



**MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO
DO MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**Consultas de controlo e prevalência de complicações protéticas em
Prostodontia Removível**

**Follow-up appointments and prevalence of prosthetic complications
in Removable Prosthodontics**

Gonçalo Lage da Cunha Vieira de Araújo

Porto, 2023



**MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO
DO MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**Consultas de controlo e prevalência de complicações protéticas em
Prostodontia Removível**

**Follow-up appointments and prevalence of prosthetic complications
in Removable Prosthodontics**

Gonçalo Lage da Cunha Vieira de Araújo
(*up201705434@g.uporto.pt*)

Orientadora: Maria Helena Guimarães Figueiral da Silva
Professora Catedrática da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2023

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Helena Figueiral, por toda a ajuda e disponibilidade. A sua transparência e dedicação, persistência e paciência, foram peças chave na realização e conclusão deste trabalho.

Ao Professor Doutor Álvaro Azevedo, pelo tempo dispensado e ajuda. Foi indispensável para a conclusão deste trabalho, e fico-lhe eternamente agradecido.

A todos os professores e funcionários da FMDUP, pelo carinho que sempre me demonstraram e que tornaram a minha passagem pela faculdade mais bonita.

A todos os meus colegas de faculdade, pelo tempo dispensado no preenchimento dos formulários. Sem eles, a recolha de informação não teria sido possível.

Aos meus pais, pela disponibilidade e presença constante nesta etapa. Tornaram isto tudo possível. Ao meu irmão, pelo companheirismo e companhia em todos os momentos.

Aos meus amigos de faculdade, que estiveram sempre presentes, dentro e fora da vida universitária, e que nestes anos se tornaram família. Sem eles, não teria sido uma experiência tão enriquecedora e cheia de histórias.

Aos meus amigos de sempre, um obrigado pela presença nesta etapa.

RESUMO

Introdução: Os dentes desempenham um papel importante, quer a nível estético, quer a nível funcional. Assim, o edentulismo apresenta variadas consequências, que afetam não só a saúde oral, como a saúde geral e o bem-estar do indivíduo. Para reabilitar pacientes desdentados, existem diferentes abordagens terapêuticas. A reabilitação com próteses dentárias removíveis visa não só repor os elementos dentários e estruturas perdidas, mas também preservar as estruturas remanescentes. O plano de tratamento numa reabilitação oral é complexo, compreende várias consultas e pode variar de acordo com diversos fatores. As consultas de controlo pós colocação da prótese removível são essenciais, e nestas são realizados os procedimentos necessários para atingir o bem-estar do paciente e o sucesso da reabilitação. É, também, nestas consultas que se detetam diversas complicações protéticas, mecânicas e biológicas, sendo que o médico dentista tem um papel essencial na correção e tratamento das mesmas.

Objetivos: Caracterizar as reabilitações protéticas realizadas na clínica da FMDUP, desde fevereiro de 2022 até maio de 2023, determinar o número médio de consultas de controlo e identificar os procedimentos mais relevantes, bem como reconhecer as principais complicações protéticas e a sua prevalência.

Material e Métodos: Este estudo retrospectivo não solicitou a presença de pacientes, e baseou-se na recolha de dados efetuada pelos estudantes no âmbito dos protocolos clínicos da reabilitação protética da FMDUP. Participaram 39 estudantes, que através de um formulário *online*, responderam às informações requeridas relativas a reabilitações com próteses dentárias removíveis realizadas na clínica da FMDUP desde fevereiro de 2022 a maio de 2023. Foram avaliadas 40 reabilitações, cujos dados foram estatisticamente analisados no *software* IBM SPSS Statistics®, v.29.0.0.0.

Resultados: Das 40 próteses dentárias removíveis, 24 (60%) pertenciam a mulheres e 16 (40%) a homens, com uma média de idade de 64,8 anos. Por sua vez, 25 (62,5%) eram próteses esqueléticas, e 15 (32,5%) acrílicas, sendo 36 (90%) parciais, e as restantes 4 (10%) totais. Das 40 próteses, 24 foram alvo de apenas 1 consulta de controlo, e houve um total de 70 consultas de controlo. No total das 70 consultas, foram realizados 39 procedimentos, sendo o mais frequente o desgaste da base protética (N=18). Foi verificada pelo menos uma complicação em 21 (52,5%) das próteses avaliadas, sendo que a mais prevalente foi a queixa de dor ou desconforto (25% das

complicações relatadas).

Conclusões: Para as condições e limitações do estudo, verificou-se que na maioria dos casos o tratamento protético englobou apenas uma consulta de controlo, sendo que o número mais elevado de consultas de controlo foi registado para as próteses acrílicas. O procedimento realizado com mais frequência, à parte da verificação da oclusão, foi o desgaste da base da prótese. A complicação mais prevalente foi a queixa de dor ou desconforto.

Palavras-chave: Prostodontia; Reabilitação Oral; Prótese Removível; Consultas de controlo; Complicações protéticas.

ABSTRACT

Introduction: Teeth play an important role, both aesthetically and functionally. Thus, edentulism presents several consequences, which affect not only the oral health, but also the general health and well-being of the individual. To rehabilitate edentulous patients, there are different therapeutic approaches. Rehabilitation with removable dental prostheses aims not only at restoring lost teeth and structures, but also at preserving the remaining structures. The treatment plan for an oral rehabilitation is complex, comprises several appointments and may vary according to several factors. The post-placement follow up appointments of the removable prosthesis are essential, and in these appointments the necessary procedures are carried out in order to achieve the well-being of the patient and the success of the rehabilitation. It is also in these appointments that various prosthetic, mechanical and biological complications are detected, and the dentist has an essential role in their correction and treatment.

Objectives: To characterize the prosthetic rehabilitations performed at the FMDUP clinic from February 2022 to May 2023, determine the mean number of control appointments and identify the most relevant procedures, as well as recognize the main prosthetic complications and their prevalence.

Material and Methods: This retrospective study did not request the presence of patients, and was based on data collection performed by students within the clinical protocols of prosthetic rehabilitation at FMDUP. A total of 39 students participated and answered the required information about rehabilitation with removable dental prostheses performed at the FMDUP clinic from February 2022 to May 2023 using an online form. Forty rehabilitations were evaluated, whose data were statistically analysed in IBM SPSS Statistics® software, v.29.0.0.0.

Results: Of the 40 removable dental prostheses, 24 (60%) belonged to women and 16 (40%) to men, with a mean age of 64.8 years. In turn, 25 (62.5%) were skeletal prostheses, and 15 (37.5%) acrylic ones, being 36 (90%) partial, and the remaining 4 (10%) total. Of the 40 prostheses, 24 were subject to only 1 follow up appointment, and there were a total of 70 control appointments. In the total of 70 visits, 39 procedures were performed, the most frequent being prosthetic base wear (N=18). At least one complication was found in 21 (52.5%) of the evaluated prostheses, and the most prevalent was the complaint of pain or discomfort (25% of the reported complications).

Conclusions: According to the conditions and limitations of the study, it was found that in most cases the prosthetic treatment comprised only one follow up appointment, and the highest number of control visits was recorded for acrylic prostheses. The most frequently performed procedure, apart from checking occlusion, was wear of the denture base. The most prevalent complication was complaints of pain or discomfort.

Keywords: Prosthodontics; Oral Rehabilitation; Removable Prosthesis; Follow up appointments; Prosthetic complications.

ÍNDICE

1. Introdução	14
1.1. Plano de tratamento em Prótese Removível	17
1.2. Complicações protéticas	20
1.3. Objetivos	25
2. Material e Métodos	26
2.1. Procedimentos Legais e Éticos	26
2.2. Tipo de estudo	26
2.3. Amostra	26
2.4. Participantes	26
2.5. Colheita de dados	27
2.6. Análise estatística dos dados	28
3. Resultados	29
4. Discussão	39
5. Conclusão	44
6. Referências bibliográficas	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Organigrama referente à constituição da amostra.

Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com o género.

Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com o material de confeção da prótese.

Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com a extensão e número de dentes a substituir.

Gráfico 5. Distribuição do número de portadores de prótese de acordo com o número de escovagens diárias.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o número de consultas de controlo.

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com o material de confeção e o número total de consultas de controlo.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com o material de confeção e a frequência por número de consultas de controlo.

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com a extensão e número de dentes a substituir e o número total de consultas de controlo.

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados e o material de confeção.

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados e a extensão e número de dentes

Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com as complicações protéticas.

Tabela 8. Distribuição dos portadores de prótese de acordo com as complicações protéticas e o género.

Tabela 9. Distribuição da amostra de acordo com as complicações biológicas e o material de confeção.

Tabela 10. Distribuição da amostra de acordo com as complicações mecânicas e o material de confeção.

INTRODUÇÃO

Edentulismo é o estado de ausência de um ou mais dentes naturais na cavidade oral (1), sendo uma condição irreversível que pode tornar-se debilitante (2) e com impacto significativo na saúde oral e geral de cada indivíduo.(3) Esta condição pode ser dividida em edentulismo completo, na qual não existem elementos dentários, ou parcial, quando apenas alguns dentes estão em falta.

Dado o aumento da esperança média de vida da população mundial nos últimos anos, o número de indivíduos desdentados parciais e totais é cada vez mais considerável, visto que o risco de perda dentária aumenta com a idade.(3, 4)

De acordo com o mais recente Barómetro da Saúde Oral realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) em Portugal, apenas 32,3% dos portugueses apresenta dentição completa, e 6,4% tem falta de todos os dentes, verificando-se uma ligeira melhoria comparativamente aos anos anteriores. Por sua vez, a percentagem de portugueses com falta de dentes que não têm nada a substituí-los é 48,1%, sendo que 38,3% utilizam prótese dentária removível e 13,6% apresentam dentes fixos. Contudo, 18,9% dos portugueses que têm falta de 6 ou mais dentes naturais (considerando 6 o valor de referência a partir do qual a qualidade da mastigação é afetada e, conseqüentemente, a sua saúde oral) não apresentam reabilitações, de modo a repor a dentição.(5)

Os dentes têm um papel importante, não só a nível estético, como a nível funcional e fonético.(6) Do mesmo modo, o edentulismo tem diversos efeitos negativos e afeta a saúde geral e bem-estar do indivíduo.(7)

As consequências da perda dentária são variadas, e abrangem tanto limitações funcionais, relacionadas com a função oral, a mastigação e a qualidade da dieta (2), como limitações sociais, tendo impacto na autoestima, nas interações sociais, no estado psicológico individual e na qualidade de vida.(8)

A perda de elementos dentários pode prejudicar diversas vertentes da vida de um indivíduo, pelo que é fundamental avaliar a necessidade de reabilitação dos espaços edêntulos. Existem diferentes abordagens terapêuticas para reabilitar pacientes desdentados, sempre com o objetivo de restabelecer a função mastigatória, corrigir a

estética e melhorar a saúde oral e geral.(4) Desta forma, o principal objetivo da reabilitação oral é melhorar as funções orais deficientes dos indivíduos edêntulos.(9)

No momento do planejamento do tratamento, de maneira que a estratégia seja eficiente, devem ser considerados e incluídos fatores médicos, dentários, sociais, económicos, bem como as necessidades estéticas e funcionais do paciente.(10) Assim sendo, o princípio da simplicidade deverá ser tido em conta. Cada caso é um caso, pelo que, muitas vezes, certos tratamentos são tecnicamente possíveis, mas demasiado complexos. É importante estreitar as possibilidades e apresentar uma recomendação que sirva as necessidades do paciente e que seja realizável.(11)

Para se obter um resultado a longo prazo e bem-sucedido, são necessários uma avaliação abrangente, uma abordagem multidisciplinar e um plano de tratamento sequencial, elaborado de acordo com as percepções e expectativas do paciente.(12) Durante a avaliação clínica, devem ser analisados os dentes presentes, que serão para manter, os dentes considerados perdidos, e aqueles com um prognóstico duvidoso. Esta avaliação ajuda a identificar os “dentes pilares”, e a sua condição clínica (restaurados, tratados endodonticamente, mono ou multirradiculares, área de superfície radicular, forma e angulações, estado periodontal) desempenha um papel vital na sua eventual utilização. A possibilidade de manter estes dentes determina a complexidade de uma futura reabilitação.(10)

Por sua vez, a prostodontia é a especialidade da medicina dentária que abrange o diagnóstico, o plano de tratamento, a reabilitação e manutenção da função oral, conforto, estética e saúde de pacientes com condições clínicas associadas à ausência ou deficiência de dentes e/ou tecidos maxilo-faciais, utilizando substitutos biocompatíveis.(1)

Existe uma grande variedade de opções de tratamento para pacientes edêntulos, com falta de um ou mais dentes. Estas podem ser divididas de acordo com vários parâmetros, entre os quais:

- **extensão e quantidade de dentes a substituir:**
 - . **Prótese total:** prótese dentária que substitui toda a dentição e anatomia associada à maxila ou mandíbula;
 - . **Prótese parcial:** prótese dentária que substitui alguns dentes numa arcada parcialmente edêntula.

- **tipo de suporte:**

- . **Próteses implanto-suportadas:** a decisão de usar próteses implanto-suportadas está relacionada com a evidência científica disponível, a habilidade/experiência do médico-dentista e as condições orais e sistêmicas, bem como a preferência e a capacidade económica do paciente.(13) As próteses implanto-suportadas são semelhantes às convencionais, mas a sua ancoragem tem como base implantes dentários. São mais estáveis e têm mais retenção, e facilitam a mastigação e a fonética. Contudo, são mais dispendiosas.
- . **Próteses dento-suportadas:** neste tipo de próteses, as forças oclusais são distribuídas principalmente através do longo eixo dos dentes pilares, através dos apoios oclusais que se posicionam nos nichos previamente preparados nesses dentes.
- . **Próteses muco-suportadas:** no caso particular deste tipo de próteses o contacto direto entre as próteses muco-suportadas e a mucosa torna o método de impressão ainda mais relevante. Após a obtenção dos modelos de estudo, deve ser feita uma impressão funcional com moldeira individual, que para além de reproduzir com exatidão todos os pormenores nos dentes e gengiva adjacente, copia fielmente os rebordos desdentados em toda a sua extensão.(14)
- . **Próteses com suporte misto:** são situações nas quais se podem encontrar diferentes tipos de suporte para a mesma prótese (exemplo: prótese parcial removível classe I de Kennedy).

- **forma de remoção:**

- . **Próteses fixas:** este tipo de prótese não pode ser removido da cavidade oral pelo próprio portador e é das formas de reabilitação oral que mais se assemelha com a dentição natural.
- . **Próteses removíveis:** As próteses dentárias removíveis (PDR) são uma opção mais económica que implantes dentários, ou próteses implanto-suportadas (opções fixas), e são facilmente removidas, o que facilita a sua higienização. (9, 15). A taxa de sucesso das PDR depende, entre outros fatores, da adequação para este tipo de reabilitação, do desenho da prótese e do acompanhamento adequado ao paciente.

- **material de confecção:**

- . **Próteses esqueléticas:** a prótese parcial esquelética apresenta uma base metálica individualizada, feita sobre um molde, e cujo esqueleto (estrutura) apoia sobre a gengiva e os dentes. Por sua vez, pode apresentar selas acrílicas, que mimetizam as estruturas naturais a substituir. A prótese esquelética, comparativamente à acrílica, tem a vantagem de ser mais resistente, mais higiênica, e oferece melhor suporte, pelo que impede o seu afundamento na gengiva. Visto que é uma prótese com uma base metálica, pode também ser de menor espessura do que a acrílica, e por isso mais confortável. No entanto, tem a desvantagem de envolver orçamentos mais elevados do que as acrílicas, devido aos custos do material utilizado e do procedimento laboratorial e de ser de reparação mais complexa.(14)
- . **Próteses acrílicas:** a prótese acrílica é construída predominantemente em resina acrílica, e apoia apenas sobre as gengivas e mucosa do rebordo alveolar e do palato. Habitualmente também tem partes metálicas, os ganchos, cuja missão é aumentar a retenção da prótese. Apesar de serem consideradas próteses provisórias, frequentemente são entendidas como “definitivas” pelos pacientes que as usam. Constituem a opção protética menos dispendiosa e são facilmente consertadas ou ajustadas quando necessário.
- . **Próteses flexíveis:** Relativamente às próteses flexíveis, consideram-se uma boa opção para a substituição de dentes em falta quando existe uma grande preocupação com a estética ou alergia aos monómeros constituintes das próteses acrílicas. A sua principal vantagem sobre os outros dois tipos de próteses removíveis é a estética, uma vez que não tem ganchos metálicos visíveis e apresenta uma tonalidade translúcida rosa, que corresponde aos tecidos naturais.(17)

Plano de tratamento em Prótese Removível

A reabilitação com prótese removível não visa apenas repor os elementos dentários e estruturas perdidas. Tem também como objetivo preservar as estruturas remanescentes e mantê-las sãs durante o máximo de tempo possível. Os detalhes específicos do plano de tratamento variam de acordo com as necessidades, poder

económico e objetivos do paciente, bem como com o tipo de reabilitação protética recomendada. Um trabalho conjunto e o contacto próximo com o paciente são fatores importantes para o sucesso do tratamento. Este requer cuidados variados, sendo fundamental realçar e educar no sentido da higiene oral, e explicar o valor das consultas de controlo regulares. As próteses são elementos artificiais na cavidade oral, e apesar de biocompatíveis, aumentam a possibilidade e a área de adesão de biofilme dentário, exigindo assim maiores cuidados com a higienização.(15)

O plano de tratamento em prótese removível, quer esta seja superior ou inferior, acrílica ou esquelética, total ou parcial, envolve uma sequência de consultas que deve ser respeitada para assegurar que o paciente recebe uma prótese feita à sua medida, que garanta o conforto, a função, a estética e a melhor adaptação possível. Desta sequência, constam as seguintes consultas:

- **Consulta de avaliação e diagnóstico:**

Atualização da história clínica e protética do paciente; Avaliação da cavidade oral; Avaliação dos dentes pilares (com exames radiográficos complementares e sondagem periodontal); Realização de impressões preliminares para modelos de gesso de estudo; Realização de documentação fotográfica intra e extra-oral. Realização de um *status* radiográfico, quando necessário; Discussão com o paciente e planeamento do tratamento; Avaliar a necessidade de outros tratamentos prévios à reabilitação protética, nomeadamente tratamento de cáries ou extrações de dentes considerados “perdidos”.

- **Consulta de preparação pré-protética:**

Realização das preparações pré-protéticas, entretanto planeadas, nomeadamente superfícies guias e nichos para apoios nos dentes pilares; Impressões definitivas com utilização de moldeiras individuais para obtenção de modelos de gesso de trabalho.

- **Prova de esqueleto / base e relação intermaxilar:**

Teste da estrutura esquelética ou acrílica em boca; Verificação da sua estabilidade, retenção e adaptação; Determinação e registo da relação intermaxilar; Escolha da cor para as estruturas dentárias protéticas.

- **Prova de dentes:**

Teste da estrutura esqueleto + elementos dentários; Verificação da oclusão, estética e fonética. Discussão com o paciente sobre a estética da prótese.

- **Colocação da prótese:**

Colocação da prótese. Recomendações ao paciente acerca da utilização da prótese, da sua correta higienização e da necessidade de um uso descontínuo para descanso dos tecidos de suporte. Educação do paciente relativamente à correta colocação e remoção da prótese da cavidade oral.

- **Consulta de controlo:**

Habitualmente, realiza-se 24 a 48h após a colocação da prótese. Durante estas consultas, os problemas que surgem, quer a nível do ajuste e da oclusão da prótese ou do conforto do paciente são corrigidos. Estas consultas são remarcadas de acordo com a necessidade da situação, de forma a acompanhar e garantir as melhorias necessárias.

Caso não existam razões de incómodo ou estéticas por parte do paciente, é marcada uma consulta subsequente para aproximadamente 3 meses depois, para avaliar o sucesso da peça protética e resolução de qualquer problema que, entretanto, surja.(16)

As consultas de controlo/revisão após a confeção e colocação da prótese terminada são essenciais.(6) Após 24 a 48h da colocação da prótese, idealmente, deve ser feito um exame cuidadoso de toda a boca, averiguando sobre possíveis complicações/queixas referentes a dor, falta de retenção e má adaptação, que possam surgir inicialmente. Posteriormente, e se necessário, há um acompanhamento durante várias consultas até o paciente estar confortável relativamente aos eventuais problemas que tenha tido ao longo do período de adaptação à prótese. De seguida, as consultas de revisão devem ser periódicas, normalmente, de 6 em 6 meses.

A frequência das consultas e deste seguimento depende da saúde geral e oral do indivíduo, das necessidades individuais do paciente e do tipo de prótese que este possui. Está particularmente relacionada com a suscetibilidade individual à cárie, tendência para problemas periodontais e reabsorção óssea acentuada. Um paciente que coloque uma prótese pela primeira vez pode precisar, inicialmente, de consultas de controlo mais

regulares para ser acompanhado com maior proximidade. À medida que o paciente se habitua, a frequência de consultas de seguimento diminui.

As queixas mais comuns no período de pós-colocação da prótese estão maioritariamente relacionadas com desconforto, dor (devido a úlceras ou mordeduras na bochecha ou língua, entre outros), falta de retenção ou falhas de adaptação aos tecidos orais, estética, e até com dificuldades fonéticas.(17) Assim, nestas consultas, são realizadas variadas avaliações e ajustes. Avalia-se a adaptação da prótese, de forma a assegurar que esta continua a estar adequada, confortável e segura. A qualidade da função também é apreciada, isto é, verifica-se se não há impedimentos no morder, mastigar e falar. A manutenção de uma boa higiene oral e da prótese, bem como o seu armazenamento apropriado são essenciais para o sucesso a longo prazo de uma prótese removível.(18)

Deste modo, as consultas de controlo são parte integrante do plano de tratamento da reabilitação, e o fornecimento de recomendações para o cuidado e manutenção adequados da prótese não pode ser esquecido.(16)

Complicações protéticas

A reabilitação oral com próteses dentárias removíveis (PDR) pode estar associada a diversas complicações.(6) Há vários fatores que influenciam a qualidade destas próteses e a manutenção da sua estabilidade e retenção. A adaptação aos tecidos orais tem de ser precisa, bem como a colocação dos elementos dentários artificiais, e o estabelecimento de uma adequada relação intermaxilar e dimensão vertical de oclusão têm um papel crucial.(10)

As complicações podem ser de diferente etiologia, e incluem falhas por descuido ou falta de experiência profissional, tais como deficiente diagnóstico e planeamento, preparações pré-protéticas incorretas, educação insuficiente sobre os cuidados e instruções durante a colocação e remoção das PDR e ausência de acompanhamento posterior. Para além disso, aquando das reabilitações, pode ocorrer a transferência de responsabilidades para os técnicos de prótese dentária. Ainda que seja uma equipa envolvida no processo, o profissional responsável pela previsão e correção de falhas é o médico dentista. Contudo, cada pormenor conta e

cada falha tem repercussões na prótese e/ou na adaptação da mesma aos tecidos orais, pelo que pode resultar em insatisfação e/ou complicações no paciente. Desta forma, é importante realçar novamente que o tratamento de reabilitação com PDR é um processo ininterrupto, e que não fica concluído na consulta de colocação.(19)

Por sua vez, a satisfação dos pacientes com PDRs parece ter um carácter multifatorial. As razões mais comuns para a insatisfação são a condição e o número de dentes pilar, a saúde gengival, periodontal e da mucosa, o tipo de estrutura e suporte da prótese, bem como a forma da sua base.(20) A insatisfação pode estar também relacionada com a idade, saúde e experiências anteriores.(21)

Assim sendo, as complicações habitualmente associadas ao uso de prótese removível podem ser divididas em duas categorias: complicações mecânicas e complicações biológicas.

Complicações Mecânicas:

- **Fratura ou deformação de retentores/ganchos:**

A fratura por fadiga e a deformação permanente constituem as causas mais comuns de falha mecânica ao nível dos ganchos das PDR.

Estas complicações podem surgir em casos de mau *design*, má qualidade do material, ou falta de cuidados por parte do paciente. Podem resultar em perda de retenção e estabilidade da prótese, o que pode levar a desconforto, lesões na mucosa oral, necessidade de alterar o plano de tratamento e até de consertos/reconstruções caros.

- **Fratura da base da prótese e dos dentes artificiais**

Uma base de prótese ideal deve cumprir determinados requisitos, tais como: biocompatibilidade; elevada resistência à flexão, ao impacto, à fadiga, à abrasão e à deformação; elevado módulo de elasticidade e maior rigidez; reduzida solubilidade e absorção de fluídos orais; estabilidade e precisão dimensional; boa adesão aos dentes artificiais e aos materiais de rebasamento; facilidade de confeção, associada ao menor custo possível; facilidade de reparação caso ocorra fratura; facilidade de limpeza/manutenção.(22)

Relativamente às fraturas de próteses, a fratura mais comum é a descolagem/fratura dos dentes protéticos, tanto em próteses completas como parciais. Estas fraturas de prótese resultam de fadiga, após a flexão repetida da base da prótese. Este tipo de complicação pode ser explicado pelo desenvolvimento de fissuras microscópicas em áreas de *stress* excessivo.(23)

- **Descoloração dos materiais**

A descoloração dos dentes artificiais e da base acrílica é multifatorial, podendo resultar tanto de fatores intrínsecos como extrínsecos. A descoloração intrínseca pode ser resultado de alterações físicas e químicas, enquanto que na descoloração extrínseca estão envolvidos mecanismos de absorção e adsorção. Contudo, o desgaste, a falta de cuidado e manutenção, a exposição e contacto com substâncias corantes e o tempo são, sem dúvida, fatores importantes para este fenómeno.(24)

- **Oclusão deficiente**

A oclusão da prótese e, consequentemente, do paciente pode sofrer transformações, devido a possíveis alterações na anatomia da cavidade oral ou na posição dentária. De facto, a cavidade oral é uma estrutura dinâmica que se vai alterando com o tempo, verificando-se frequentemente uma reabsorção contínua do rebordo alveolar desdentado. Assim, uma prótese que tinha uma oclusão correta aquando da sua colocação, com o tempo pode vir a apresentar-se em sub-oclusão e, eventualmente, levar a perda da dimensão vertical de oclusão.

Complicações Biológicas:

- **Inflamação ou ulceração**

O aparecimento de úlceras traumáticas constitui uma complicação muito frequente após a colocação de novas próteses removíveis. Geralmente estão associadas a diferentes fatores, como defeitos na base da prótese (sobrexensão do rebordo), adaptação inadequada da superfície interna da prótese aos tecidos moles, irregularidades, contactos oclusais prematuros e porosidades, e ainda baixa resistência tecidual e falta de higienização. Estes defeitos protéticos podem decorrer de erros

clínicos e/ou laboratoriais que ocorrem durante as diversas etapas de confecção das próteses, particularmente no desenho e determinação dos limites, na execução da impressão, ou no polimento inadequado da prótese.(25)

- **Estomatite protética**

A estomatite protética é o conjunto de alterações inflamatórias, como eritema e edema, que se observa na mucosa oral recoberta pela prótese, sendo que afeta principalmente a mucosa do palato. Está muitas vezes associada à presença de *Candida spp*, nomeadamente à *C. albicans* e frequentemente pode-se isolar este fungo também a partir da prótese. É uma situação bastante prevalente em pacientes portadores de próteses removíveis maxilares.(26)

- **Hiperplasia papilar do palato**

A hiperplasia papilar do palato é caracterizada por hiperémia da mucosa com aparecimento de uma proliferação epitelial benigna, reativa e assintomática, que surge, geralmente, no palato duro de portadores de prótese total maxilar acrílica, associada a uma má adaptação e mau ajuste da prótese.(27, 28) Sendo considerada um tipo particular de Estomatite protética (tipo III de Newton) geralmente, também tem associada a presença de *Candida spp* (26)

- **Hiperplasia fibroepitelial (*Epúlis fissuratum*)**

A hiperplasia fibroepitelial é uma lesão de forma pregueada que consiste num crescimento pseudotumoral, localizado predominantemente no sulco vestibular. A sua etiologia deve-se ao trauma crónico de baixa intensidade desses tecidos, e está associada à má adaptação, instabilidade e sobre extensão da prótese.(29, 30)

- **Fibroma**

Os fibromas são tumores benignos e proliferativos que se desenvolvem a partir de uma reação hiperplásica.(18) Têm uma alta prevalência e podem estar relacionados com irritações crónicas de baixa intensidade. As suas características clínicas incluem nódulos de superfície firme a macia, sésseis ou pediculadas, hiperqueratinizada ou ulcerada, e cor rosa-esbranquiçada.(30, 31)

- **Alergias**

As resinas acrílicas usadas para bases de PDR, as suas vantagens e os seus efeitos indesejáveis têm sido amplamente documentados na literatura. Estes materiais têm boas propriedades e oferecem uma estética razoável, no entanto o desenvolvimento de sintomas alérgicos associados às resinas acrílicas é cada vez mais frequente. O principal responsável pelas reações alérgicas ao acrílico é o metilmetacrilato, mas existem outras substâncias na sua composição, como por exemplo os pigmentos, que também podem causar alergias. (30)

O problema mais frequentemente relatado pelos pacientes com reações alérgicas à resina acrílica de base de prótese é a dor e a sensação de ardor na boca. (32)

Em suma, estas complicações relacionam-se com o conforto, a capacidade de comer e falar, e a qualidade de vida do paciente. A sua resolução é essencial e deverá ser obtida num curto espaço de tempo, sendo concretizada nas consultas de controlo.

Objetivos

Para esta investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- I. Caracterizar as reabilitações protéticas com prótese removível realizadas na clínica da FMDUP, desde fevereiro 2022 até maio de 2023.
- II. Determinar o número médio de consultas de controlo (após a colocação das próteses removíveis), para cada tipo de reabilitação.
- III. Enumerar e identificar os principais procedimentos realizados, durante as consultas de controlo, para cada tipo de reabilitação.
- IV. Enumerar e identificar as principais complicações associadas à colocação de uma prótese removível, bem como a sua prevalência, para cada tipo de reabilitação.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. Procedimentos Legais e Éticos

Antes de iniciar a recolha de dados para este estudo, foi realizado um pedido ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) para a reutilização de registos clínicos para fins de Investigação, no qual foram explicados os objetivos do estudo bem como os métodos a utilizar no mesmo (Anexo 1). Por fim, foi pedido um parecer à Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto, que permitiu “o requerente avançar com a sua realização, sem necessidade de mais formalismos” (Anexo 2).

Para a recolha de dados, recorreu-se a um questionário *online*, de forma a que a identidade dos pacientes estivesse sempre codificada. Os dados recolhidos foram tratados de forma confidencial e exclusivamente pelo responsável e único operador (autor).

2. Tipo de estudo

Este é um estudo retrospectivo, pelo que não solicitou a presença de pacientes. Baseou-se na recolha de dados efetuada pelos estudantes no âmbito dos protocolos clínicos da reabilitação protética removível da FMDUP, aquando da sua realização.

3. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por:

- Reabilitações com próteses removíveis, parciais ou totais, acrílicas ou esqueléticas, efetuadas na clínica da FMDUP, na área de Reabilitação Oral, entre fevereiro 2022 e maio de 2023.

4. Participantes

Neste estudo participaram 39 estudantes, incluídos em binómios ou trinómios, de um total de 140, somando o número de estudantes do 4º que realizaram Reabilitação Oral I (N=61), e de estudantes do 5º ano que realizaram Prática Clínica Integrada (N=79), na FMDUP.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- Rebasamentos;
- Consertos de próteses antigas;
- Consultas de planeamento;
- Pacientes que não foram a consultas de controlo após a consulta de colocação.

De um total de 205 próteses dentárias removíveis realizadas na FMDUP desde fevereiro de 2022 até maio de 2023, foram avaliadas 40 próteses dentárias removíveis.

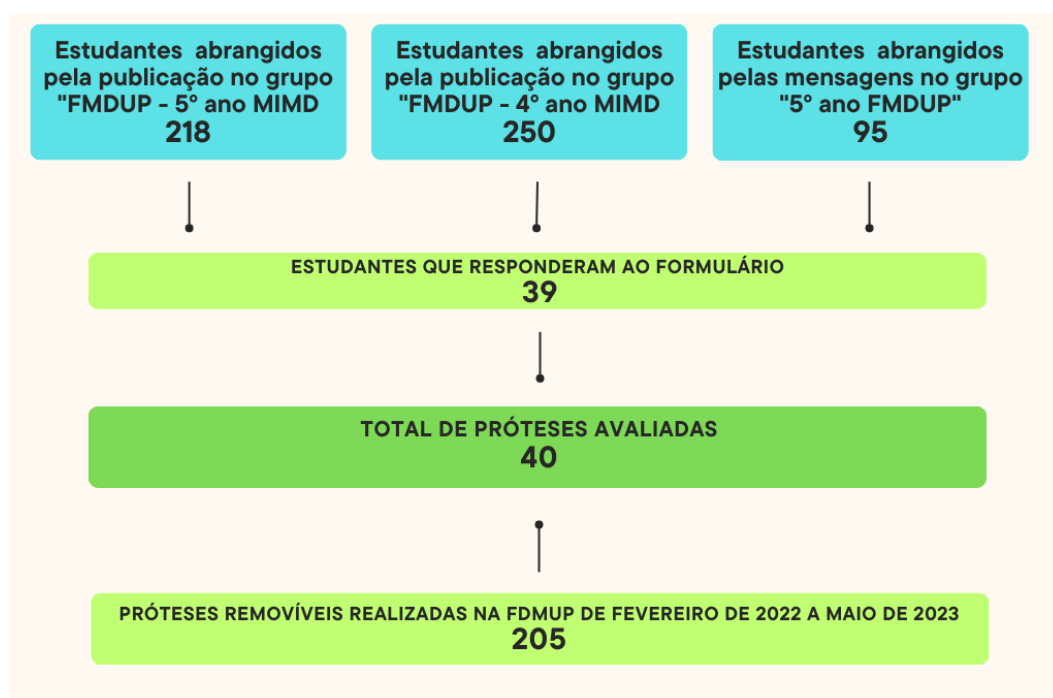


Gráfico 1. Organigrama referente à constituição da amostra.

5. Colheita de dados

De forma a standardizar os dados e facilitar a sua análise, a informação necessária para a realização deste estudo foi recolhida através do preenchimento de um questionário, sob o formato online (*Google Forms*), que foi disponibilizado aos estudantes responsáveis pela reabilitação oral removível de cada paciente da FMDUP entre fevereiro 2022 e maio de 2023. Os formulários, bem como o link para o seu acesso e uma breve explicação do estudo, foram facultados aos alunos através de publicações

e mensagens nos grupos de estudantes do 4º e 5º ano (que atinge a totalidade dos mesmos), nas redes *Facebook* e *WhatsApp*.

O anonimato dos pacientes foi assegurado, e as respostas aos formulários foram codificadas pela ordem de observação, evitando assim a identificação dos mesmos.

Os questionários aplicados, criados especialmente para este estudo, (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeUVLpjQ4dhaTJAsYuOqcxOrdP0EpNaWS4GbuVgiT5loCCJLw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>, versão em português; <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScg5ZytvBwDI0w7BGerlpnlb4tcXQuGizuZ1DWoJYrPBzYmEw/viewform>, versão em inglês) foram preenchidos pelos estudantes responsáveis pelos tratamentos reabilitadores, em concordância com a informação reunida nos relatórios entregues aos docentes no fim de cada reabilitação.

Neste questionário, foi requerido o registo das seguintes informações:

- **Últimos algarismos do número do processo do paciente** - evitar repetição de casos, aquando do tratamento de dados, e anonimização dos pacientes;
- **Estudantes responsáveis;**
- **Género do paciente e idade à data da reabilitação** - perceber eventual relação entre as complicações protéticas e o género e/ou a idade;
- **História clínica, dentária e protética** - perceber a influência da saúde geral e oral do paciente e do tipo de prótese removível no número de consultas de controlo e nas eventuais complicações protéticas;
- **Data de colocação da prótese;**
- **Datas e motivos das consultas de controlo** - perceber o que foi realizado em cada consulta e avaliar a sua importância e relevância no tratamento do paciente.

6. Análise estatística dos dados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram registados e tratados num documento Microsoft Excel, e inseridos e analisados estatisticamente através do *software* IBM SPSS Statistics®, v.29.0.0.0

RESULTADOS

1. Distribuição da amostra de acordo com o gênero

Das 40 próteses que compõem a amostra em estudo, 24 pertenciam a mulheres e 16 pertenciam a homens. (Gráfico 2)

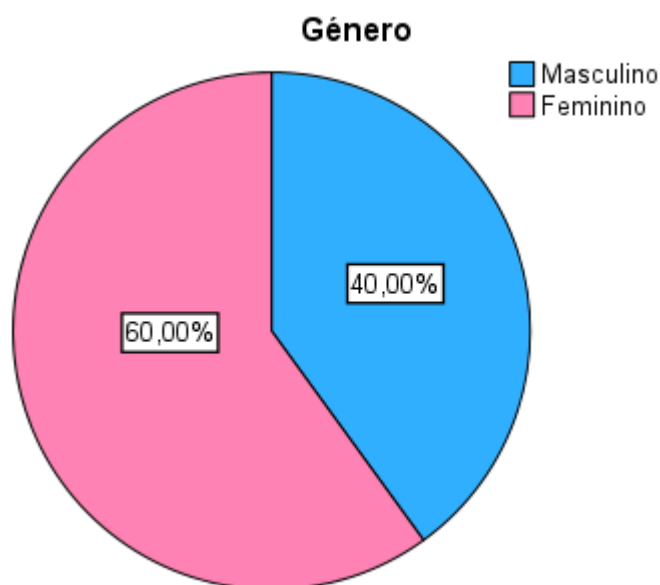


Gráfico 2. Distribuição da amostra de acordo com o gênero.

2. Distribuição dos portadores de prótese de acordo com a idade

Relativamente à idade, o indivíduo portador de prótese mais novo tinha 44 anos (valor mínimo), enquanto que o mais velho tinha 91 anos (valor máximo).

A média de idades dos portadores de prótese foi aproximadamente 65 anos, com um desvio padrão de sensivelmente 11 anos.

3. Distribuição da amostra de acordo com o material de confecção da prótese

Das 40 próteses que compõem a amostra em estudo, 25 eram próteses esqueléticas, e 15 eram acrílicas. (Gráfico 3)

Não foi reportada a utilização de nenhuma prótese dentária flexível.

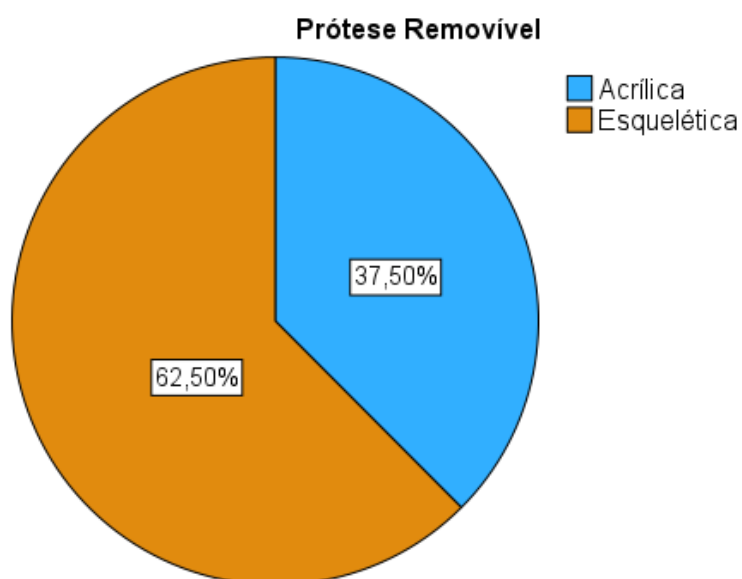


Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com o material de confecção da prótese.

4. Distribuição da amostra de acordo com a extensão e número de dentes a substituir

Das 40 próteses que compõem a amostra em estudo, 36 foram próteses parciais, e 4 foram totais. (Gráfico 4)

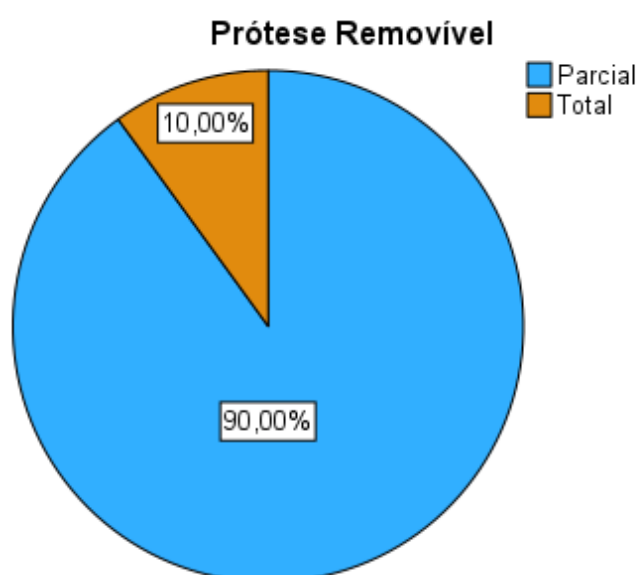


Gráfico 4. Distribuição da amostra de acordo com a extensão e número de dentes a substituir.

5. Distribuição dos portadores de prótese de acordo com os hábitos de higiene oral (número de escovagens diárias)

Relativamente ao número de escovagens diárias, apenas se obteve resposta de 23 dos 40 casos, sendo que o número de portadores de prótese dentária removível que escova os dentes duas vezes por dia foi 17. (Gráfico 5).

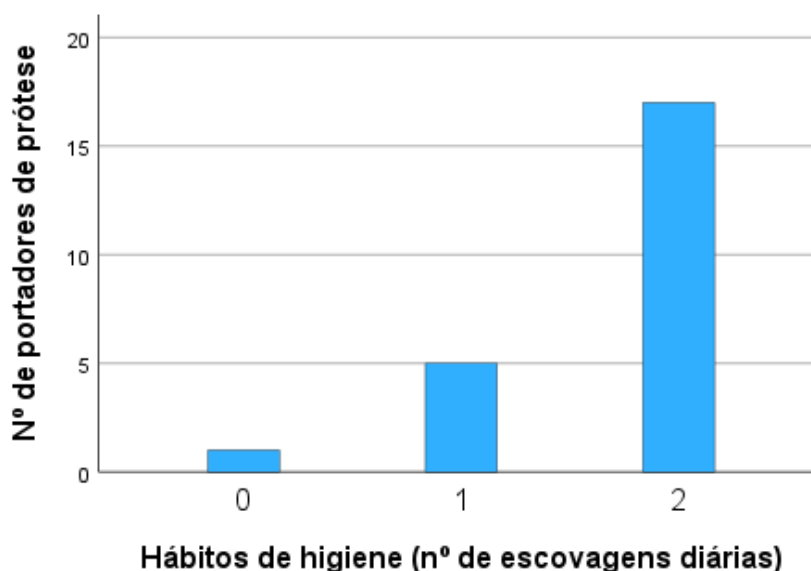


Gráfico 5. Distribuição do número de portadores de prótese de acordo com o número de escovagens diárias.

6. Distribuição da amostra de acordo com o número de consultas de controlo

Das 40 próteses que compõem a amostra em estudo, 24 foram alvo de apenas 1 consulta de controlo, isto é, foi suficiente realizar uma só consulta de controlo depois da colocação da prótese em três quintos da amostra. (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o número de consultas de controlo.

Nº de consultas de controlo	Frequência	%
1	24	60,0
2	10	25,0
3	2	5,0
4	1	2,5
5	2	5,0
6	1	2,5
Total	40	100,0

Por sua vez, para as 40 próteses, houve um total de 70 consultas de controlo.

6.1. Distribuição da amostra de acordo com o número de consultas de controlo e o material de confeção da prótese

Das 70 consultas de controlo que foram contabilizadas neste estudo, 48,6% foram realizadas em próteses acrílicas e 51,4% em próteses esqueléticas. (Tabela 2)

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com o material de confeção e o número total de consultas de controlo.

Tipo de prótese	Número total de consultas
Acrílica (N = 15)	34
Esquelética (N = 25)	36

Apesar da semelhança do número total de consultas entre os 2 tipos de próteses, 16 dos 25 casos de próteses esqueléticas necessitaram apenas de uma consulta, enquanto 2 casos precisaram de 3 consultas, o número máximo registado para as próteses esqueléticas. Em contraste, relativamente às próteses acrílicas, apenas 8 necessitaram de uma só consulta, mas para 4 delas foram precisas mais de 3 consultas. (Tabela 3)

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com o material de confeção e a frequência por número de consultas de controlo.

Tipo de prótese	Nº de consultas	Frequência	%
Acrílica (N = 15)	1	8	53,3
	2	3	20,0
	4	1	6,7
	5	2	13,3
	6	1	6,7
	Total	15	100,0
Esquelética (N = 25)	1	16	64,0
	2	7	28,0
	3	2	8,0
	Total	25	100,0

6.2. Distribuição da amostra de acordo com o número de consultas de controlo e a extensão e número de dentes da prótese

Das 70 consultas de controlo que foram contabilizadas neste estudo, 91,4% foram realizadas em próteses parciais e 8,6% em próteses totais. (Tabela 4)

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com a extensão e número de dentes a substituir e o número total de consultas de controlo.

Tipo de prótese	Número total de consultas
Parcial (N = 36)	64
Total (N = 4)	4

7. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados

No total das 70 consultas, foram realizados 39 procedimentos, que se podem dividir em:

- Desgastes oclusais, que incluem desgastes dos dentes protéticos(N=15);
- Desgaste da base protética (N=18);
- Ajuste dos ganchos (N=5);
- Higienização da prótese (N=1)

Verifica-se, assim, que o procedimento mais frequentemente realizado nas 70 consultas foi desgaste da base protética, realizado em 18 consultas de controlo.

7.1. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados e o material de confeção da prótese

O procedimento mais vezes realizado nas consultas de controlo das próteses esqueléticas consistiu em desgastes e realização de ajustes na base da prótese, nomeadamente nas selas acrílicas, o que foi realizado em 10 (43,5%) consultas. (Tabela 5).

Quanto às consultas de controlo das próteses acrílicas, consistiram na realização de desgastes oclusais dos dentes protéticos e de desgastes da base de acrílico. Ambos foram realizados no mesmo número (N=8) de consultas. (Tabela 5)

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados e o material de confecção.

Procedimentos realizados		Tipo de prótese		Frequência dos procedimentos
		Acrílica (N = 15)	Esquelética (N = 25)	
Desgaste oclusais	N	8	7	15
	%	50,0%	30,4%	
Desgaste da base da prótese	N	8	10	18
	%	50,0%	43,5%	
Ajuste dos ganchos	N	0	5	5
	%	0,0%	21,7%	
Higienização da prótese	N	0	1	1
	%	0,0%	4,3%	
N		16	23	39

7.2. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados e a extensão e número de dentes

Relativamente à extensão e número de dentes da prótese, os procedimentos mais realizados em próteses parciais consistiram em desgastes da base protética (N=17) e em desgastes para acerto oclusal (N=14). (Tabela 6)

No que se refere às próteses totais, fizeram-se apenas desgastes oclusais e da base prótese. (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com os procedimentos realizados e a extensão e número de dentes.

Procedimentos realizados		Tipo de prótese		Frequência dos procedimentos
		Parcial (N = 36)	Total (N = 4)	
Desgaste oclusais	N	14	1	15
	%	37,8%	50,0%	
Desgaste da base da prótese	N	17	1	18
	%	45,9%	50,0%	
Ajuste dos ganchos	N	5	0	5
	%	0,0%	0,0%	
Higienização da prótese	N	1	0	1
	%	2,7%	0,0%	
N		37	2	39

8. Distribuição da amostra de acordo com as complicações protéticas

Foram verificadas pelo menos uma complicação em 21 (52,5%) das próteses avaliadas. A complicação protética mais frequente foi a queixa de dor ou desconforto por parte do paciente, que consistiu em 25% das complicações protéticas relatadas em todas as consultas.

Segundo o que foi recolhido nos questionários, consideraram-se complicações mecânicas as seguintes:

- Falta de adaptação, Falta de retenção, Pigmentação, Queixas relativas à estética.

Consideraram-se complicações biológicas:

- Dor/Desconforto, Pressão excessiva, Úlcera, Estomatite Protética, Eritema localizado, Hiperqueratose

A complicação mecânica mais frequente foi falta de retenção (N=7) e a complicação biológica foi a queixa de dor ou desconforto (N=9). (Tabela 7)

Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com as complicações protéticas.

Complicações Protéticas	N	%
Falta de adaptação	2	5,6%
Falta de retenção	7	19,4%
Pigmentação	2	5,6%
Estética	1	2,8%
Dor/Desconforto	9	25,0%
Pressão excessiva	6	16,7%
Úlcera	6	16,7%
EP	1	2,8%
Eritema localizado	1	2,8%
Hiperqueratose	1	2,8%
	36	100,0%

8.1. Distribuição da amostra de acordo com as complicações protéticas e o gênero

Foram encontradas mais complicações protéticas em mulheres (N=19) do que em homens (N=17). (Tabela 8)

Tabela 8. Distribuição dos portadores de prótese de acordo com as complicações protéticas e o gênero.

Complicações Protéticas		Gênero		Total
		Masculino (N = 16)	Feminino (N = 24)	
Falta de adaptação	N	1	1	2
	%	5,9%	5,3%	
Falta de retenção	N	4	3	7
	%	23,5%	15,8%	
Pigmentação	N	2	0	2
	%	11,8%	0,0%	
Estética	N	0	1	1
	%	0,0%	5,3%	
Dor/Desconforto	N	4	5	9
	%	23,5%	26,3%	
Pressão excessiva	N	2	4	6
	%	11,8%	21,1%	
Úlcera	N	3	3	6
	%	17,6%	15,8%	
EP	N	1	0	1
	%	5,9%	0,0%	
Eritema localizado	N	0	1	1
	%	0,0%	5,3%	
Hiperqueratose	N	0	1	1
	%	0,0%	5,3%	
N		17	19	36

8.2. Distribuição da amostra de acordo com as complicações biológicas

Relativamente às complicações biológicas, verificaram-se diferenças nos tipos de complicação relativamente ao material de confeção da prótese. Apenas se encontraram úlceras (N=6) em próteses acrílicas, mas, por outro lado, os casos de pressão excessiva (N=6) remetem apenas para próteses esqueléticas. Relativamente a dor ou desconforto, ou seja, à complicação protética mais frequente, verifica-se um número semelhante quando se compara a sua queixa em próteses acrílicas (N=5) e esqueléticas (N=4). (Tabela 9)

Tabela 9. Distribuição da amostra de acordo com as complicações biológicas e o material de confecção.

Complicações biológicas		Tipo de Prótese		Total
		Acrílica (N = 15)	Esquelética (N = 25)	
Dor/Desconforto	N	5	4	9
	%	41,7%	33,3%	
Pressão excessiva	N	0	6	6
	%	0,0%	50,0%	
Úlcera	N	6	0	6
	%	50,0%	0,0%	
EP	N	0	1	1
	%	0,0%	8,3%	
Eritema localizado	N	1	0	1
	%	8,3%	0,0%	
Hiperqueratose	N	0	1	1
	%	0,0%	8,3%	
	N	12	12	24

8.3. Distribuição da amostra de acordo com as complicações mecânicas

Relativamente às complicações mecânicas, também se verificaram diferenças nos tipos de complicação relativamente ao material de confecção da prótese. A complicação mais frequente foi a falta de retenção (N=7), que foi verificada em 5 consultas de próteses esqueléticas e em 2 de próteses acrílicas.

Por sua vez, o número de consultas em que foram encontradas complicações mecânicas em próteses esqueléticas (N=8) foi o dobro que em próteses acrílicas (N=4).

Queixas relativas à pigmentação (N=2) e à estética (N=1) também foram identificadas. (Tabela 10)

Tabela 10. Distribuição da amostra de acordo com as complicações mecânicas e o material de confecção.

Complicações mecânicas		Tipo de Prótese		Total
		Acrílica (N = 15)	Esquelética (N = 25)	
Falta de adaptação	N	0	2	2
	%	0,0%	25,0%	
Falta de retenção	N	2	5	7
	%	50,0%	62,5%	
Pigmentação	N	1	1	2
	%	25,0%	12,5%	
Estética	N	1	0	1
	%	25,0%	0,0%	
	N	4	8	12

DISCUSSÃO

As próteses dentárias removíveis ainda se assumem como uma opção bastante viável na reabilitação oral. No entanto, exigem um planeamento cuidadoso e é essencial realizar previamente um adequado plano de tratamento. Este pode sofrer modificações, por imprevistos que surjam durante a confeção da prótese, colocação e até no período de adaptação.

A adesão a este estudo foi 27,9%, o que é um número relativamente baixo se comparado com um estudo de Amorim *et al.* (33), cuja metodologia consistiu em solicitar aos pacientes a sua presença para uma nova consulta de controlo e que rondou os 41,2%, mas semelhante a outra investigação, que apesar de usar a mesma metodologia (controlo presencial), teve uma taxa de adesão de 27,2% (34).

A média de idades dos pacientes portadores das próteses estudadas nesta investigação foi 64,78 anos, sendo o mínimo 44 e o máximo 91 anos, com um desvio padrão de 10,8 anos. Este valor é superior ao apresentado num outro estudo realizado na FMDUP(4), cuja média de idades apresentada foi 58,7 anos, o que pode ser justificado pelo aumento da esperança média de vida desde 2004 (3) e pelo tamanho da amostra do presente estudo ser mais limitado.

Relativamente ao género, a maior parte são mulheres (60%), o que coincide com o verificado em amostras semelhantes.(4) Estes valores estão de acordo com os dos últimos Censos realizados em Portugal, em que se verificou um maior número de mulheres na população portuguesa do que de homens.(35)

Na amostra considerada, verificou-se uma predominância de próteses esqueléticas relativamente às acrílicas. De acordo com uma revisão sistemática recente que compara as próteses dentárias removíveis esqueléticas e acrílicas, e respetivos resultados reportados pelos pacientes, apesar de apresentarem custos mais elevados, as próteses metálicas estão associadas a maiores taxas de adesão e de preferência comparativamente às próteses de resina acrílica.(36) Apesar da revisão concluir que são necessários ensaios clínicos aleatórios com maior qualidade e quantidade, a amostra considerada neste estudo está em consonância com a literatura científica. Das 40 próteses dentárias consideradas na amostra, não foi reportada nenhuma prótese flexível, uma vez que estas não são opções de primeira escolha na FMDUP.

Por sua vez, para o total da amostra, foram realizadas 70 consultas de controlo. Estas consultas, realizadas após a colocação da prótese dentária, são utilizadas para acompanhar a adaptação do paciente, bem como para resolver possíveis problemas ou dúvidas que possam surgir. Assim sendo, a sua importância deve ser tida em conta.

Das 40 próteses dentárias removíveis consideradas, 24 próteses apenas necessitaram de uma consulta. Tal resultado revela que mais de metade dos planos de tratamento contiveram apenas uma consulta de controlo, o que é um dado importante para o planeamento protético inicial.

Assim, para esta amostra e com a estatística realizada, chegou-se a um número médio de consultas de controlo, com vista à previsão da duração do tratamento ser o mais precisa possível, sendo que esse número médio de consultas de controlo é 1.

Este valor é bastante inferior ao de outros estudos que avaliaram a necessidade e o número de consultas de controlo, cuja resultados revelam que se verificou uma média de $5,03 \pm 3,28$, com um máximo de 17 consultas.(33) Outro estudo revelou que a adaptação a novas próteses removíveis necessita em norma de mais consultas de seguimento, e que uma consulta única de controlo apenas se verificou em cerca de um em cada cinco doentes.(37) Tais diferenças podem estar relacionadas com diferenças no protocolo clínico, no planeamento, ou até em falhas ao nível da confeção, nomeadamente imprecisões nas impressões das arcadas ou no fabrico das próteses em si. Relativamente ao protocolo clínico, normalmente a primeira consulta de controlo é realizada 24 a 48 horas pós-colocação. Contudo, na clínica da FMDUP, é efetuada apenas 1 semana depois, por questões logísticas. Tal diferença pode encobrir algumas complicações protéticas iniciais que eventualmente possam surgir, e resolverem-se por si mesmas.

No que se refere ao número de consultas de controlo dedicadas a próteses acrílicas (34) foi muito semelhante ao dedicado a próteses esqueléticas (36). Contudo, comparando o número de próteses esqueléticas (25) com o de próteses acrílicas (15), e percebendo que 16 do total de próteses esqueléticas cumpriram apenas 1 consulta, é possível inferir que, geralmente, as próteses esqueléticas necessitam de menos consultas de controlo pós-colocação que as acrílicas. Tal facto pode estar relacionado com a melhor adaptação e a menor área de contacto com a mucosa das próteses esqueléticas, bem como com o tipo de suporte que, sendo pelo menos parcialmente dentário, protege a mucosa de forças excessivas.

Ainda no que se refere ao número de consultas de controlo, não foi possível analisar a possível relação com a extensão e número de dentes da prótese, devido ao reduzido número de próteses totais (N=4) na amostra deste estudo. Esta limitação manifestou-se também na análise de outras variáveis estudadas.

Relativamente aos procedimentos realizados, consideraram-se 4 procedimentos distintos: Desgastes oclusais, que incluem desgastes dos dentes protéticos; Desgaste da base protética; Ajuste dos ganchos; Higienização da prótese. O ajuste dos ganchos foi apenas realizado em 5 próteses, todas esqueléticas. Por sua vez, a higienização protética foi feita numa prótese esquelética, numa consulta de controlo tardia, isto é, realizada 4 meses depois da colocação. Sendo esta consulta de controlo tardia um caso único na amostra, é difícil inferir acerca da frequência a longo prazo, dado que a mesma poderia aparecer com mais frequência, caso fossem realizados controlos de igual modo posteriores. Por sua vez, o procedimento mais frequente de entre as 70 consultas foi o desgaste da base protética, realizado em 18 consultas de controlo, o que se justifica pela preocupação em obter bases o mais extensas possível, de acordo com as limitações anatómicas e fisiológicas de cada indivíduo.

Note-se que todas as consultas de controlo apresentaram como procedimento comum a verificação de oclusão com papel articular. Deste modo, assumiu-se como parte do protocolo clínico normal e não foi considerado neste estudo. De igual forma, em todos os desgastes oclusais, de dentes ou base protética, foram utilizadas uma peça de mão, brocas de desgaste e borrachas de polimento.

Relativamente às complicações protéticas, foram encontradas em 52,5% das próteses avaliadas. A complicação protética mais frequente foi a queixa de dor ou desconforto por parte do paciente, que constituiu 1 em cada 4 complicações protéticas relatadas em todas as consultas.

No que se refere ao género do paciente, foram encontradas mais complicações protéticas em mulheres do que em homens. Estes números coincidem com o concluído no estudo de Panek *et al.* (37), que refere que os homens adaptam-se melhor às próteses removíveis do que as mulheres. Ainda assim, há que ter em consideração que a distribuição por género dos portadores de prótese do presente estudo não era homogénea, estando presente um maior número de mulheres.

Como complicações mecânicas, foram consideradas a falta de adaptação, a falta de retenção, a necessidade de ajuste dos ganchos e queixas relativas à estética. Por sua vez, a queixa relativa à estética foi encontrada num paciente que relatou que não estava

confortável com o tamanho do incisivo central protético, reparo este que devia ter sido feito pré-colocação, na consulta de prova de dentes.

Como complicações biológicas, agruparam-se as queixas de dor e desconforto, e consideraram-se ainda a pressão excessiva, a presença de ulcerações, a estomatite protética, o eritema localizado e a hiperqueratose. Contudo, há que realçar que muitas destas queixas estão relacionadas e podem aparecer concomitantemente. De facto, as queixas de dor e desconforto podem ser referidas aquando da identificação de outras complicações. Por sua vez, a pressão excessiva pode ser um fator causal das úlceras, enquanto que o aparecimento de eritemas podem ser um sinal prévio das mesmas.(38)

A complicação mecânica mais frequente foi falta de retenção (N=7) e a complicação biológica mais prevalente foi a queixa de dor ou desconforto (N=9). Esta estatística está de acordo com outros estudos, como o de Amorim *et al.* (33), que de igual modo registou a falta de retenção como a complicação mais frequente da sua amostra. Contudo, se o foco forem complicações biológicas, neste estudo a mais frequente foi a queixa de dor ou desconforto, enquanto que no de Amorim *et al.*(33) foi a estomatite protética. Esta complicação é multifatorial, sendo mais frequente em portadores de próteses totais e maxilares. Visto que na nossa amostra não houve diferenciação entre próteses maxilares ou mandibulares, apenas 4 próteses totais foram contabilizadas, e os controlos realizados foram geralmente imediatamente após a colocação, a baixa prevalência de estomatite protética parece ser justificada.

A limitação mais considerável deste estudo refere-se ao tamanho da amostra. O método de recolha de dados através de um formulário *online* difundido pelos estudantes não se revelou muito eficaz, tendo sido obtido um número de amostras consideravelmente menor ao inicialmente expectável. Por sua vez, as perguntas no questionário revelaram-se demasiado vagas e pouco objetivas, o que pode ter gerado algum desinteresse relativamente ao preenchimento do mesmo.

Por outro lado, a ideia inicial seria recolher dados de estudantes da *Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara*, visto que o autor frequentou esta Faculdade durante um semestre, mas devido à distância e à falta de comunicação entre ambas as partes o número de amostras foi próximo de nulo e foi decidido não as integrar no estudo.

Outro dos fatores limitantes do estudo está relacionado com o facto da amostra ser relativa a próteses dentárias removíveis estritamente realizadas na clínica da

FMDUP, pelo que esta exclusividade limita a generalização dos resultados a uma população mais abrangente.

Finalmente, a pesquisa bibliográfica revelou lacunas na quantidade de informação relativa ao período de pós colocação de próteses dentárias removíveis, ao contrário da substancial informação recente que tem surgido sobre consultas de controlo e período de pós-colocação, mas referente aos diferentes tipos de implantes confirmando a sua atual relevância na área da Reabilitação Oral.

CONCLUSÃO

Em suma, nas condições deste estudo e considerando as suas limitações, foi possível retirar algumas conclusões. O protocolo clínico da FMDUP foi cumprido em toda a amostra, revelando elevada eficácia nos procedimentos pré e pós colocação das próteses. Por sua vez, a maior parte das 40 próteses que compuseram a amostra eram próteses esqueléticas (N=25) e, relativamente à extensão e quantidade de dentes a substituir, foram maioritariamente parciais (N=36).

Independentemente do tipo de prótese considerado, o número de consultas de controlo mais frequente foi 1, isto é, na maioria dos casos o tratamento protético englobou apenas uma consulta de controlo. Contudo, o plano de tratamento das próteses acrílicas tendeu a ser mais extenso que o das esqueléticas, visto que o número mais elevado de consultas de controlo foi registado para as próteses acrílicas.

Relativamente aos procedimentos realizados, o mais frequente, à parte da verificação da oclusão, foi o desgaste da base da prótese. Nas próteses esqueléticas, o procedimento mais comum consistiu em desgastes e realização de ajustes na base protética, nomeadamente nas selas acrílicas, enquanto que nas próteses acrílicas os procedimentos consistiram na realização de desgastes oclusais dos dentes protéticos e de desgastes da base de acrílico.

Por sua vez, a complicação mais frequente foi a queixa de dor ou desconforto, que constituiu 25% do total de complicações protéticas identificadas. Quando analisadas separadamente em biológicas e mecânicas, verificou-se que a complicação biológica mais frequente foi a queixa referida anteriormente, enquanto que a complicação mecânica mais referida foi a falta de retenção (19,4% de todas as complicações relatadas).

Para a realização de estudos futuros, sugere-se uma metodologia em que seja priorizado o contacto direto com o paciente, e a independência de terceiros. Deste modo, através de uma recolha de dados presencial e mais incisiva, que permita um acompanhamento do tratamento do paciente, e através de perguntas objetivas, a recolha de dados deverá abranger um maior número de pacientes, o que resultará numa melhor organização e maior tamanho da amostra.

Por sua vez, é importante a realização de estudos com uma maior diversidade de

pacientes e que não sejam exclusivos de uma só instituição/clínica. Seria relevante alargar a amostra em estudos futuros, de modo a ser possível refletir um panorama mais geral e não tão específico.

Por outro lado, verifica-se ainda uma escassez de estudos relacionado sobre o número de consultas de controlo e a sua efetividade em planos de tratamento de Reabilitação Oral com próteses dentárias removíveis, pelo que seria interessante haver estudos vindouros que se debruçassem sobre o assunto em detalhe, para serem estabelecidas diferenças significativas tanto no número de consultas de controlo, como no número e tipo de complicações decorrentes da colocação de uma prótese dentária removível esquelética ou acrílica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. J Prosthet Dent. 2017;117(5s):e1-e105.
2. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. Int J Dent. 2013;2013:498305.
3. Jayaraman S, Singh BP, Ramanathan B, Pazhaniappan Pillai M, MacDonald L, Kirubakaran R. Final-impression techniques and materials for making complete and removable partial dentures. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4(4):Cd012256.
4. Areias C. Grau de Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Dentária Removível: Universidade do Porto; 2004.
5. Dentistas OdM. Barómetro da Saúde Oral <https://www.ond.pt/2022> [7^a:[Available from: https://www.ond.pt/content/uploads/2022/11/VII-Barometro-Nacional-de-Saude-Oral_2022.pdf.
6. Bilhan H, Geckili O, Ergin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. J Oral Sci. 2013;55(1):29-37.
7. Heydecke G, Thomason JM, Lund JP, Feine JS. The impact of conventional and implant supported prostheses on social and sexual activities in edentulous adults Results from a randomized trial 2 months after treatment. J Dent. 2005;33(8):649-57.
8. Shah RJ, Diwan FJ, Diwan MJ, Chauhan VJ, Agrawal HS, Patel GC. A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression. J Indian Prosthodont Soc. 2015;15(3):237-43.
9. Al-Imam H, Özhayat EB, Benetti AR, Pedersen AM, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life and complications after treatment with partial removable dental prosthesis. J Oral Rehabil. 2016;43(1):23-30.
10. D'Souza D, Dua P. Rehabilitation strategies for partially edentulous-prosthodontic principles and current trends. Med J Armed Forces India. 2011;67(3):296-8.
11. Shillingburg HT. Fundamentals of fixed prosthodontics 4th ed ed2012.
12. Al-Omiri MK, Sghaireen MG, Al-Qudah AA, Hammad OA, Lynch CD, Lynch E. Relationship between impacts of removable prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction and personality profiles. J Dent. 2014;42(3):366-72.
13. Dhingra K. Oral rehabilitation considerations for partially edentulous periodontal patients. J Prosthodont. 2012;21(6):494-513.

14. OMD. Próteses Removíveis. In: Dentistas OdM, editor.
15. Neto A, Carreiro A, Rizzatti-Barbosa CM. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. 2011;pp. 125-8.
16. Varelas CDFA. Relatório de atividade clínica: Universidade Católica Portuguesa; 2018.
17. Sarangi D, Das S, Mohapatra A. Recall scheduling in removable prostheses patients. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2018;9:1149.
18. [Available from: <https://www.herrero.com.br/files/revista/fileeb96208b7d26312abdd0dbd3228c8802.pdf>.
19. Benso B, Kovalik AC, Jorge JH, Campanha NH. Failures in the rehabilitation treatment with removable partial dentures. Acta Odontol Scand. 2013;71(6):1351-5.
20. Knezović Zlatarić D, Celebić A, Valentić-Peruzović M, Jerolimov V, Pandurić J. A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. J Oral Rehabil. 2003;30(8):847-54.
21. Frank RP, Milgrom P, Leroux BG, Hawkins NR. Treatment outcomes with mandibular removable partial dentures: a population-based study of patient satisfaction. J Prosthet Dent. 1998;80(1):36-45.
22. Cheng H, Xu M, Zhang H, Wu W, Zheng M, Li X. Cyclic fatigue properties of cobalt-chromium alloy clasps for partial removable dental prostheses. J Prosthet Dent. 2010;104(6):389-96.
23. Hirajima Y, Takahashi H, Minakuchi S. Influence of a denture strengthener on the deformation of a maxillary complete denture. Dent Mater J. 2009;28(4):507-12.
24. Gregorius WC, Kattadiyil MT, Goodacre CJ, Roggenkamp CL, Powers JM, Paravina RD. Effects of ageing and staining on color of acrylic resin denture teeth. J Dent. 2012;40 Suppl 2:e47-54.
25. Sadr K, Mahboob F, Rikhtegar E. Frequency of Traumatic Ulcerations and Post-insertion Adjustment Recall Visits in Complete Denture Patients in an Iranian Faculty of Dentistry. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2011;5(2):46-50.
26. Figueiral MH, Azul A, Pinto E, Fonseca PA, Branco FM, Scully C. Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors - a large cohort. J Oral Rehabil. 2007;34(6):448-55.
27. Infante-Cossio P, Martinez-de-Fuentes R, Torres-Carranza E, Gutierrez-Perez JL. Inflammatory papillary hyperplasia of the palate: treatment with carbon dioxide laser, followed by restoration with an implant-supported prosthesis. Br J Oral Maxillofac Surg.

2007;45(8):658-60.

28. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019;85(4):399-407.

29. Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. *Braz Dent J.* 2009;20(3):243-8.

30. Azul AM, Afonso A, Portugal C, Figueiral MH, Lobo MJC. *Atlas de Patologia da Mucosa Oral.* AEFMDUP ed.; 1992.

31. Santos A, Oliveira D, Oliveira L, Panjwani C, Feitoza C. Clinical and histologic aspects of true fibroma: case report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology.* 2020;130:e233.

32. Rashid H, Sheikh Z, Vohra F. Allergic effects of the residual monomer used in denture base acrylic resins. *Eur J Dent.* 2015;9(4):614-9.

33. Amorim SCR. *Avaliação clínica das compilações em protodontia removível:* Universidade Católica Portuguesa; 2013.

34. Yoshida E, Fueki K, Igarashi Y. A follow-up study on removable partial dentures in undergraduate program: part I. participants and denture use by telephone survey. *J Med Dent Sci.* 2011;58(2):61-7.

35. Pordata. População residente segundo os Censos: total e por sexo 2021 [Available from: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-17-52>.

36. Almufleh B, Emami E, Alesawy A, Rodan R, Morris M, Umebayashi M, et al. Patient-Reported Outcomes of Metal and Acrylic Resin Removable Partial Dentures: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Prosthodont.* 2020;29(5):378-86.

37. Panek H, Krawczykowska H, Dobosz A, Napadłek P, Panek BA, Sosna-Gramza M. Follow-up visits as a measure of adaptation process to removable prostheses. *Gerodontology.* 2006;23(2):87-92.

38. Budtz-Jørgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol.* 1981;10(2):65-80.

APÊNDICE

AUTORIZAÇÃO RAI-FMDUP 01_2023

Pedido para a reutilização de registos clínicos para fins de Investigação

Investigador: **Gonçalo Lage da Cunha Vieira de Araújo**

E-mail: up201705434@fmd.up.pt

Tlm: 911 195 005

O seu pedido de reutilização de registos clínicos para fins de investigação foi registado com o número em epígrafe, e foi por mim **autorizado**, no uso dos poderes legais em que estou investido como Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (<https://www.cada.pt/responsavel-pelo-acesso-a-informacao>).

A presente autorização, que tem um âmbito estritamente jurídico e de natureza imperativa, no domínio do acesso e reutilização da informação de saúde, dos registos clínicos, à guarda legal e institucional da FMDUP, não dispensa o necessário e pertinente parecer da Comissão de Ética, autorização da Universidade do Porto para tratamento de Dados Pessoais em Projectos de investigação e autorização do Director da FMDUP. Por isso mesmo, da comunicação da presente deliberação, deverá ser dado conhecimento ao Exmo. Senhor Director da FMDUP, já que a investigação deve ser abordada numa perspectiva integrada, onde o requerente deve ser o primeiro a assumir que o Estatuto de Investigador engloba um conjunto de direitos e obrigações, quer de natureza jurídica, quer de natureza ética, quer, ainda, com o necessário enquadramento na estratégia institucional da FMDUP.

O presente pedido de reutilização de registos clínicos para fins de investigação, intitulado: “**Consultas de controlo e prevalência de complicações protéticas em Prostodontia Removível**” subsume-se no fenómeno da reutilização para fins de I&D, consagrado quer na Lei 26/2016, de 22 de Agosto, quer na Directiva 2013/37/EU, de 26 de Junho, do Parlamento Europeu e do Conselho.

Aproveito esta oportunidade para o felicitar por ter feito este pedido de reutilização de registos clínicos para fins de Investigação & Desenvolvimento e para o informar que a reutilização de documentos do sector público, neste caso, informação de saúde constante de processos clínicos, sem autorização da entidade competente, o RAI, é uma contra-ordenação prevista e punida nos termos do artigo 39º, da Lei 26/2016, de 22 de Agosto.

Não hesite em me contactar, para o endereço rai@fmd.up.pt ou para o Tlm: 967 020 912, caso pretenda esclarecer qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos, votos de sucesso para o seu projeto de investigação, e na expectativa que a mesma venha a contribuir para a sociedade do conhecimento que todos, legitimamente, almejamos.

Considere-me ao seu dispor

Assinado por: **AMÉRICO DOS SANTOS AFONSO**
Num. de Identificação: 03849707
Data: 2023.01.18 17:57:42+00'00'

Porto, 18/01/2023



Américo dos Santos Afonso

RAI – Art.º 9, Lei 26/2016, de 22 de Agosto

PARECER A-4/2023

Nome	Gonçalo Lage da Cunha Vieira de Araújo
Nº. Mecanográfico	201705434
Entidade Constitutiva	FMDUP
Título	Consultas de controlo e prevalência de complicações protéticas em Prostodontia Removível

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular “Monografia/Relatório de Estágio”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende o requerente identificar e analisar a prevalência de complicações associadas à colocação de uma prótese removível, bem como avaliar a efetividade das consultas de controlo e obter um número médio das mesmas para realizar um plano de tratamento inicial preciso.

A população-alvo do estudo é constituída por pacientes reabilitados com próteses removíveis, parciais ou totais, acrílicas ou esqueléticas, na clínica da FMDUP e na clínica da Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș da Roménia. O estudo basear-se-á na recolha de dados efetuada pelos estudantes das duas instituições de ensino, que acompanharam aqueles pacientes no âmbito da realização do protocolo clínico de reabilitação protética.

Para compilar a informação necessária para este estudo, aplicar-se-á um questionário online àqueles estudantes, solicitando os seguintes dados:

- sobre o paciente: idade à data da reabilitação; sexo; tipo de prótese removível; historial clínico e farmacológico; dentes ausentes em cada arcada e características relevantes dos dentes presentes; tratamentos pré-protéticos realizados; hábitos de higiene oral;
- sobre as consultas: número de consultas de controlo; procedimentos realizados, material utilizado e complicação protética identificada em cada uma delas; outras consultas necessárias; data de colocação da prótese e data da última consulta de controlo;
- sobre os estudantes: nome dos estudantes, para solicitar informação adicional se necessário.

Os questionários foram implementados no formato online na plataforma Google Forms, com recurso a uma conta institucional Google For Education (@g.uporto.pt), tendo sido construídas duas versões -- uma em português para os estudantes da FMDUP e outra em inglês para os estudantes da instituição Romena. No questionário dirigido aos estudantes da FMDUP, é ainda solicitado o número parcial do processo (os 3 últimos algarismos), para identificar eventuais repostas relativas ao mesmo paciente.

Conclusões

Sendo residuais as probabilidades de identificação dos titulares dos dados, a partir do conjunto de informação solicitada nos questionários, tendo em conta os meios suscetíveis de ser razoavelmente utilizados para identificar direta ou indiretamente uma pessoa singular, somos do parecer que o tratamento de dados acima descrito não carece de autorização prévia do Senhor Reitor, podendo o requerente avançar com a sua realização, sem necessidade de mais formalismos.

**A Encarregada da Proteção de Dados
da Universidade do Porto**

Assinado por: **SUSANA RODRIGUES PEREIRA**
Num. de Identificação: 11094042
Data: 2023.03.09 19:57:53 +0000

Doutora Susana Rodrigues Pereira

DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Gonçalo Lage da Cunha Vieira de Araújo
N.º de Identificação civil 30139632 N.º de estudante 201705434
Email institucional up201705434@up.pt
Email alternativo _____ Tlf/Tlm 911195005
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) ☒

Relatório de Estágio ☐

Título completo

"Consultas de controlo e prevalência de complicações protéticas em
Prostodontia Removível

Orientador Professora Doutora Maria Helena Guimarães Figueiral da Silva

Coorientador _____

Palavras-chave Prostodontia ; Reabilitação Oral ; Protese Removível ; Consultas de controlo ; Complicações protéticas

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: X (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto : _____ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: _____ ; 12 Meses: X ; 18 Meses: _____ ; 24 Meses: _____ ; 36 Meses: _____ ; 120 Meses: _____.

Justificação para a não autorização imediata _____

Data 21 , 05 , 2023

Assinatura Gonçalo Lage Araújo

DECLARAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

18 / 05 / 2023



Assinado por: Gonçalo Lage da
Cunha Vieira de Araujo
Identificação: B130139632
Data: 2023-05-22 s 20:29:49

O / A Estudante

Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pelo(a)
Estudante Gonçalo Lage da Cunha Vieira de Araújo
com o título: Consultas de controlo e prevalência de complicações protéticas em Prostodontia Removível,
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-
se em condições de ser apresentado em provas públicas.

21 / 05 / 23

O(A) Orientador(a)/Coorientador(a)

Assinado por: **MARIA HELENA GUIMARÃES
FIGUEIRAL DA SILVA**
Num. de Identificação: 05799478
Data: 2023.05.21 21:28:53+01'00'

