula para o cálculo do tempo de vida útil de trabalhos de prótese fixa, porém desconsideraram, de forma alarmante, nas variáveis propostas na metodologia a questão dos cuidados com o manuseio, higienização e limpeza, cuidados com a dieta, bem como as consultas de manutenção, não caracterizando o paciente como responsável por esses pontos fundamentais no sucesso de trabalhos de prótese (Pegoraro *et al.*, 1992; Oppermann, 1994; Francesquini Jr, 2004).

Os resultados da pesquisa ora em discussão suportam os estudos clínicos bem como os realizados através de questionários, mostrando que os protesistas da Capital gaúcha possuem um conhecimento adequado sobre a duração dos trabalhos de prótese realizados. Ressalta-se que nos períodos apresentados existia a possibilidade dos entrevistados se manifestarem sobre um período outro que não os disponíveis. Chegou-se a marca de 4,9% (n=7) na alternativa “mais de 20 anos” para o tempo médio de uma prótese total, o que pode ser atribuído a dificuldade de conhecimento dos pacientes e divulgação pelos profissionais informações sobre a manutenção de saúde bucal junto aos dentistas (Hiramatsu *et al.*, 2006). Digno de registro nesse ponto a outra questão aberta do questionário, onde os acessados manifestaram-se nesse sentido. Segundo eles o tema é “pouco divulgado” e “deveria haver continuidade e discussão, talvez em reuniões nos CRO, por exemplo.”. Seria importante que os Conselhos Regionais e as entidades de classe, além de palestras específicas sobre o tema da longevidade dos trabalhos, promovessem uma Campanha Nacional sobre a importância da manutenção de saúde bucal junto aos CDs, o que elevaria também o tempo de permanência das próteses em boca. O horizonte aponta, segundo Maestrello (2009) para boas perspectivas e potenciais de crescimento do mercado em odontologia no Brasil para a indústria. Um indicativo disso foi sua comparação com toda a indústria médico-hospitalar e odontológica de equipamentos e materiais. Enquanto o crescimento médio desta para 2009 é estimado em 8%, o do segmento odontológico, apenas, é de 16%, mostrando a tendência de maior prestação de serviços odontológicos.

Quanto ao critério utilizado para estimar o período mínimo das próteses fixas de cinco anos, foram decisivos alguns trabalhos (Glantz *et al.*, 1984; Sailer *et al.*, 2007) que obtiveram sucesso clínico, variando de 88,6% a 99,4% no período de 5 anos, assim como o estudo de Fayyad & Al Rafee (1996), determinando a longevidade em 4,5 anos. Acrescentou-se a esses achados, as conclusões de Silva (2003) para trabalhos adesivos e metaloplásticos, onde o período igualmente foi estipulado em cinco anos. Quanto ao período máximo, a literatura se mostrou farta em estudos consistentes mostrando que em dez anos, os patamares de sucesso variam de 63% a 93,3% (Karlsson, 1986; Scurria *et al.*, 1998; Holm *et al.*, 2003; Tan *et al.*, 2004; Pjetursson *et al.*, 2004), tendo uma pesquisa determinado o período em 10,3 anos (Schwartz *et al.*, 1970). Destaca-se aqui o estudo de metanálise (Scurria *et al.*, 1998) que obteve sucesso em 85% das próteses fixas avaliadas em 10 anos e uma revisão sistemática de literatura (Pjetursson *et al.*, 2004), onde o autor avaliou trabalhos em *cantilevers*. Nesse quesito, 72% da amostra estudada foram a favor desse intervalo de 5 a 10 anos.

Sobre a circunstância das bases onde os trabalhos fixos foram cimentados, cabe considerar o trabalho de Creugers *et al.* (2005), o qual verificou que clinicamente tanto as próteses fixas que continham pinos metálicos, quanto as que continham pinos pré-fabricados se mantinham normalmente em boca durante esse período (5 anos), não sendo estatisticamente significativa a diferença entre os grupos. Portanto o sítio onde eram cimentados ou colados os trabalhos fixos não foi levado em consideração na metodologia, ainda que a literatura mostre que as próteses podem ser construídas sobre dentes com tratamento conservador ou radical da polpa (Figueiredo & Mezzomo, 1994), bem como ressalte que desvitalização dos dentes deva ser evitada ao máximo, pois o preparo para colocação dos pinos tende a enfraquecer a raiz dos dentes tornando-a mais susceptível a fraturas (Pegoraro *et al.*, 1998).

Com base na quantidade diminuta de trabalhos disponíveis, pelo intervalo de tempo muito distante, e, segundo Imbery & Eshelman (1996) que revisaram três décadas de existência das próteses fixas cimentadas com cimento resinoso, os estudos de meta-análise publicados não são capazes de identificar variáveis clínicas que levam ao sucesso dos

trabalhos. Nesse diapasão, Seraidarian *et al.* (2001) numa revisão bibliográfica, mostraram as causas de insucesso relacionadas às próteses parciais fixas adesivas, com ênfase em oclusão. Os pesquisadores acreditaram que as condições periodontais, oclusais e a presença de hábitos parafuncionais, são fundamentais na avaliação dos sucessos e insucessos, nos estudos longitudinais, bem como pensam que outros trabalhos devam ser realizados, com uma metodologia mais ampla. Por essas razões, não foi possível propor um período de vida útil para as próteses adesivas.

Ainda em relação às próteses fixas, observou-se com base nos trabalhos pesquisados, uma tendência com o passar dos anos (de 1970 a 2010) em especificar e analisar apenas um tipo de trabalho em cada estudo, isolando variáveis e não misturando próteses fixas unitárias com pontes fixas, por exemplo, bem como determinando o número de pânticos, o que permite uma avaliação baseada numa evidência científica mais consistente.

Para estimar o período mínimo de duração das próteses parciais removíveis, valeu-se dos estudos clínicos de Derry & Bertram (1970) onde já no final do segundo ano de uso, as PPRs mostravam-se com um índice de 91% de sucesso clínico, bem como da média proposta por Frank *et al.* (2000), de 3,4 anos. Considerando o período proposto por estudos não clínicos como Mazurat (1992) e Silva (2003) de cinco anos, estabeleceu-se quatro anos para o período menor estimado de vida útil para PPRs visando à reclamação por defeitos. Já o tempo máximo foi estabelecido com base no período entre oito e nove anos determinado no estudo clínico de Chandler & Brudvik (1984), bem como na publicação de Vermeulen *et al.* (1996) que avaliou clinicamente próteses parciais removíveis com encaixes, atingindo aos 10 anos, 50% de trabalhos considerados satisfatórios. Do ponto de vista de revisão da literatura e de achados subjetivos, os trabalhos foram concordantes com o período de 10 anos (Mazurat, 1992; Silva 2003). A amostra da pesquisa entendeu concordar com esse período, atingindo 69,9% dos participantes.

No que tange o período mínimo de duração das próteses totais, foram consideradas análises diretas em pacientes como o estudo mostrado por Eid *et al.* (1972), determinando o período de longevidade de dentaduras em 3 anos. Para o período máximo,

ainda que estudos com uma metodologia consistente tenham apontado para a longevidade de 7,5 anos (Leles *et al.*, 1999) e outros para 70% de sucesso em 21 anos após a instalação (Bergman & Carlsson, 1985), os estudos não clínicos mostraram um período de 11 anos (Mazurat, 1992). Utilizou-se no questionário visando uniformizar o período, 10 anos como teto para indenizações por próteses totais defeituosas no presente trabalho, encontrando concordância de 86% da amostra acessada.

A análise dos cruzamentos estatísticos mostrou ao se relacionar o conhecimento sobre o tempo de duração de trabalhos com a idade dos profissionais que não existe associação significativa neste ponto e tampouco para o cruzamento com o tempo de exercício profissional, onde obteve-se após a aplicação do Teste Estatístico de Fischer, os mesmos valores, de $p= 0,529$.

De outra maneira, mostrou-se positiva a associação entre o conhecimento sobre tempo de duração com o setor de trabalho do profissional ($p= 0,002$). Isso pode ser justificado pela necessidade dos profissionais do setor misto e particular estarem constantemente se atualizando e vulneráveis a responsabilidade subjetiva, o que pode não acontecer com os atuantes na área pública (sejam vinculados a Instituições de Ensino Superior ou não) pela natural acomodação em relação a estabilidade no emprego e a responsabilidade objetiva sobre os tratamentos reabilitadores.

O primeiro questionamento da parte específica da pesquisa, foi relacionado ao conhecimento sobre tempo de guarda do prontuário onde 79,7% dos especialistas disseram saber o que significava, mostrando a relevância do tema e dessa necessidade para qualquer especialidade na odontologia (Simonetti, 1999; Vassão *et al.*, 2009). Os questionados elegeram como período de guarda mais adequado a resposta “mais de 20 anos” (46,2%), o que permite inferir uma postura preventiva da população estudada, entendida ou acrescida pela falta de padronização na literatura. França (2007) sugeriu entregar a documentação para o paciente após o tratamento mediante recibo de entrega e outros acreditam que o tempo de guarda da documentação deve ser indeterminado ou para sempre (Galvão, 2000; Vassão *et al.*, 2009). Refletindo sobre essa temática, a presente pesquisa propõe um raciocínio sobre o tempo de guarda. Se dez anos após o término do tratamento caracterizado

pela alta escrita do paciente (Silva, 2009), o paciente for chamado para retirar a documentação através de recibo discriminado de todos os documentos entregues, ficando o profissional com cópia digital certificada de todo material, estar-se-ia indo ao encontro do Diploma Civil brasileiro, que cita o prazo de prescrição para as ações pessoais como sendo de 10 anos, ou quando a Lei não lhe haja fixado prazo menor. Nesse sentido, o próprio Código Civil, no seu art.205, parágrafo terceiro o faz, fixando em três anos o prazo de prescrição para reparação civil. Por outro lado e de forma condicionada, o Código de Defesa do Consumidor (Art.27) também versa sobre um período temporal, promulgando que o referido prazo é de cinco anos iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do vício (dano) e de sua autoria, portanto, pode inclusive nunca ocorrer pelo desconhecimento desses dois aspectos. Ora, se a representação ocorresse depois de 10 anos, o profissional ainda teria arquivado o material digitalmente (com validade jurídica), permitindo que sua defesa técnica possa ser feita sem depender de documentos já em posse dos pacientes. Essa prática também eliminaria o arquivo físico, permitindo um ganho substancial de espaço para os consultórios. Esse foi o raciocínio legal.

No mesmo sentido, vai o argumento relacionado ao conhecimento dos protesistas sobre a vida útil dos serviços prestados no que se refere à prótese dentária, onde se obteve como percepção do período máximo estimado de todos os tipos de trabalhos em 10 anos. Portanto se houver algum questionamento sobre defeito (vício) apresentado, a vida útil do trabalho em questão pela literatura científica pesquisada já estaria ultrapassada, bem como expirados os prazos legais mostrados. Elaborou-se uma linha temporal para ilustrar o raciocínio acima (Figura 5).

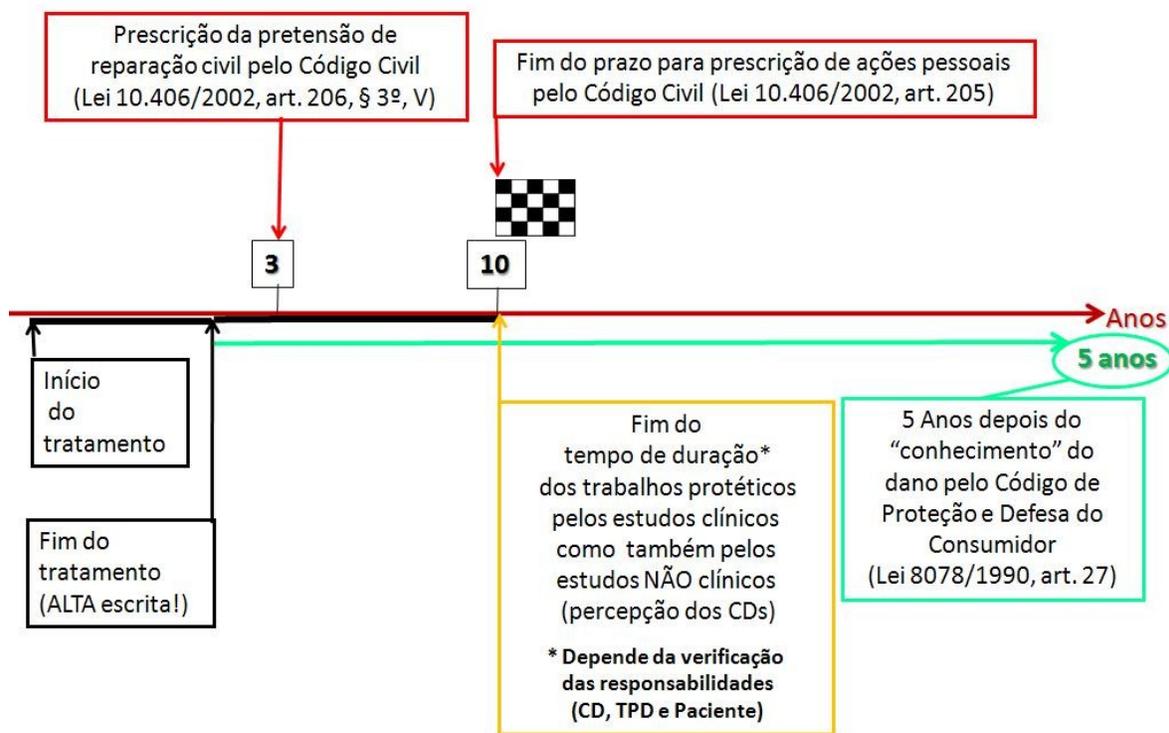


Figura 5: Eventos relacionados com o tempo de duração de trabalhos e a guarda de documentação.

Seria altamente salutar que a comunidade odontológica por meio do Conselho Nacional de Ensino em Odontologia (CONEO) realizasse uma alteração no art. 4º de Código de Ética Odontológica, removendo a obrigatoriedade do CD promover a guarda e a conservação do prontuário. Dessa forma, não mais haveria a necessidade do cumprimento deste tão controverso tema. Com o advento da certificação digital o argumento da falta de espaço físico seria totalmente descartado.

Na opinião pessoal com base na experiência clínica e qualificação do pesquisador, o tempo de duração dos trabalhos de prótese é pautado em quatro pontos que sustentam a odontologia integral (Dawson, 1993): 1) saúde oral ótima, estando o sistema estomatognático sadio (fora neoplasias e acidentes, os problemas que podem ser

encontrados são relacionados a microorganismos e desequilíbrio oclusal); 2) harmonia anatômica (com dentes apresentando sua forma agradável esteticamente); 3) harmonia funcional (consideram-se as funções como mastigar, beber, deglutir, respirar, sorrir, beijar, lambrer, cuspir, dentre outras); 4) estabilidade na oclusão (equilíbrio entre forças iguais e opostas). Cumpridas essas exigências, e entrando os pacientes num programa de preservação ou manutenção periódica certamente teremos um excelente prognóstico quanto a longevidade dos trabalhos.

Já do ponto de vista sistêmico, existem patologias que merecem algumas considerações protéticas quando pensamos em duração ou vida útil dos trabalhos em boca, pois as mesmas podem abreviar ou diminuir os períodos de longevidade encontrados (Mezzomo & Oppermann, 1994; Todescan e Romanelli, 2003; Turano & Turano, 2004; Mezzomo & Suzuki, 2006):

- Diabetes – deve-se dar toda a atenção à extensão da área basal, principalmente quanto ao tratamento das bordas das próteses, para evitar ulcerações, que posteriormente podem infectar-se;
- Osteoporose – tendência ao estreitamento da crista óssea maxilar e alargamento da crista mandibular, direcionando uma mordida cruzada para os dentes posteriores, deve-se evitar a redução da distância interoclusal. Há a possibilidade de fraturas ósseas fisiológicas. A oclusão deve ser bem balanceada e com cobertura na área basal aproveitada ao máximo.
- Doenças Dermatológicas (*Lichen Planus*) – deve-se promover ao máximo o conforto dos trabalhos, evitando-se traumas na mucosa;
- Infecções por Fungos – antes de iniciar-se qualquer tratamento protético, preconiza-se erradicar as lesões por fungos com antibioticoterapia e antimicóticos;
- Terapia por Radiações – o uso de próteses totais e removíveis extensas fica limitado devido à redução da dimensão vertical de oclusão (DVO), por causa do trismo muscular, de xerostomia, e também da osteorradionecroses;

- Climatério - programar uma longa fase de ajustes, devido a mudanças psicológicas e metabólicas com repercussão nas mucosas;
- Doença Pulmonar Crônica (enfisema e/ou bronquite crônica) – baixa reação ao stress recomenda-se um período de manutenção e consultas com duração menor;
- Desordens nas Glândulas Salivares – uso dos trabalhos dificultado ou não tolerado pela dor, queimação e escoriação friccional da membrana das mucosas;
- Desordens Neurológicas (Paralisia de Bell) – não distensão do ângulo da boca, devendo-se adicionar suficiente volume ao contorno da superfície da prótese maxilar, para suportar a flacidez muscular;
- Parkinsonismo – Presença de tremor e hipertonicidade muscular, retenção dos trabalhos totais prejudicada pelo aumento da salivagem e carência de coordenação para mastigação. Obtenção e manutenção da DVO difíceis, devendo-se nas manutenções ater-se no balanceio oclusal e cuidados de higiene;
- Distúrbios crônicos nas Articulações Temporomandibulares (ATMs) – perigo de subluxação durante o processo mastigatório, movimentos de excursão dolorosos. Ajustes oclusais freqüentes nas consultas de manutenção, sendo necessário um reforço nas questões relacionadas ao manuseio dos trabalhos, em razão da associação com a artrite reumatóide.
- Anemia Perniciosa – haverá a necessidade de um constante controle de estabilidade quanto a oclusão, para minimizar as áreas de pressão. Devido a falta de saliva, retenção e o controle de placa poderão ficar a desejar;
- Deficiência Vitamínica ou Nutricional – nos pacientes edêntulos ou parcialmente edêntulos, recomenda-se o tratamento sistêmico concomitante ao reabilitado protético visando prevenir a reabsorção óssea e perda precoce dos trabalhos. Nesses casos mais ainda deve-se ater-se para uma correta extensão da área basal e da estabilidade das próteses, para não causar

irritação na mucosa. Aconselha-se uma dieta suplementar, quando hábitos alimentares não puderem ser mudados (Dupuis, 2008);

Na mesma esteira sistêmica, porém não como “doença”, outra questão interessante que deve ser levada em conta em relação ao tempo de permanência dos trabalhos de próteses em boca, é a importância de levar-se em consideração no planejamento os hábitos alimentares dos pacientes, principalmente no que tange a consistência dos alimentos. Segundo Lindhe (1992), a dieta é um fator quase sempre esquecido em planejamentos e execução de tratamentos odontológicos. Tal fato não deveria ocorrer já que a manutenção da integridade e a resistência dos elementos da boca estão intimamente relacionadas ao tipo de alimentação do paciente. A relação da consistência dos alimentos e os aspectos biofísicos do tratamento mostram que o tipo de alimento irá variar entre as preferências individuais, cultura regional e necessidades especiais, com também demonstram que muitas falhas encontradas nos trabalhos estão diretamente relacionadas aos hábitos alimentares do paciente (Özcan & Niedermeier, 2002; Dupuis, 2008).

A respeito dos fracassos encontrados em relação aos trabalhos de prótese, os inscritos na especialidade de prótese junto ao CRORS, entendem que o principal responsável pelos erros é o profissional (65%), sendo que todos os envolvidos foram citados: paciente (42,7%) e laboratório (19,6%), mostrando de forma geral que todos possuem sua parcela de responsabilidade (Johnson & Stratton, 1988; Franceschini Jr, 2004; Covolan *et al.*, 2008; Giostri, 2009).

Ao estudar os tipos de erros mais frequentes nas diferentes próteses, começa-se a análise enfocando as próteses fixas, onde segundo Dell'acqua (1986) os erros encontrados podem ser classificados como intrínsecos e os extrínsecos ao dente pilar. Os estudos longitudinais disponíveis (entre 18 e 23 de avaliação) mostraram como principais erros em prótese fixa: tratamentos endodônticos, posição distal terminal da peça, local do dente na mandíbula e avançada perda de osso marginal (Palmqvist & Söderfeldt, 1994). Alguns estudos alertaram para os profissionais avaliarem nos trabalhos a forma de contato entre os dentes, a proximidade entre suas raízes, a configuração da gengiva interproximal, o acesso suficiente para higienização, bem como a localização das margens das restaurações (Stoll &

Novaes, 1997; Franzon Filho, 2003). A importância de analisar o efeito da esplintagem dos dentes suportes de prótese fixa foi destacada por Yang *et al.* (1999), sendo uma alternativa quando a inserção óssea das raízes se encontra deficiente ou inadequada, não esquecendo de levar em conta a importância do polígono de Roy no equilíbrio das forças que incidem sobre os trabalhos (Zavanelli *et al.*, 2005). Detalhes visando evitar erros em relação aos preparos, como os princípios mecânicos e biológicos (Pavanelli *et al.*, 2000) e a utilização de recursos retentivos como sulcos, caixas e canaletas, além da possibilidade de realização de cirurgia para aumento da coroa clínica foram enfatizados (Rubo *et al.*, 2001). Numa pesquisa sobre a identificação dos erros mais frequentes encontrados no preparo de dentes no âmbito das próteses fixas, Christensen (2007) observou: inadequada redução de paredes, redução acentuada dos tecidos, excesso de conicidade, munhões inadequados, limite cervical não identificável, retenções na parede axial e ângulos vivos. A necessidade de indicação do agente cimentante, seja ele o tradicional fosfato de zinco (Nakao *et al.*, 2006) ou através da utilização de adesivos e cimentos resinosos, dispositivos retentivos dentro de preparo, e fundamentalmente, ajuste oclusal pós cimentação (Mezzomo & Rivaldo, 2001; Christensen, 2003; Ribeiro *et al.*, 2007) foram citados como fatores preditivos de sucesso em trabalhos fixos. Já para os trabalhos fixos adesivos, os principais fatores de erro foram relacionados ao comprimento dos trabalhos (número de pânticos), à localização dos trabalhos, onde as próteses anteriores tiveram maior sucesso do que as colocadas sobre elementos posteriores e ainda falha na avaliação das condições periodontais, oclusais e os hábitos parafuncionais. São considerados fatores que podem aumentar a longevidade dos trabalhos, recursos retentivos como apoios, canaletas e ranhuras proximais, utilização de ligas de Níquel-Cromo e Cromo-Cobalto (Hussey *et al.*, 1991; Priest, 1995; Hansson & Bergström, 1996; Imbery & Eshelman, 1996; Creugers *et al.*, 1997; Seraidarian *et al.*, 2001).

Já para os aparelhos removíveis, a literatura mostrou que os principais erros encontrados estavam relacionados a todos os envolvidos com o trabalho: pacientes, Cirurgião-dentista e laboratório (Todescan & Romanelli, 1971; Tamari & Pietrovski, 1983; Johnson & Stratton, 1988). No levantamento de 10 anos realizado por Bergman *et al.*

(1982), foram relacionados como mais relevantes a reincidência de cárie, alterações periodontias e fratura das próteses. Foram citados ainda como erros: instalação de prótese sem tratamento prévio de disfunção temporomandibular (Magnusson, 1980), falta de informações na anamnese (Berg, 1984), ausência da montagem das peças no articulador semi-ajustável, falta de instruções sobre durabilidade e limitações dos trabalhos, bem como higienização (Souza *et al.*, 1991), defeitos de fundição das armações (Asckar *et al.*, 1993), planejamento e desenho incorreto das armações em relação à raiz do dente (Costa *et al.*, 1997; Singla & Lal, 2006), influência direta dos operadores na adaptação das bases (Consani *et al.*, 2000). Segundo Johnson & Stratton (1988), na filosofia do tratamento da preservação dos tecidos orais, o fracasso mais colossal das PPRs seria aquele que contribui para a perda dos tecidos duros e moles remanescentes, seja pela higiene oral precária ou pela falta de um sistema efetivo de retorno dos pacientes. Para o autor, esse tipo de fracasso seria classificado como “pessoal”. De outra maneira, o pesquisador declara que outro tipo de fracasso seria relacionado pela falta de responsabilidade ou habilidade para: 1) desenvolver um plano de tratamento, 2) Realizar o “preparo de boca”, ou 3) realizar corretamente a prescrição dos serviços laboratoriais.

Quando solicitada a identificação específica dos tipos de erros e seus responsáveis, a instalação dos trabalhos (entenda-se aqui os fixos e móveis) obtiveram entre os questionados o escore de 38,5% como situação de erro oriunda dos protesistas, atrás de plano de tratamento (54,5%) e planejamento (89,5%), mostrando que os entrevistados reconhecem sua responsabilidade perante os envolvidos, pacientes e laboratórios (Brasil, 1966, 1940, 1990, 2002; França, 1995; Modolo *et al.*, 1999; Ramos, 2000; Tanaka, 2002; CFO, 2003; Francesquini Jr, 2004; CFO, 2005; Costa-e-Silva & Zimmermann, 2006; De Paula, 2007; Covolan *et al.*, 2008; Silva, 2009).

No que tange os erros de laboratório, causou-nos estranheza que tenham sido apontados como pertinentes aos técnicos de prótese dentária questões relacionadas ao planejamento (29,4%), plano de tratamento (16,8%) e a escolha de dentes (15,4%) sendo essas atividades exclusivas do Cirurgiões-dentistas conforme claramente a literatura registra

(CFO, 2005; Francesquini Jr, 2004), sendo que a classificação dos erros encontrados encontra guarida na literatura (Asckar *et al.*, 1993; Consani *et al.*, 2000).

Também acertaram os respondentes na identificação de falhas ou erros relacionados aos pacientes: falta de manutenção (higiene) (99,3%), doenças crônicas (30,8%), instalação (4,2%) e falta de instruções por escrito (3,5%) concordantes com os trabalhos publicados (Hung, 2003; Turner *et al.*, 2008). Esse fato pode ter ocorrido pelo alto índice de capacitação dos profissionais apontados na descrição da amostra, seja com conhecimentos adquiridos na graduação (86%), especialização (84%) ou em outros cursos (57,3%).

Por outro lado, o fato de muitos abordados não terem tido uma formação sólida e consistente nos aspectos éticos e legais (47,6%), refletiu diretamente na quantidade de respostas apontadas na questão que se referia ao registro do odontograma durante os tratamentos. Isso mostra a falta de qualidade e os prejuízos para a boa prática cotidiana no âmbito da prótese, seja por questões administrativas, clínicas ou legais (Silva, 2009).

Ao interpretar os patamares de desconhecimento referente à legislação relacionada com o título do trabalho, destaca-se o risco a que estão expostos os profissionais, a ponto do subitem relacionado à própria lei que criou e regulamentou a profissão odontológica ser o mais referido como desconhecido, com apenas 2,2% (n=3) de acertos (Brasil, 1966). Das seis legislações pertinentes ao tema: Código Civil (tanto no que se refere à prescrição de ações pessoais, como no tocante a reparação de danos), CPDC, Lei nº5081/66 que regulamentou a odontologia, Código de Ética e a Consolidação da Normas Para Procedimentos no Conselhos (ou Resolução 63/2005 onde constam as atribuições do especialista em prótese dentária) o índice máximo de conhecimento não atingiu mais que 12,5% (Brasil, 1966, 1990, 2002; CFO 2003, 2005).

Das etapas que antecedem o diagnóstico em prótese, tanto nas reabilitações fixas como nas móveis, de vital relevância são os exames radiológicos, sendo que os protesistas da Capital gaúcha na sua totalidade disseram que radiografam ou solicitam esses exames a clínicas de radiologia (100%, n=143) nos trabalhos fixos. Já para os trabalhos de PPR, o escore de solicitações cai um pouco, ainda que permaneça alto, 92,1% (n=129).

Além da importância dessas no complemento diagnóstico (Costa, 1994), no campo legal, as radiografias são exames que podem ser utilizados em eventual lide jurídica, sendo necessário que estejam bem processadas e arquivadas (Mailart *et al.*, 1991), caso contrário pode-se perder uma prova favorável ao prestador de serviços, independente de pertencerem ao paciente (Severo *et al.*, 2002).

Na mesma esteira antecedente a confecção do tratamento protético propriamente dito, existe uma etapa conhecida como “preparo de boca”, bem caracterizada nos trabalhos fixos (Mezzomo & Oppermann, 1994; Mezzomo & Suzuki, 2006), parciais removíveis (Zanetti & Laganá, 1996; Todescan *et al.*, 2003; Bonachela & Rivaldo, 2006), e totais (Turano & Turano, 2004). A amostra estudada na sua totalidade manifestou-se praticante dessa etapa nas reabilitações fixas, sendo que um número pequeno 0,7% pecou nos trabalhos removíveis, expondo os pacientes a tratamentos sobre um sítio receptor não ideal.

Ainda sobre as etapas de diagnóstico e plano de tratamento, uma situação interessante, divergente das observadas pela literatura (Souza *et al.*, 1991; Fiori, 1993; Todescan *et al.*, 2003; Franceschini Jr, 2004; Castro *et al.*, 2009; Franceschini Jr. *et al.*, 2010) foi a grande maioria 93,7% dos respondentes asseverarem escrever em seu receituário como querem a sua prótese para o laboratório, valorizando ainda mais os conteúdos ministrados nas universidades e cursos freqüentados na área de prótese. Já indo de encontro com o que é preconizado, apenas 34,3% (n=48) da amostra delinea os modelos antes de mandá-los para o laboratório, ou seja, 92 profissionais (65,7%) não fazem o planejamento dos trabalhos com uma informação chave para o sucesso do planejamento em prótese (Zanetti & Laganá, 1996).

Outro aspecto que chamou a atenção na pesquisa foi o número uniforme de especialistas que utilizam os modelos montados em articulador, onde o valor mínimo foi de 32,2% (n=46) para os trabalhos de prótese fixa unitária e o escore máximo e substancial de 91,6% (n=131) para as reabilitações fixas extensas. Alerta-se que 7,7% (n=11) dos protesistas admitiram não utilizar em nenhum tipo de prótese o referido aparelho, complicando o diagnóstico e fatalmente o prognóstico dos trabalhos reabilitadores (Tamaki,

1983; Souza *et al.*, 1991; Zanetti & Laganá, 1996; Todescan *et al.*, 2003; Turano & Turano, 2004; Lopes & Mezzomo, 2006).

A utilização de sistemas de encaixes em prótese removíveis foi e ainda é uma alternativa utilizada nos trabalhos reabilitadores visando melhorar a estética em muitos casos (Fiori, 1983; Todescan *et al.*, 2003), ainda que as armações contendo encaixes de precisão e semi-precisão, na sua maioria apresentam mais movimentação do que as armações contendo somente grampos (Chou *et al.*, 1991). O desempenho de pilares contendo encaixes rígidos de precisão como retentores de PPR, mostrou uma vida útil de 15 anos, com taxa de sucesso alcançando 65% (Öwall, 1991). Já os retentores intra-radulares também se mostraram úteis para reabilitações removíveis (Teófilo *et al.*, 2005). Nesse questionamento 90,8% (n=129) dos pesquisados escreveram realizar esses tipos de prótese.

7 CONCLUSÃO

Tendo em vista a revista da literatura e a análise dos dados é lícito concluir que:

- a) Existe entre os Cirurgiões-dentistas especialistas em prótese dentária da Cidade de Porto Alegre inscritos em 2007, um conhecimento adequado sobre aspectos relacionados ao tempo de duração de trabalhos de prótese;
- b) A maioria dos protesistas não foi instruída em odontologia legal e desconhece, de forma consistente, as normas éticas e legais pertinentes a profissão, bem como a legislação relacionada à reparação de danos envolvendo trabalhos reabilitadores de prótese.
- c) Pela necessidade de entendimento dos aspectos clínicos envolvidos na avaliação dos trabalhos de prótese (independente do tipo), a perícia para verificação da culpa deverá ser realizada por um profissional odontologista e com experiência irrefutável na área de prótese dentária. O período estimado sobre a duração dos trabalhos, quando avaliado em perícias odontológicas deve ser verificado com base nas responsabilidades de cada um dos envolvidos no trabalho: protesista, paciente e laboratório, atribuindo as reabilitações protéticas uma obrigação de meio.

REFERÊNCIAS*

1. Abrão W, Panzeri H. Envelhecimento das resinas acrílicas para base de dentaduras sob condições extremas. *Rev Odontol Metod.* 1992; 2(3): 258-62.
2. Academy of prosthodontics. Principles, concepts, and practices in prosthodontics. 9. ed. *J Prosthet Dent.* 1995; 73: 73-94.
3. Agrestini F. Sul risarcimento delle espese di cure protesiche. *Ann Stomatol (Roma).* 1966; 15(8): 671-73.
4. Albashaireh SM, Alhusein AA, Marashdeh MM. Clinical assessments and patient evaluations of the esthetic quality of maxillary anterior restorations. *Int J Prosthodont.* 2009; 22: 65-71.
5. Asckar EM, Bonachela WC, Vieira LF, Freitas R. Averiguação radiográfica de possíveis defeitos de fundição em armações de próteses parciais removíveis. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1993; 7(3): 189-98.
6. Anusavice KJ, Kakar K, Ferre N. Wich mechanical and physical testing methods are relevant for predicting the clinical performance of ceramic-based dental prostheses? *Clin Oral Implants Res.* 2007; 18 (suppl 3): 218-31.
7. Berg E. A 2-year follow-up study of patient satisfaction with new complete dentures. *J Dent.* 1988; 16: 160-65.
8. Berg E, Johnsen TB, Ingebretsen R. Patients motives and fulfillment of motives in renewal of complete dentures. *Acta Odontol Scand.* 1984; 42: 235-40.
9. Berg E. The influence of some anamnestic, demographic, and clinical variables on patients acceptance of new complete dentures. *Acta Odontol Scand.* 1984; 42: 119-27.
10. Bergman B, Carlsson GE. Clinical long-term study of complete denture wearers. *J Prosthet Dent.* 1985; 53(1): 56-61.
11. Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. Caries, periodontal and prosthetic findings in patients with removable partial dentures: a ten-year longitudinal study. *J Prosthet Dent.* 1982; 48(5): 506-14.
12. Bonachela WC, Rivaldo EG. Prótese parcial removível na prática contemporânea. In: Mezzomo E, Suzuki RM. *Reabilitação oral contemporânea.* São Paulo: Santos; 2006. p. 369-99.

* De acordo com a norma UNCAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of medical Journal Editors – Grupo de Vancouver . Abreviatura dos periódicos em conformidade com Medline.

13. Bontempo KV, Zavanelli RA. Fatores etiológicos correlacionados à desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bimaxilares: uma análise comparativa. *Rev Gauch Odontol.* 2009; 57(1): 67-75.
14. Bouchardet FCH, Silva WFM. Semiologia do complexo bucomaxilofacial aplicado à perícia. In: Epiphanio EB, Vilela JRPX. *Perícias médicas teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 283-91.
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.
16. Brasil. Decreto- Lei n. 2848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União;* 1940 dez 31. Coluna 2, p. 23911.
17. Brasil. Lei ordinária n. 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União,* 1990 set 12, suplemento. Retificado no *Diário Oficial da União;* 2007 jan 10.
18. Brasil. Lei ordinária n. 5.081 de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. *Diário Oficial da União* 1966; Coluna 1, p. 9843.
19. Brasil. *Novo Código Civil Comparado: Análise comparativa entre o Novo Código Civil e o Código Civil de 1916.* Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2002.
20. Breda RA, Sicoli EA, Mendonça MJ, Pezzini RP. Prótese total pela técnica da zona neutra. *Rev Gauch Odontol.* 2006; 54(3): 274-79.
21. Brewer A. Selection of denture teeth for esthetics and function. *J Prosthet Dent.* 1970; 23(4): 368-73.
22. Cabrini J, Fais LMG, Compagnoni MA, Mollo Júnior FA, Pinelli LAP. Tempo de uso e a qualidade das próteses totais: uma análise crítica. *Ciênc Odontol Bras.* 2008; 11(2): 78-85.
23. California Dental Association. Quality evaluation for dental care. Guidelines for assessment of clinical quality and professional performance. Los Angeles: California Dental Association; 1977.
24. Cardozo HF. Avaliação das lesões dentárias em âmbito civil e a atuação do cirurgião-dentista. *Rev Odontol UNICID.* 1994; 6(1): 45-56.
25. Cardozo HF. Avaliação médico-legal das lesões do complexo maxilomandibular. In: Silva M. *Compêndio de odontologia legal.* Rio de Janeiro: Medsi; 1997. p. 289-317.

26. Castro JCO, Zanetti RV, Feltrin PP, Froner EE, Moura CDVS. Modelos de prótese parcial removível e a comunicação entre cirurgiões-dentistas e técnicos nos laboratórios na cidade de Teresina, Piauí. *Rev Gauch Odontol.* 2009; 57(3): 273-79.
27. Chamberlain BB, Razzoog ME, Robinson E. Quality of care: compared perceptions of patient and prosthodontist. *J Prosthet Dent.* 1984; 52(5): 744-46.
28. Chandler JA, Brudvik JS. Clinical evaluation of patients eight to nine years after placement of removable partial dentures. *J Prosthet Dent.* 1984; 51(6): 736-43.
29. Chou TM, Eick JD, Moore DJ, Tira DE. Stereophotogrammetric analysis of abutment tooth movement in distal-extension removable partial dentures with intracoronal attachments and clasps. *J Prosthet Dent.* 1991; 66(3): 343-49.
30. Christensen GJ. Ensuring retention for crowns and fixed prostheses. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134: 993-95.
31. Christensen GJ. Frequently encountered errors in tooth preparations for crowns. *J Am Dent Assoc.* 2007; 138: 1373-375.
32. Consani RLX, Domitti SS, Mesquita MF, Almeida MHW. Influência de operadores na adaptação das bases de prótese total. *Pós Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos.* 2000; 3(1): 74-80.
33. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO-63/2005, atualizada em 18 de maio de 2005. *Diário Oficial da União;* 2005 abr 19. Seção 1, p. 104.
34. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-179/91 e aprova outro em substituição. Resolução 42/2003, de 20 de maio de 2003. *Diário Oficial da União;* 2003 mai 22. Seção 1, p. 66-8.
35. Conti PCR, Valle AL, Ferreira PM, Conti JV, Cury MM, Torres SC. Avaliação clínica da condição de coroas totais e próteses fixas com mais de um ano de permanência na boca. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1991; 5(1): 25-8.
36. Costa-e-Silva APA, Zimmermann RD. Estudo dos acórdãos dos Tribunais de Justiça acerca das ações de responsabilidade civil contra cirurgiões-dentistas. *Braz Oral Res.* 2006; 20(Suppl): 286.

37. Costa MM, Oliveira RP, Prado CJ, Oliveira JEC. O uso de dentes naturais em prótese parcial removível. ROBRAC. 2000; 9(28): 45-7.
38. Costa MM, Oliveira JEC, Prado CJ, Reis SMA. As próteses Parciais Removíveis e as iatrogenias evitáveis. ROBRAC. 1997; 6(21): 11-3.
39. Costa NP. Fundamentos de Radiologia. In: Mezzomo E. Reabilitação oral para o clínico. São Paulo: Santos; 1994. p. 199-212.
40. Covolan E, Mendonça LN, Lima SO, Garcia SEM. O direito analisa a responsabilidade civil na odontologia. Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. 2008; XI(12): 523-34.
41. Cowan RD, Gilbert JA, Elledge DA, McGlynn FD. Patient use of removable partial dentures: two-and four-years telephone interviews. J Prosthet Dent. 1991; 65(5):668-70.
42. Creugers NHJ, De Kanter RJAM, van't Hof MA. Long-term survival data from a clinical Trial on resin-bonded bridges. J Dent. 1997; 25: 239-42.
43. Creugers NHJ, Käyser AF, van't Hof MA. A meta-analysis of durability data on conventional fixed bridges. Community Dent Oral Epidemiol. 1994; 22: 448-52.
44. Creugers NH, Mentink AG, Fokkinga WA, Kreulen CM. 5-year follow-up of a prospective clinical study on various types of core restorations. Int J Prosthodont. 2005; 18: 34-9.
45. Cunha VPP, Marchini L. Prótese total: procedimentos clínicos e laboratoriais. Curitiba: Editora Maio; 2002. p. 19-20.
46. Çehreli MC, Kökat AM, Akça K. Cad/cam zirconia vs. Slip-cast glass-infiltrated alumina/zircônia all-ceramic crowns: 2-year results of a randomized controlled clinical trial. J Appl Oral Sci 2009; 17(1): 49-55.
47. Davis EL, Albino JE, Tedesco LA, Portenoy BS, Ortman LF. Expectations and satisfaction of denture patients in university clinic. J Prosthet Dent. 1986; 55(1): 59-63.
48. Dawson PE. Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais. 2. ed. São Paulo:artes médicas; 1993. p. 1-14.

49. De Backer H, Van Maele G, De Moor N, Van der Berghe L, De Boever J. A 20-year retrospective survival study of fixed partial dentures. *Int J Prosthodont.* 2006a; 19(2): 143-53.
50. De Backer H, Van Maele G, De Moor N, Van der Berghe L. Single-tooth replacement: is a 3 unit fixed partial denture still an option? A 20-year retrospective study. *Int J Prosthodont.* 2006b; 19(6): 567-73.
51. De Backer H, Van Maele G, De Moor N, Van der Berghe L. An up to 20-year retrospective study of 4-unit fixed dental prostheses for the replacement of 2 missing Adjacent Teeth. *Int J Prosthodont.* 2008; 21(3): 259-66.
52. De Backer H, Van Maele G, De Moor N, Van der Berghe L. The influence of gender and age on fixed prosthetic restoration longevity: an up to 18-to 20-year follow up in undergraduate clinic. *Int J Prosthodont.* 2007; 20(6): 579-86.
53. De Paula FJ. Levantamento das jurisprudências de processos de responsabilidade civil contra o cirurgião-dentista nos tribunais do Brasil por meio da *internet* [Tese]. São Paulo: USP/FO; 2007.
54. Decock V, De Nayer K, De Boever JA. 18-Year longitudinal study of cantilevered fixed restorations. *Int J Prosthodont.* 1996; 9(4): 331-40.
55. Dell'acqua HM. Manifestações clínicas dos fracassos em próteses fixa. *Rev Gauch Odontol.* 1986; 34(3): 205-11.
56. Derry A, Bertram U. A clinical survey of removable partial dentures after 2 years usage. *Acta Odontol Scand.* 1970; 55: 581-98.
57. Dupuis V. Edentulismo, uso de próteses totais e removíveis e nutrição. Porto Alegre: Artmed; 2008.
58. Eid ME, Razek MKA, Shaaban AS. Wear of acrylic teeth. *Egypt. Dent J.* 1972; 18(4): 423-32.
59. El Ghazali S, Glantz PO, Randow K. On the clinical deformation of maxillary complete dentures. *Acta Odontol Scand.* 1988; 46: 287-95.
60. Ellinger CW, Somes GW, Nicol BR, Unger JW, Wesley RC. Patient response to variations in denture technique. Part III: five-year subjective evaluation. *J Prosthet Dent.* 1979; 42(2): 127-30.
61. Fabroni G, Umani Ronchi G. 1993. Apud Silva RA. Durabilidade e eficiência das próteses dentárias fixas e removíveis: aspectos legais [Dissertação]. São Paulo: USP/FO; 2003.

62. Fayyad MA, Al-Rafee MA. Failure of dental bridges: III – Effect of some technical factors. *J Oral Rehabil.* 1996; 23: 675-78.
63. Figueiredo JAP, Mezzomo E. Manejo do complexo dentina-polpa em procedimentos protéticos. In: Mezzomo E. Reabilitação oral para o clínico. São Paulo: Santos; 1994. p.121-61.
64. Filgueiras RP, Namen FM, Galan-Júnior J. União entre cerâmica de zircônio e cimento resinoso dual. *Rev Gauch Odontol.* 2010; 58(1): 61-4.
65. Fiori, SR. Atlas de prótese parcial removível. 4. ed. São Paulo: Pancast; 1993.
66. Francesquini Jr, Luis. Parâmetros de qualidade em prótese parcial removível e a responsabilidade civil [Tese]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2004.
67. Francesquini Jr, Rizatti-Barbosa CM, Picapedra A, Fernandes MM, Barbieri AA, Silva RF. A responsabilidade legal sobre modelos de prótese parcial removível enviados a laboratórios de prótese. *Rev Gauch Odontol*; no prelo, 2010.
68. França BHS. Documentação clínica do paciente: guardar por quê? *Rev Clín Ortodon Dental Press.* 2007; 6(5): 48-9.
69. França BHS. Responsabilidade civil e criminal do cirurgião-dentista. *Revista Acadêmica: ciências agrárias e ambientais.* 1995; 4(12): 35-40.
70. Alcântara HR. França GV (coordenador), Vanrell JP, Galvão LCC, Martin CCS, atualizadores. *Perícia médica judicial.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
71. Frank RP, Brudvik JS, Leroux B, Milgrom P, Hawkins N. Relationship between the standarts of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. *J Prosthet Dent.* 2000; 5(83): 521-27.
72. Franzon Filho PR. Avaliação das condições periodontais em dentes reabilitados com prótese parcial fixa [Dissertação]. Bauru: USP/FOB; 2003.
73. Garbin CAS, Garbin AJI, Rovida TAS, Saliba MTA, Dossi AP. A responsabilidade profissional do cirurgião-dentista segundo a opinião de advogados. *Rev Odontol UNESP.* 2009; 38(2): 129-34.
74. Garcia AR, Sousa V, Pellizzer EP, Zuim PRJ. Extremidade livre: período médio para reembasamento. *Rev Odontol UNESP.* 1994; 23(2): 307-11.
75. Gil C, Nakamae AEM. Índice de qualidade do trabalho protético (IQP): um estudo metodológico. *RPG Rev Pos-Grad.* 2000; 7(1): 38-46.

76. Giostri HT. Reflexões sobre a arte-ciência odontológica e a abrangência de sua responsabilidade na atualidade. In: _____. Da Responsabilidade civil e ética do cirurgião-dentista. Curitiba: Juruá; 2009. p. 17-61.
77. Glantz PO, Ryge G, Jendresen MD, Nilner K. Quality of extensive fixed prosthodontics after Five years. *J Prosthet Dent.* 1984; 52(4): 475-79.
78. Gonçalves ACS, Travassos DV, Ramos DLP. Importância da produção antecipada de provas para o cirurgião-dentista. *RPG.* 1999; 6(1): 21-4.
79. Grinover AP, organizador. Código Brasileiro de Defesa do Consumidor. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1999.
80. Hansson O, Bergström B. A longitudinal study of resin-bonded prostheses. *J Prosthet Dent.* 1996; 76(2): 132-39.
81. Henriques ACG, Costa DPTS, Barros KMA, Beatrice LCS, Menezes Filho PF. Cerâmicas Odontológicas: aspectos atuais, propriedades e indicações. *Odontol Clín-Cient.* 2008; 7(4): 289-94.
82. Hiramatsu DA, Franco LJ, Tomita NE. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(11): 2441-448.
83. Hoad-Reddick G, Grant AA, Griffiths CS. Investigation into the cleanliness of dentures in an elderly population. *J Prosthet Dent.* 1990; 64(1): 48-52.
84. Hochman N, Yaffe A, Ehrich J. Splinting: A retrospective 17-year follow-up study. *J Prosthet Dent.* 1992; 67(5): 600-02.
85. Hung HC, Willett W, Ascherio A, Rosner BA, Rimm E, Joshipura KJ. Tooth loss and dietary intake. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134: 1185-192.
86. Hussey DL, Pagni C, Linden GJ. Performance of 400 adhesive bridges fitted in a restorative dentistry department. *J Dent.* 1991; 19: 221-25.
87. Imbery TA, Esheman EG. Resin-bonded fixed partial dentures: a review of three decades of progress. *J Am Dent Assoc.* 1996; 127: 1751-760.
88. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. Indicadores demográficos 1990-2008. [Acesso 2010 abr 10]. Disponível em: www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/tabelas/população_tabela02.htm
89. Jagger DC, Harrison A. Denture cleansing – the best approach. *Br Dent J.* 1995; 178: 413-17.

90. Johnson DL, Stratton RL. Fracassos. In: Johnson DL, Stratton RL. Fundamentos da prótese removível. Rio de Janeiro: Quintessence Books; 1988. p. 283-85.
91. Kalk W, Baat C. Patients' complaints and satisfaction 5 years after complete denture treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990; 18: 27-31.
92. Kalk W, Baat C. Kaandorp AJG. Comparison of patients' views and dentists' evaluations 5 years after complete treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991; 19: 213-16.
93. Karlsson S. A clinical evaluation of fixed bridges, 10 years following insertion. *J Oral Rehabil.* 1986; 13: 423-32.
94. Kato MT, Goya S, Sales Peres SHC, Sales Peres A, Bastos JRM. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista. *Rev Odontol Univ Cid Sao Paulo.* 2008; 20(1): 66-75.
95. Ketabi AR, Kaus T, Herdach F, Groten M, Axmann-Krcmar D, Pröbster L, *et al.* Thirteen-year follow-up study of resin-bonded fixed partial dentures. *Quintessence Int.* 2004; 35(5): 407-10.
96. Khindria SK, Mittal S, Sukhija U. Evolution of denture case materials. *J Indian Prosthodont Soc.* 2009; 9(2): 64-9.
97. Kimpara ET, Silva LH, Costa CB, Borges ALS, Tango RN, Paes Júnior TJA. Resinas acrílicas para prótese total: efeito de ciclos de polimerização sobre a quantidade de monômero residual e porosidades. *RFO UPF.* 2009; 14(1): 37-41.
98. Koyama S, Sasaki K, Yokoyama M, Sasaki T, Hanawa S. Evaluation of factors affecting the continuing use and patient satisfaction with removable partial dentures over 5 years. *J Prosthodont Res.* 2010; 54: 97-101.
99. Kratochvil FJ, Davidson PN, Tandarts JG. Five-year survey of treatment with removable partial dentures. Part 1. *J Prosthet Dent.* 1982; 48(3): 237-44.
100. Lechner SK. A longitudinal survey of removable partial dentures. I. patient assessment of dentures. *Aust Dent J.* 1985a; 30(2): 112-17.
101. Lechner SK. A longitudinal survey of removable partial dentures. II. clinical evaluation of dentures. *Aust Dent J.* 1985b; 30(3): 194-97.
102. Lee Jh, Chen JH, Lee HE, Chang HP, Chen HS, Yang YH *et al.* Improved denture retention in patients with retracted tongues. *J Am Dent Assoc.* 2009; 140: 987-91.
103. Leles CR, Freire MCM. Odontologia baseada em evidências. In: Estrela C. *Metodologia científica.* São Paulo: Artes Médicas, 2005.

104. Leles CR, Nakaoka MM, Souza RF, Compagnoni MA. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais . Parte II – Tempo de uso e estimativa de durabilidade. Rev Fac Odontol Sao Jose Campos. 1999; 2(2): 1-8.
105. Lindhe J. Aspectos técnicos e biofísicos de tratamento com coroas e pontes. In: Lindhe J. Tratado de periodontologia clínica. São Paulo: Guanabara Koogan; 1992. p. 415-25.
106. Loney RW, Knechtel ME. Diagnosing denture problems using pressure-indicating media. J Prosthet Dent. 2009; 101: 137-41.
107. Lucato MC. Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista. J Bras Clín Odont Int. 2004; 8(47): 367.
108. Machado AL, Breeding LC, Vergani CE, Perez LEC. Hardness and surface roughness of reline and denture base acrylic resins after repeated disinfection procedures. J Prosthet Dent. 2009; 102: 115-22.
109. Maestrello H. 2010 pode ser o pulo do gato para o mercado odontológico. Jornal da ABO. 2009; 121: 21.
110. Magnusson T. Prevalence of recurrent headache and mandibular dysfunction in patients with unsatisfactory complete dentures. Community Dent Oral Epidemiol. 1980; 8: 159-64.
111. Mailart D, Fenyö-Pereira M, Freitas A. Perícias odonto-legais. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1991; 45(2): 443-46.
112. Marchini L, Tamashiro E, Nascimento DFF, Cunha VPP. Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a university dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues. Gerodontology. 2004; 21: 226-28.
113. Masella RS, Meister M. The ethics of health care professionals opinions for hire. J Am Dent Assoc. 2001; 132: 361-67.
114. Mazurat RD. Longevity of partial, complete and fixed prostheses: a literature review. J Can Dent Assoc. 1992; 58(6): 500-04.
115. McGarry TJ, Jacobson TE. The professions of dentistry and dental laboratory technology improving the interface. J Am Dent Assoc. 2004; 135: 220-26.
116. Mezzomo E, Oppermann, RV. A reabilitação protética no contexto de promoção de saúde. In: Mezzomo E. Reabilitação oral para o clínico. São Paulo: Santos; 1994. p. 1-5.

117. Mezzomo E, Rivaldo EG. Cimentação em prótese parcial fixa. In: Mezzomo E, *et al.* Prótese parcial fixa: manual de procedimentos. São Paulo: Santos; 2001. p. 259-74.
118. Mezzomo E, Suzuki, RM. Plano de tratamento em reabilitação oral. In: Mezzomo E, Suzuki RM. Reabilitação oral contemporânea. São Paulo: Santos; 2006. p.1-59.
119. Melton AB. Current trends in removable prosthodontics. J Am Dent Assoc. 2000; 131: 52s-6s.
120. Modolo VM, Calvielli ITP, Antunes JL. Patient claims related to unsuccessful prosthetic and periodontal treatment, São Paulo, Brazil, 1993-97. Odont e Sociedade. 1999; 1(1/2): 19-23.
121. Montenegro FLB, Navarro RS, Oliveira Jr WT, Brunetti RF, Todescan R. Avaliação sobre o ensino da prótese parcial removível em faculdades de odontologia públicas e privadas do estado de São Paulo. RPG Rev Pos-Grad. 2000; 7(3): 245-52.
122. Nakao E, Campos TN, Contin I, Veiga JAL. Efeito das ciclagens térmica e mecânica na redução da retenção de coroas metálicas fundidas e cimentadas. RPG Rev Pos-Grad. 2006; 13(2):157-63.
123. Nassif J. Instructions for patients - a positive factor in removable partial denture service. J Am Dent Assoc. 1975; 91: 1221-223.
124. Nicol BR, Somes GW, Ellinger CW, Unger JW, Fuhrmann J. Patient response to variations in denture technique. Part II: five-year cephalometric evaluation. J Prosthet Dent. 1979; 41(4): 368-72.
125. Nigre AL. A impossibilidade da inversão do ônus da prova nas demandas ajuizadas em face dos Cirurgiões-dentistas. In: Nigre AL. O atuar do cirurgião-dentista direitos e obrigações. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2009. p. 103-06.
126. Nyman S, Lindhe J. A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. J Periodontol. 1979; 50(4): 163-69.
127. Oliveira IR. Causas mais freqüentes que levaram os pacientes a reclamarem ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, em relação a prótese dentária : estudo longitudinal [Dissertação]. São Paulo: FO/USP; 1999.

128. Oppermann RV. Diagnóstico e tratamento das doenças cárie e periodontal. *in*: Mezzomo E. Reabilitação oral para o clínico. São Paulo: Santos; 1994. p. 7-59.
129. Öwall B. Precision attachment – retained removable partial dentures: Part 1. Technical Long-Term Study. *Int J Prosthodont*.1991; 4(3): 249-57.
130. Özcan M, Niedermeier W. Clinical study on reasons for and location of failures of metal-ceramic restorations and survival of repairs. *Int J Prosthodontics*. 2002; 15(3): 299-302.
131. Paes-Junior TJA, Maegi B, Tango RN, Nascimento WF, Borges ALS, Kimpara ET. Propriedades do gesso tipo IV em função da variação no posicionamento molde/modelo durante a fase de presa. *Rev Gauch Odontol*. 2010; 58(1): 65-9.
132. Palmqvist S, Söderfeldt B. Multivariate analyses of factors influencing the longevity of fixed partial dentures, retainers, and abutments. *J Prosthet Dent*. 1994; 71(3): 245-50.
133. Paranhos LR, Ricci ID, Scanavini MA, Bérzin F, Ramos AL. Análise do mercado de trabalho odontológico na região Sul do Brasil. *RFO UPF*. 2009 14(1): 7-13.
134. Pavanelli CA, Nogueira Jr L, Moraes JV, Pagani C. Considerações clínicas sobre os princípios biomecânicos que orientam os preparos coronários em prótese parcial fixa. *Jornal Brasileiro de Clinica & Estetica em Odontologia*. 2004 (24): 72-6.
135. Pegoraro LF, Bonfante G, Valle AL, Pandolfi RF. Fracassos em prótese fixas. *In*: Bottino MA. Atualização na clínica odontológica: o dia-a-dia do clínico geral. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 429-41.
136. Pegoraro LF, Valle AC, Araújo CRP, Bonfante G, Conti PCR. *Protese Fixa*. São Paulo: Artes Médicas EAP-APCD; 1998.
137. Pigozzo MN, Laganá DC, Mori M, Gil C, Mantelli AG. Preparos com finalidade protética: uma revisão da literatura. *Rev Odontol Univ Cid Sao Paulo*. 2008; 20(1): 66-75.
138. Pinelli LAP, Marra J, Fais LMG, Silva RHBT, Guaglianoni DG. Análise da condição de higiene oral de pacientes usuários de prótese parcial fixa. *ROBRAC*. 2007; 16(42): 1-6.

139. Pjetursson BE, Tan K, Lang NP, Brägger U, Egger M, Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. IV. Cantilevers or extensions FPDs. *Clin Oral Implants Res.* 2004; 15: 667-76.
140. Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M, Hämmerle CHF. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least. Part I. Single Crowns. *Clin Oral Implants Res.* 2007; 18 (Suppl.3): 73-85.
141. Priest G. Na 11-Year reevaluation of resin-bonded fixed partial dentures. *Int J Periodontics Restor Dent.* 1995; 15(3): 239-47.
142. Puppim AAC, Paiano GA, Piazza JL, Torriani MA. Ético versus legal – implicações na prática clínica. *Rev ABO Nac.* 2000; 8(1): 38-41.
143. Queluz DP, Moreira, EL. A importância da manutenção da vida útil das próteses em pacientes da terceira idade. *PCL – Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial.* 2001; 2(8): 43-51.
144. Ramos DP. A proteção do profissional. In: Feller C, Gorab R (org.). *Atualização na clínica odontológica.* São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 581-91.
145. Randow K, Glantz PO, Zöger B. Technical failures and some related clinical complications in extensive fixed prosthodontics. *Acta Odontol Scand.* 1986; 44: 214-55.
146. Ribeiro CMB, Lopes MWF, Farias ABL, Cabral BLAL, Guerra CMF. Cimentação em prótese: procedimentos convencionais e adesivos. *IJD. International Journal of Dentistry, Recife.* 2007; 6(2): 58-62.
147. Robetti I, Crivelli CL, Bocci M, Bonziglia S. La protesi dentária fissa nella valutazione del danno in ambito di responsabilità civile. *Minerva Med-Leg.* 1987; 107: 43-50.
148. Rodrigues RA, Ferreira RCQ, Mesquita VT, Ferreira LCQ, Ferreira SQ. Do empirismo à ciência: estudo evolutivo, indicações e contra-indicações das próteses adesivas. *Odontol Clín-Cient.* 2009; 8(3): 213-18.
149. Roisinblit SR. El paciente geriátrico ante la protesis. *Revista da Assoc Odontol Argentina.* 1991; 79(1): 43-9.

150. Rubo JH, Amaral MB, Hollweg H, Santos Júnior GC, Mendes SNC. Resistência à tração de coroas totais proporcionada por sulcos de retenção e altura da coroa clínica. *Rev Fac Odontol. Bauru.* 2001; 9(3/4): 173-78.
151. Sá JC, Galvão NKAM, Alves MBM, Mendes MWD, Alves Júnior C. Efeito de consecutivas ligas de Ni-Cr utilizadas em prótese fixa. *Cienc Odontol Bras.* 2008; 11(2): 49-57.
152. Sailer I, Pjetursson BE, Zwahlen M, Hämmerle CHF. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part II. Fixed dental prostheses. *Clin Oral Implants Res.* 2007; 18 (suppl 3): 86-96.
153. Santos CN, Kato MT, Conti PCR. Avaliação das condutas adotadas por profissionais na utilização de coroas metalo-cerâmicas. *J Appl Oral Sci.* 2003; 11(4): 290-300.
154. Sato S, Cavalcante MRS, Orsi IA, Paranhos HFO, Zaniquelli O. Assessment of flexural strength and color alteration of heat-polymerized acrylic resins after simulated use of denture cleansers. *Br Dent J.* 2005; 16(2): 124-28.
155. Schwartz NL, Whitsett LD, Berry TG, Stewart JL. Uncerviceable crowns and fixed partial dentures: life-span and causes for loss of serviceability. *J Am Dent Assoc.* 1970; 81: 1395-401.
156. Scurria MS, Bader JD, Shugars DA. Meta-analysis of fixed parcial denture survival: prostheses and abutments. *J Prosthet Dent.* 1998; 79(4): 459-64.
157. Seraidarian PI, Neves ACC, Penna LAP, Pagani C, Rode SM. Insucessos em prótese parcial fixa adesiva, en dentes anteriores, ligados a oclusão. *Rev ABO Nac.* 2001; 9(5): 286-89.
158. Severo AFR, Franco F, Neto LK, Costa NP, Veeck EB. Radiografias odontológicas pertencem ao profissional ou ao paciente. *Odontol Clín-Cient.* 2002; 1(2): 97-102.
159. Shimura Y, Wadachi J, Nakamura T, Mizutani H, Igarashi Y. Influence of removable parcial dentures on the formation of dental plaque on abutment teeth. *J Prosthodont Res.* 2010; 54: 29-35
160. Shinkkai RSA, Zavanaelli RA, Silva FA, Henriques GEP. Materiais dentários utilizados em prótese. *Rev Gauch Odontol.* 2000; 48(2): 77-81.

161. Silva AALS. Verificação do conhecimento do cirurgião-dentista sobre a qualidade dos prontuários odontológicos para fins de identificação humana [Dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2003.
162. Silva CHL, Paranhos HFO. Efficacy of biofilm disclosing agent and of three brushes in the control of complete denture cleansing. *J Appl Oral Sci* 2006; 14(6): 454-59.
163. Silva KA, Almeida LT, Miranda IMP, Silveira JLGC. Legislação e ética da relação dentista-paciente. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2001; 1(3): 31-7.
164. Silva M. Das perícias odontológicas. In: _____. *Compêndio de odontologia legal*. Rio de Janeiro: Medsi; 1997. p. 415-73.
165. Silva RA. Durabilidade e eficiência das próteses dentárias fixas e removíveis: aspectos legais [Dissertação]. São Paulo: USP/FO; 2003.
166. Silva RG. O Cirurgião-dentista e o Código do Consumidor. In: Vanrell JP. *Odontologia legal e antropologia forense*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 213-24.
167. Simonetti FAA. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1999; 53(6): 449-51.
168. Singla SG, Lal J. Removable partial dentures designing: forces as primary concern. *J Indian Prosthodont Soc*. 2006; 6(4): 179-84.
169. Souza JCF, Costa EMV, Vezzani JM, Fziy M, David AF, Garcia AA. Prótese dental. Execução-iatrogenia (I). *Rev Odontol Metod*. 1991; 1(3): 78-82.
170. Stoll LB, Novaes AB. Área do “Col” interproximal e sua importância nos trabalhos restauradores. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1997; 51(5): 453-57.
171. Sundh B, Ödman P. A study of fixed prosthodontics performed at a university clinic 18 years after insertion. *Int J Prosthodont*. 1997; 10(6): 513-19.
172. Tamari I, Pietrokovski J. Failures in removable partial dentures. *Quintessence Int*. 1983; 1: 23-9.
173. Tanaka H. Estudo das reclamações contra cirurgiões-dentistas no PROCON de Presidente Prudente/SP [Dissertação]. Araçatuba: UNESP/FO; 2002.
174. Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ESY. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Convencional FPDs. *Clin Oral Implants Res*. 2004; 15: 654-66.

175. Teófilo LT, Zavanelli RA, Queiroz KV. Retentores intra-radulares: revisão da literatura. *PCL – Revista Ibero-Americana de Prótese Clínica & Laboratorial*. 2005; 7(36): 183-93.
176. Thomas CJ, Lechner S, Mori T. Titanium for removable dentures. II. Two-year clinical observations. *J Oral Rehabil*. 1997; 24: 414-18.
177. Todescan R, Romanelli JH. Por que fracassam os aparelhos parciais removíveis. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1971; 25(1):13-22. Apud Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. 3. ed. São Paulo: Santos; 2003. p. 11-37.
178. Tsumita M, Kokubo Y, Ohkubo C, Sakurai S, Fukushima S. Clinical evaluation of posterior all-ceramic FPDs (cercon): a prospective clinical pilot study. *J Prosthodontic Research*. 2010; 54: 102-05.
179. Turano JC, Turano LM. Fundamentos de Prótese Total. 7. ed. São Paulo: Santos; 2004.
180. Turner M, Jahangiri L, Ship JA. Hyposalivation, xerostomia and complete denture. *J Oral Rehabil*. 1997; 24: 414-18. *J Am Dent Assoc*. 2008; 139(2): 146-50.
181. Vanrell JP. A documentação odontológica. In: Vanrell JP. *Odontologia legal e antropologia forense*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 193-98.
182. Vassão SAS, Carvalho RB, Medeiros UV, Santos KT. Prevenção a riscos jurídicos no exercício da odontologia: o que o cirurgião-dentista deve saber. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2009; 63(5): 390-94.
183. Vermeulen AHBM, Keltjens HMAM, Van't Hof MA, Kayser AF. Ten-year evaluation of removable partial dentures: survival rates based on retreatment, not wearing and replacement. *J Prosthet Dent*. 1996; 76(3): 267-72.
184. Vervoorn JM, Duinkerke ASH, Luteijn F, van de Poel ACM. Assessment of dental anxiety in edentulous subjects. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1989; 17: 177-79.
185. Vervoorn JM, Duinkerke ASH, Luteijn F, van de Poel ACM. Assessment of dental anxiety in edentulous subjects. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991; 19: 45-7.
186. Waas MAJ van. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1990a; 63(3): 307-10.
187. Waas MAJ van. The influence os psychologic factors on patient satisfaction with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1990b; 63(5): 545-48.

188. Waas MAJ van. Determinans of dissatisfaction with dentures: a multiple regression analysis. *J Prosthet Dent.* 1990c; 64(5): 569-72.
189. Walton JN, Gardner FM, Agar JR. A survey crown and fixed partial denture failures: length of service and reasons for replacement. *J Prosthet Dent.* 1986; 56(4): 416-21.
190. Yang HS, Lang LA, Felton DA. Finite element stress analysis on the effect of splinting in fixed partial dentures. *J Prosthet Dent.* 1999; 81(6): 721-28.
191. Zanetti AL, Laganá DC. Elementos para elaborar o planejamento in: *Planejamento: prótese parcial removível.* 2. ed. São Paulo: Santos; 1996. p. 1-22.
192. Zavanelli AC, Dekon SFC, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Costa PS. Planejamento em prótese parcial fixa: polígono de Roy. *Rev Odontol Araçatuba.* 2005; 26(1): 14-9.

ANEXOS

Anexo 1 - INSTRUMENTO DE AFERIÇÃO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica sobre a “Verificação do Grau de Conhecimento do Especialista em Prótese Dentária sobre o Tempo de Duração de Trabalhos Protéticos – Aspectos Éticos e Legais”. O método utilizado para desenvolver a pesquisa será a aplicação de um questionário com perguntas estruturadas.

É válido ressaltar que a sua identidade (respondendo ao questionário) será totalmente preservada uma vez que este instrumento não contém qualquer indicador da identidade do participante. Para a sua segurança, inexistente campo de identificação individual em nosso questionário. Antecipadamente, agradecemos a valiosa colaboração e o tempo dispensado para o preenchimento deste questionário

I - PERFIL DO CIRURGIÃO DENTISTA:

- 01 - Sexo: () masculino () feminino
- 02 - Idade: () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos
() 51 a 60 anos () 61 anos ou mais
- 03 - Setor de trabalho: () particular () público () misto
- 04 - Tempo do exercício profissional:
() 00 a 05 anos () 26 a 30 anos
() 06 a 10 anos () 31 a 35 anos
() 11 a 15 anos () 36 a 40 anos
() 16 a 20 anos () 41 anos ou mais
() 21 a 25 anos
- 05 - Teve ministrado seus conhecimentos de Odontologia Legal (ou responsabilidade civil do Cirurgião-Dentista) em curso(s) de:
() Graduação () Doutorado
() Especialização () Não teve este conteúdo
() Mestrado () Outros - Quais? _____
- 06 - Teve ministrado seus conhecimentos de Prótese Dentária (reabilitação bucal) em curso(s) de:
() Graduação () Doutorado
() Especialização () Não teve este conteúdo
() Mestrado () Outros - Quais? _____

II - PARTE ESPECÍFICA

- 07 - Você sabe o que é tempo de guarda do prontuário? () sim () não
- 08 – Quanto tempo você deve guardar o prontuário?
() 3 anos () 5 anos () 10 anos () 20 anos () Mais de 20 anos.
Quanto: _____

09 - Você faz algum termo de satisfação dos trabalhos prestados? () sim () não

10 - Você faz a preservação dos trabalhos realizados? () sim () não

11 - Caso tenha respondido "sim" na pergunta 10, qual a periodicidade?

() 6 meses () entre 6 meses e 1 ano () Outra periodicidade.

Qual: _____

12 - Você faz o registro de técnica de higienização dental em seu prontuário?

() sim () não

13 - Você faz o registro do índice de placa (biofilme) em seu prontuário?

() sim () não

14 - Você faz o registro do índice periodontal em seu prontuário? () sim () não

15 - Você demonstra ao seu paciente como higienizar adequadamente a prótese ao final do tratamento? () sim () não

16 - Você faz recomendações de cuidados pós-tratamento por escrito antes da alta do paciente? () sim () não

17 - Você sabe qual o tempo médio de duração dos trabalhos realizados na área de prótese?

() sim () não

18 - Qual o tempo médio de duração de uma **prótese total**?

() Entre 0 e 3 anos () Entre 3-10 anos () Entre 10-20 anos () Mais de 20 anos

19 - Qual o tempo médio de duração de uma **prótese parcial removível**?

() Entre 0 e 3 anos () Entre 3 e 4 anos () Entre 4-10 anos () Entre 10-20 anos () Mais de 20 anos

20 - Qual o tempo médio de duração de uma **prótese fixa**?

() Entre 0 e 5 anos () Entre 5-10 anos () Entre 10-20 anos () Mais de 20 anos

21 - Você acredita que o insucesso das próteses **fixas** ocorrem principalmente por que motivo?

() Erro do laboratório () Erro do profissional () Erro do paciente () Outros.

Quais _____

22 - Você acredita que o insucesso das próteses **removíveis** ocorrem principalmente por que motivo?

() Erro do laboratório () Erro do profissional () Erro do paciente () Outros.

Quais _____

23 - Em qual(is) situação(ões) ocorre(m) erro(s) de **laboratório**?

() Planejamento () Instalação () Escolha de dentes (forma e cor) () Falta de instruções por escrito () Delineamento () Plano Guia () Plano de Tratamento () Falta de manutenção (higiene) () Doenças crônicas

24 - Em qual(is) situação(ões) ocorre(m) erro(s) do **Cirurgião-Dentista**?

() Planejamento () Instalação () Escolha de dentes (forma e cor) () Falta de instruções por escrito () Delineamento () Plano Guia () Plano de Tratamento () Falta de manutenção (higiene) () Doenças crônicas

25 - Em qual(is) situação(ões) ocorre(m) erro(s) do **paciente**?

() Planejamento () Instalação () Escolha de dentes (forma e cor) () Falta de instruções por escrito () Delineamento () Plano Guia () Plano de Tratamento () Falta de manutenção (higiene) () Doenças crônicas

- 26 – Você registra quantos odontogramas durante seus tratamentos?
() Inicial () de trabalho () Final () Não faço () Inicial/Trabalho/Final
- 27 - Você conhece a redação da Lei 10.406/2002 (Código Civil) no tocante a prescrição de ações pessoais? () sim () não
- 28 - Você conhece a redação da Lei 8078/1990 (Código de Defesa do Consumidor) no tocante a reparação de danos? () sim () não
- 29 - Você conhece a redação da Lei 10.406/2002 (Código Civil) no tocante a reparação de danos? () sim () não
- 30 - Você conhece a redação da Lei 5081/1966? () sim () não
- 31 - Você conhece a redação da Resolução 63/2005 do CFO? () sim () não
- 32 - Você conhece a redação da Resolução nº42/2003 modificada pela Resolução nº 71/2006 do CFO? () sim () não
- Caso respondido sim na questão anterior, sobre o que ela trata: _____
- 33 – Você radiografa (ou solicita radiografias) das estruturas de suporte de próteses fixas? () sim () não
- 34 – Você radiografa (ou solicita radiografias) das estruturas de suporte de próteses parciais removíveis? () sim () não
- 35 – Você realiza o “preparo de boca” (procedimentos clínicos que antecedem o tratamento protético) em todos os trabalhos de prótese fixa? () sim () não
- 36 – Você realiza o “preparo de boca” (procedimentos clínicos que antecedem o tratamento protético) em todos os trabalhos de prótese removível? () sim () não
- 37 – Você envia para o laboratório os modelos delineados? () sim () não
- 38 - Você envia para o laboratório instruções de como quer a sua prótese em seu receituário? () sim () não
- 39 – Você faz o uso de modelos montados no articulador em que casos:
() Quando faz prótese fixa unitária
() Quando faz prótese fixa extensa
() Quando faz prótese parcial removível
() Quando faz prótese total
() Nenhum acima
- 40 – Você faz o uso de sistemas de encaixes em região de extremo livre em PPR?
() sim () não
- 41 – Você faz o uso de sistemas de encaixes em região de extremo livre em próteses fixas extensas? () sim () não

42 - Comente o que você acha da legislação vigente em Odontologia.

43 – Discorra sobre o conteúdo ministrado a *vsá.* durante a graduação, pertinente ao tema.

Muito obrigado pela sua participação nesta nossa pesquisa*.

Anexo 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Introdução

As informações contidas neste questionário e termo de consentimento foram fornecidas pelos pesquisadores, Mário Marques Fernandes e Luiz Franceschini Júnior, com o objetivo de convidá-lo a participar e esclarecer e firmar acordo por escrito mediante o qual o sujeito da pesquisa autoriza a participação, sem qualquer forma de coação ou ameaça física, desta pesquisa científica, intitulada: “Verificação do Grau de Conhecimento do Especialista em Prótese Dentária sobre o Tempo de Duração de Trabalhos Protéticos – Aspectos Éticos e Legais”.

2. Justificativa para realização da pesquisa

Atualmente observa-se um aumento no número de processos contra CDs no Brasil. Uma das explicações para este aumento pode ser atribuída ao fato da população estar exercendo o seu direito de exigir por algo que não foi realizado adequadamente. Muitos CDs são descuidados na elaboração, guarda e arquivo do prontuário odontológico de seu paciente, o que desfavorece o profissional no caso da instauração de um processo contra ele. A não existência de padronização de características qualitativas em relação aos trabalhos dificulta mais ainda essa questão.

Com a realização da presente pesquisa espera-se que seja possível conscientizar os CDs da importância do prontuário odontológico, sua elaboração, guarda e arquivo, que terá como objetivo a proteção do profissional contra processos, bem como propor um intervalo de tempo mínimo para se poder solicitar reparação de danos pelos procedimentos odontológicos realizados, na área de prótese.

3. Objetivos

O presente trabalho tem como objetivos:

- a) Verificar o conhecimento dos especialistas em prótese dentária de Porto Alegre sobre o tempo de duração de trabalhos protéticos;
- c) Discutir os aspectos clínicos, éticos e legais pertinentes ao tema.

4. Procedimentos a serem adotados

Para a realização da pesquisa será confeccionado um questionário com questões estruturadas e abertas. Os questionários juntamente com duas cópias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) serão entregues pessoalmente e após uma semana será realizada a coleta.

Uma cópia do questionário que será utilizado será submetido juntamente com o respectivo projeto junto ao CEP/FOP/UNICAMP. Deve-se destacar que embora os questionários possuam campo denominado perfil do pesquisado, este não terá a inserção do nome do profissional. E visando poder se remover os dados a qualquer tempo, tanto o TCLE, como o questionário serão identificados por letra e números. Os dados obtidos serão utilizados somente para o cumprimento fiel dos objetivos da presente pesquisa. Este estudo

não utilizará grupo controle ou placebo. Não existe método alternativo para se obter os dados e informações desejadas.

5. Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis

Não há desconfortos ou riscos previsíveis pela participação nesta pesquisa.

6. Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário

Não há benefícios e vantagens diretas aos formandos pesquisados.

7. Forma de acompanhamento e de contato com os pesquisadores e com o CEP

Os participantes desse estudo poderão manter contato com os pesquisadores a qualquer tempo, por meio da Internet (correio eletrônico) ou telefones, informados no final do TCLE; com o CEP, por meio da Internet ou correios, os endereços estarão igualmente informados no final do TCLE.

8. Garantia de esclarecimentos

Todos os indivíduos abordados, que aceitem ou não participar da pesquisa, obterão todas as informações solicitadas, em qualquer fase da pesquisa, a qualquer momento, bastando para tanto entrar em contato com os pesquisadores responsáveis.

9. Garantia de recusa à participação ou de saída do estudo

Os pesquisados a serem consultados podem no ato da pesquisa se recusar a responder o questionário, bem como não são obrigados a entregá-los e também poderão solicitar por escrito a remoção dos dados, sem qualquer prejuízo ou punição.

10. Garantia de sigilo

Serão tomadas todas as medidas para zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa.

11. Garantia de ressarcimento

Os participantes não terão qualquer gasto, portanto não há previsão de ressarcimento.

12. Garantia de indenização e/ou reparação de danos

Como não há riscos ou danos aos voluntários e demais envolvidos na pesquisa, não há previsão de medidas de reparação aos mesmos ou previsão de indenização.

ATENÇÃO:

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária e o participante terá uma cópia deste TCLE. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP - Av. Limeira, 901 – Caixa Postal 52 – Piracicaba – SP–CEP13414-903, telefone-FAX (19) 2106 5349, acesse <http://www.fop.unicamp.br/cep/> ou envie e-mail para cep@fop.unicamp.br. Ou se comunique com os pesquisadores: Mário Marques Fernandes, pelos telefones (51) 33314188 ou (51) 91150555, e-mail mfmario@mp.rs.gov.br ou Luiz Francesquini Júnior, pelo telefone (19) 2106 5283, e-mail fran@fop.unicamp.br em horário comercial.

Eu _____ declaro ter lido na íntegra e entendido os termos e a finalidade da presente pesquisa e aceito participar da mesma,

_____ / _____ / 200__.

Assinatura

RG

Apêndice – CERTIFICADO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Verificação do grau de conhecimento do especialista em prótese dentária sobre o tempo de duração de trabalhos protéticos: Aspectos éticos e legais**", protocolo nº **118/2007**, dos pesquisadores **LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR e MÁRIO MARQUES FERNANDES**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 09/01/2008.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Prosthodontist knowledge about prosthetic works durability: Ethical and legal aspects**", register number **118/2007**, of **LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR and MÁRIO MARQUES FERNANDES**, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 09/01/2008.


Profa. Cíntia Pereira Machado Tabchoury

Secretária
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Jacks Jorge Júnior

Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.