

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

**DESENHO DE PRÓTESES PARCIAIS
REMOVÍVEIS EM DOIS LABORATÓRIOS DA
ÁREA METROPOLITANA DO PORTO**

Paulo Meireles Caniço

UNIDADE CURRICULAR: Monografia de Investigação / Relatório de Atividade
Clínica

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO MÉDICO DENTÁRIO:

TÍTULO: “Desenho de Próteses Parciais Removíveis em dois laboratórios da
área metropolitana do Porto”

AUTOR

Paulo Meireles Caniço

Aluno do 5º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Correio Eletrónico: paulocanico8@gmail.com

ORIENTADOR

Prof. Doutor José Carlos Reis Campos

Professor Auxiliar com Agregação

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

CO-ORIENTADOR

Prof. Doutor André Ricardo Maia Correia

Professor Auxiliar Convidado

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2013

Esta monografia está formatada de acordo com as normas de publicação na revista *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, na qual o autor pretende submeter este trabalho de investigação para publicação

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste trabalho, pude contar com a colaboração, a compreensão, a simpatia e o apoio de algumas pessoas que não dispenseo referir. A todas elas, quero expressar aqui a minha mais profunda gratidão.

Ao Prof. Doutor J. C. Reis Campos, orientador deste trabalho, por toda a prontidão em ajudar, flexibilidade e disponibilidade demonstradas.

Ao Prof. Doutor André Correia, por todos os conselhos, dedicação, ensinamentos, paciência e especialmente por todo o tempo dedicado.

Ao Sr. José Torres e ao Sr. Américo Ribeiro, pela hospitalidade, disponibilidade e vontade de ajudar demonstradas.

À Dra. Marianna Avrampou, pela prontidão na cedência do inquérito e vontade em colaborar.

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional que sempre me deram e a quem devo aquilo que sou hoje.

ÍNDICE

RESUMO.....	II
1.INTRODUÇÃO	IV
2.MATERIAL E MÉTODOS	VI
3.RESULTADOS	VIII
4.DISSCUSSÃO	XI
5.CONCLUSÕES	XIII
6.BIBLIOGRAFIA.....	XIV
7.ANEXOS.....	XV

RESUMO

Introdução: o processo de confecção de uma Prótese Parcial Removível deve ser encarado como um trabalho de equipa entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese, pois há fatores observáveis clinicamente e outros que apenas podem ser analisados nos modelos de trabalho. Contudo, verifica-se que a comunicação entre estes dois intervenientes ainda é, em grande parte, insuficiente. Deste modo, definimos como objetivos analisar a forma de comunicação entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese na confecção de uma prótese parcial removível; recolher informação sobre o tipo de materiais, técnicas e procedimentos realizados; e estudar a prevalência dos componentes protéticos e a sua relação com o tipo de desdentação parcial em questão.

Materiais e métodos: através do preenchimento de um questionário, foram analisadas fichas laboratoriais e modelos de trabalho de 50 próteses parciais removíveis esqueléticas confeccionadas em dois laboratórios de prótese dentária da área metropolitana do Porto.

Resultados: verificou-se que o Técnico de Prótese não recebeu instruções do Médico Dentista relativamente ao desenho da prótese parcial removível em 80% dos casos, tendo o desenho sido maioritariamente efetuado pelo primeiro (80,0%). Os conetores maiores mais frequentes foram a placa palatina na maxila (66,7%) e a barra lingual na mandíbula (80,8%). Os retentores diretos mais utilizados foram o gancho de Ackers (76,0%) e o gancho de ação posterior (48,0%). O alginato foi o material de impressão utilizado em 100% dos casos observados e 82% das impressões definitivas foram realizadas utilizando uma moldeira individual. A técnica do modelo alterado foi utilizada em 9,5% dos casos aplicáveis.

Conclusões: Na maioria dos casos analisados, verificou-se uma comunicação insuficiente entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese relativamente ao desenho e à confecção de próteses parciais removíveis. Destaca-se ainda a utilização de moldeiras individuais e alginato em todos os casos analisados.

Palavras-chave: prótese parcial removível; desenho de prótese; retenção em prótese dentária; técnica de moldagem odontológica; prótese mandibular; falha de restauração dentária;

ABSTRACT

Introduction: As it's done in Fixed Prosthesis, the process of confection of a Removable Partial Denture (RPD) should be faced as teamwork between the Dentist and the Dental Technician, because there are some factors that can only be observed clinically and some others only in the working models. However, it is observed that the communication between them is majorly insufficient. So, the aims of this study is to analyze the communication between the Dentist and the Dental Technician; get information about the materials, techniques and procedures in the confection of a RPD; and study the frequency of prosthetic components of a removable partial denture in relation to the edentulous classes encountered.

Material and Methods: fifty Removable Partial Dentures working models and laboratory requisitions of two Dental Laboratories in the metropolitan area of Oporto, were analyzed using a questionnaire.

Results: it was verified that the Dental Technician did not received instructions from the Dentist in 80% of the cases. The most commonly used direct retainers, concerning both arches, was the Ackers clasp (76,0%) and the posterior action clasp (48,0%). Alginate was used as impression material in 100% of cases observed and 82% of the definitive impressions was made using a custom tray. The altered cast technique was used in 9,5% of cases in which it can be applied.

Conclusions: the RPD design was mostly performed by the Dental Technician. The most frequent major connectors was the palatal plate in maxilla and the lingual bar in mandible. A statistically significant relation between the type of major connector and the edentulous class was not found.

Key-words: removable partial denture; prosthesis design; dental prosthesis retention; dental technician; dental impression technique; mandibular prosthesis; dental restoration failure;

1. INTRODUÇÃO

Apesar da substituição de peças dentárias por implantes ou outras opções de reabilitação fixa ter aumentado significativamente nos últimos anos^[1-3], as próteses dentárias removíveis continuam a ser bastante utilizadas na prática clínica generalista^[1, 3], sendo que mais de metade da população idosa ocidental é portadora de prótese parcial removível.^[4]

Neste tipo de reabilitações é fundamental a colaboração entre Médicos Dentistas e Técnicos de Prótese Dentária no sentido de otimizar o tratamento e contribuir para o sucesso clínico da reabilitação. Neste sentido, a União Europeia definiu as próteses parciais como dispositivos médicos e decretou que estas devem ser desenhadas por Médicos Dentistas e fabricadas por Técnicos de Prótese.^[5] Contudo, verifica-se que a comunicação entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese ainda é, em grande parte, insuficiente.^[3] Por exemplo, no desenho de uma prótese parcial removível existem parâmetros que são observados clinicamente que devem ser transmitidos ao técnico de prótese (p. ex. estado periodontal dos dentes pilares e das estruturas adjacentes aos componentes protéticos). De igual modo, existem outros fatores observáveis pelo técnico de prótese nos modelos de estudo e de trabalho que devem ser transmitidos ao Médico Dentista (p. ex. paralelismo dos dentes pilares, áreas retentivas, etc.) Todos estes fatores podem gerar alguma subjetividade e diferenças no planeamento e no desenho de uma prótese parcial removível, como sugerem estudos realizados em países como Suécia, Estados Unidos da América, Canadá, Irlanda, Grã-Bretanha, Alemanha ou Tailândia.^[1]

Em Portugal, não temos conhecimento de referências ao desenho e confeção de próteses parciais removíveis, e ao envolvimento dos laboratórios de prótese dentária.

A presente investigação tem como objetivos:

- analisar a forma de comunicação entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese na confeção de uma prótese parcial removível;
- recolher informação sobre o tipo de materiais, técnicas e procedimentos realizados;
- estudar a prevalência dos componentes protéticos e a sua relação com o tipo de desdentação parcial em questão.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A amostra em estudo consistiu em 50 trabalhos de prótese parcial removível (esqueléticas) confeccionadas em dois laboratórios de prótese dentária da área metropolitana do Porto, colaboradores da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

A recolha dos dados foi efetuada utilizando um questionário (adaptado do estudo de Avamprou et al^[1], com autorização da autora (ver Anexo I)), preenchido de acordo com as informações contidas nas fichas de requisição de trabalhos protéticos dos laboratórios e no material enviado pelo Médico Dentista para o Laboratório.

O questionário era composto por três partes distintas: uma primeira parte, a ser preenchida pelo responsável pela elaboração dos esqueletos das Próteses Parciais Removíveis (PPR) em cada um dos laboratórios, com questões gerais sobre a formação e atividade profissional do Técnico de Prótese em questão; uma segunda parte, com questões referentes ao processo de construção da PPR e uma terceira parte composta por questões acerca do desenho da PPR.

As seguintes variáveis foram analisadas: quem efetuou o desenho da PPR; qual foi o meio de comunicação entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese; que instruções foram dadas pelo Médico Dentista ao Técnico de Prótese (neste campo a cor dos dentes e a data para finalização do trabalho protético não foram consideradas instruções); utilização de moldeira individual para a realização da impressão definitiva; utilização da técnica do modelo alterado; materiais de impressão utilizados pelo Médico Dentista; tipo de articulador utilizado e técnica usada para articulação dos modelos; utilização do paralelómetro; liga metálica utilizada no esqueleto da PPR; tipo de máquina de fundição utilizada pelo Técnico

de Prótese; tipo de componentes protéticos selecionados (conectores maiores e retentores diretos); classe de Kennedy.

A análise estatística foi efetuada com o programa IBM™ SPSS™ Statistics v.20. Foi efetuada uma análise descritiva das variáveis referidas e ainda uma estatística inferencial estabelecendo a seguinte hipótese nula: não existe relação entre o tipo de desdentação de Kennedy maxilar / mandibular e o tipo de conector maior utilizado. Nesse sentido foram criadas tabelas de contingência e foi aplicado o teste exato de Fisher para análise da significância da relação.

Foi obtida aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a realização deste estudo (Anexo II).

3. RESULTADOS

Os dados foram recolhidos ao longo de um período de 3 meses (entre Fevereiro e Abril de 2013), tendo sido analisadas um total de 50 próteses parciais removíveis esqueléticas e suas respetivas fichas de requisição, em dois laboratórios colaboradores da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Os resultados obtidos encontram-se representados nas Tabelas I a V.

Neste estudo, a classe II de Kennedy foi o tipo de desdentação parcial mais frequente em ambas as arcadas (44,0%), seguida da classe III (34,0%) e da classe I (22,0%). Verificou-se que o desenho da PPR apenas foi efetuado pelo Médico Dentista em 2,0% dos casos e em colaboração com este em 18,0%. (Tabela I).

Tabela I Resultados do questionário sobre o desenho da PPR

	n (%)
O desenho da PPR foi efetuado por:	
Médico Dentista	1 (2)
Técnico de Prótese	40 (80)
Ambos em colaboração	9 (18)
De que forma foram transmitidas as instruções ao Técnico de Prótese?	
Instruções escritas	6 (12)
Comunicação direta	4 (8)
Não recebeu instruções	40 (80)
As instruções incluíam:	
Desenho dos retentores diretos	5 (10)
Desenho detalhado de todos os elementos	5 (10)
Não recebeu instruções	40 (80)

Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de conector maior utilizado e o tipo de desdentação parcial de Kennedy, seja maxilar ($p=0,06$) ou mandibular ($p=0,671$) (Tabela II).

Tabela II Frequência dos conectores maiores Maxilares e Mandibulares usados relativamente ao tipo de desdentação parcial de Kennedy (níveis de significância obtidos a partir do teste exato de Fischer).

PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL		Classificação de Kennedy n (%)			Total	
		I	II	III		
Maxila (p=0,06*)	Conector Maior	Barra palatina posterior	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	6 (25,0)
		Barra palatina anterior	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (8,3,0)
		Placa palatina	4 (25,0)	3 (18,8)	9 (56,2)	16 (66,7)
Mandíbula (p=0,671*)	Conector Maior	Barra lingual	5 (23,8)	9 (42,9)	7 (33,3)	21 (80,8)
		Barra dentária	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (11,5)
		Barra de Kennedy	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (3,8)
		Barra sublingual	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (3,8)
TOTAL			11 (22,0)	22 (44,0)	17 (34,0)	50 (100,0)

* teste exato de Fisher

Os retentores diretos mais utilizados, tanto em próteses maxilares como mandibulares, foram o gancho de Ackers (76,0%) e o gancho de ação posterior (48,0%) (Tabela III).

Tabela III Frequência do tipo de retentores diretos na Maxila e na Mandíbula.

		n (%)
Gancho de Ackers	Maxila	20 (83,3)
	Mandíbula	18 (69,2)
	Total	38 (76,0)
Gancho de ação posterior	Maxila	8 (33,3)
	Mandíbula	16 (61,5)
	Total	24 (48,0)
Gancho duplo	Maxila	3 (12,5)
	Mandíbula	0 (0,0)
	Total	3 (6,0)
Gancho em barra	Maxila	4 (16,7)
	Mandíbula	1 (3,8)
	Total	5

O alginato foi o material de impressão utilizado em 100% dos casos observados e 82% das impressões definitivas foram realizadas utilizando uma moldeira individual (Tabela IV). A técnica do modelo alterado foi utilizada em 9,5% dos casos (Tabela IV), num universo de n=19 casos onde é aplicável. No entanto, todos os casos encontrados foram classes I de Kennedy.

Tabela IV Frequência do tipo de moldeira utilizada para a impressão definitiva e da utilização da técnica do modelo alterado.

	n (%)
A impressão definitiva foi efetuada com:	
Moldeira individual	41 (82,0)
Moldeira standard	9 (18,0)
Foi utilizada a técnica do modelo alterado? (*)	
Sim	2 (9,5)
Não	17 (90,5)

(*) a técnica do modelo alterado apenas é utilizada em classes I e II de Kennedy, essencialmente mandibulares [6], sendo que a frequência da sua utilização foi calculada em função do n total de classes I e II mandibulares (n=19).

Foram utilizados retentores indiretos em PPRs maxilares e mandibulares em 42,9% das classes I e 57,1% das classes II (Tabela V).

A liga metálica de Cromo-Cobalto foi utilizada em 100% das próteses observadas, bem como a utilização de uma máquina de fundição eletrónica. A articulação dos modelos foi efetuada através de um registo de mordida e utilizando um articulador semi-ajustável em 100% dos casos.

O paralelómetro foi usado pelo técnico de prótese para identificação de zonas retentivas em 100% dos trabalhos protéticos analisados.

A utilização de *attachments* como retentores diretos não se verificou em nenhuma das próteses analisadas (0%).

Tabela V Frequência da utilização de retentores indiretos em PPR com extensões distais.

Utilizou retentores indiretos em casos de Próteses com extensões distais?		Classificação de Kennedy n (%)		Total
		I	II	
Maxilar	Sim	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100,0)
	Não	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (100,0)
Mandibular	Sim	7 (46,7)	8 (53,3)	15 (100,0)
	Não	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (100,0)
Total	Sim	9 (42,9)	12 (57,1)	21 (100,0)
	Não	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100,0)

4. DISCUSSÃO

Apesar da União Europeia ter definido as próteses parciais como dispositivos médicos e enfatizado que estas devem ser desenhadas por Médicos Dentistas e fabricadas por Técnicos de Prótese,^[5] os dados recolhidos neste estudo não confirmam esta prática (tabela 1), e vão de encontro a estudos anteriores realizados noutros países.^[1, 3, 7] Este tipo de prática revela-se preocupante pois o Técnico de Prótese, apesar de ser um membro indispensável no processo de construção de uma PPR, acaba por não possuir toda a informação necessária para o sucesso clínico da reabilitação. Informações tais como a condição periodontal geral do paciente e especialmente do dente pilar, hábitos de higiene, hábitos para-funcionais, dentes restaurados, zonas de impactação alimentar, linha do sorriso, tipo de perfil e face do paciente são importantes para a combinação de uma reabilitação funcional e estética.^[7-9]

Hoje em dia, com o desenvolvimento das tecnologias de comunicação, este é um problema relativamente fácil de contornar pois tornou-se mais fácil a partilha de informação do paciente (p.ex. fotografias digitais) com o laboratório via internet.^[10]

No que respeita ao tipo de conetor maior usado, a placa palatina foi o mais utilizado na maxila. Resultados diferentes foram encontrados em dois estudos anteriores realizados na Grécia, onde a barra palatina anterior (41,6%)^[1] e o conetor palatino em “U” (54,0%)^[11] foram os mais prevalentes. Nos Estados Unidos da América, Pun et al.^[3] verificou igualmente uma preferência pelo conetor palatino em “U” (72,6%). Por sua vez, na mandíbula, a barra lingual foi o mais frequentemente utilizado (80,8%), tal como verificado por Avrampou et al. (76,7%)^[1] e Niarchou et al. (92,6%)^[11] na Grécia. Este tipo de conetor, segundo

Cameron et al.,^[12] é aplicável em 85% das situações, salvo limitações anatómicas específicas que inviabilizam o seu uso, tais como presença de determinados tórus mandibulares, presença de freio lingual proeminente ou falta de espaço entre a gengiva marginal e o pavimento da boca.^[6, 12]

A realização da impressão definitiva utilizando moldeiras individualizadas mostrou ser um procedimento que faz parte do protocolo de impressão dos Médicos Dentistas, tendo-se verificado que 82% das próteses analisadas obedeceram a este tipo de prática. Estes dados são superiores aos obtidos por Avrampou et al.^[1] em duas cidades Gregas (67,4±28,9%).

A técnica do modelo alterado, amplamente difundida por Leopold e Kratochvil,^[13] na década de 60, foi utilizada apenas em 9,5% dos casos aplicáveis (essencialmente classes I e II mandibulares^[6]). Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Avrampou et al. (13,4%)^[1] e parecem indicar que ainda subsistem dúvidas em relação às suas vantagens.^[14]

Apesar de estar indicada a utilização de retentores indiretos em casos de próteses parciais removíveis em classes I e II de Kennedy, verificamos neste estudo uma frequência de utilização de retentores indiretos de apenas 42,9% em classes I e 57,1% em classes II. Estes resultados são muito semelhantes aos encontrados por Niarchou et al. (39,5% em classes I e 58,6% em classes II).^[11]

Face às limitações deste estudo (dimensão da amostra reduzida, período curto de recolha de dados e número de laboratórios referenciados) pensamos que seria interessante, em trabalhos futuros, abranger um maior número de laboratórios, em diferentes cidades, de forma a aumentar o tamanho e a variabilidade da amostra para nos permitir efetuar uma análise estatística inferencial com possível significância.

5. CONCLUSÕES

Dentro das limitações deste estudo, foi possível aferir as seguintes conclusões:

1. A comunicação entre o Médico Dentista e o Técnico de Prótese na confecção de próteses parciais removíveis foi, na maioria das situações, insuficiente. O desenho da prótese parcial removível foi maioritariamente efetuado pelo Técnico de Prótese.
2. O conector maior mais frequentemente utilizado foi a placa palatina no maxilar superior e a barra lingual na mandíbula.
3. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de conector usado e o tipo de desdentação parcial de Kennedy.
4. Verificou-se ainda que foram utilizadas moldeiras individuais para a realização da impressão definitiva, e que o alginato foi o material de eleição na totalidade (100%) dos casos analisados.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Avrampou, M., G. Papavasiliou, and J. Katsoulis, *Design of Removable Partial Dentures: A survey of dental laboratories in Greece*. Int J Prosthodont, 2012. **25**(1): p. 4.
2. Mericske-Stern, R., *Removable Partial Dentures*. J Prosthodont, 2009. **22**(5): p. 4.
3. Pun, D., et al., *Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population*. J Prosthet Dent, 2011. **106**(1): p. 7.
4. Nevalainen, M., T. Narhi, and A. ainamo, *A 5-year follow-up study on the prosthetic rehabilitation of the elderly in Helsinki, Finland*. J Oral Rehabil, 2004. **31**(7): p. 5.
5. Conselho das Comunidades Europeias, *The Medical Device Directive, in 93/42/CEE1993*: Jornal Oficial das Comunidades Europeias.
6. Carr, A.B. and D.T. Brown, *McCracken's Removable Partial Prosthodontics*. 20th ed2011: Elsevier Inc.
7. Kilfeather, G.P., et al., *Quality of communication and master impressions for the fabrication of cobalt chromium removable partial dentures in general dental practice in England, Ireland and Wales in 2009*. J Oral Rehabil, 2010. **37**: p. 5.
8. Owall, B., et al., *Removable partial denture design: a need to focus on hygienic principles?* Int J Prosthodont, 2002. **15**(4): p. 8.
9. Baba, K., K. Aridome, and R.W. Pallegama, *Management of bruxism-induced complications in removable partial denture wearers using specially designed dentures: a clinical report*. Cranio, 2008. **26**(1): p. 6.
10. Weston, J.F. and E. Haupt *Creating aesthetic success through proper clinician and laboratory technical communication*. Dent. Clin. North Am., 2011.
11. Niarchou, A.P., et al., *Partial edentulism and removable partial denture design in a dental school population: a survey in Greece*. Gerodontology, 2011. **28**(3): p. 83.
12. Cameron, S.M., G.T. Torres, and T.B. Lefler, *The dimensions of mandibular lingual tissues relative to the placement of a lingual bar major connector*. J Prosthodont, 2002. **11**(2): p. 6.
13. Leupold, R.J. and F.J. Kratochvil, *An altered cast procedure to improve tissue support for removable partial dentures*. J Prosthet Dent, 1965. **15**: p. 8.
14. Frank, R.P., J.S. Brudvik, and C.J. Noonan, *Clinical outcome of the altered cast impression procedure compared with use of a one-piece cast*. J Prosthet Dent, 2004. **91**(5): p. 76.

7. ANEXOS


Anexo I: Questionário

Anexo II: Declaração de aprovação do estudo pela Comissão de Ética da FMDUP

Anexo III: Declaração de autoria do trabalho apresentado

Anexo IV: Parecer do orientador para entrega definitiva do trabalho apresentado

ANEXO I

 <p>Universidade do Porto Faculdade de Medicina Dentária FMDUP</p>	<h2>QUESTIONÁRIO</h2>
	<p>Título: Desenho de próteses parciais removíveis na área metropolitana do Porto</p> <p>No âmbito do trabalho de investigação conducente à monografia de Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Estudante: Paulo Caniço ; Orientadores: Prof. Doutor André Correia e Prof. Doutor JC Reis Campos</p>

1ª PARTE (preencher apenas uma por laboratório, pelo responsável pela elaboração dos esqueletos das próteses removíveis)

QUESTÕES GERAIS SOBRE A SUA ACTIVIDADE E FORMAÇÃO:

1. Há quantos anos está o laboratório em actividade? _____
2. Há quantos anos trabalha na área da Prótese Dentária? _____
3. Quantas Próteses Parciais Removíveis (PPRs) confecciona por ano (aproximadamente)? ____
4. Frequenta seminários de formação contínua? Sim ____ Não ____
 - a. Se sim, quantos por ano? _____
 - b. Quem os organiza? (pode assinalar mais do que uma opção)
 - i. Instituições de Ensino Superior _____
 - ii. Sociedades Científicas _____
 - iii. Laboratórios de Prótese Dentária _____
 - iv. Empresas de Material Dentário de Prótese _____
 - v. Outro: _____
5. Com quantos Médicos Dentistas trabalha (aproximadamente)? ____
 - a. Tem noção de quantos (aproximadamente) têm formação avançada em Prostodontia? ____
 - b. Verifica alguma diferença no desenho do esqueleto da PPR entre Médicos Dentistas 'generalistas' e Médicos Dentistas com formação avançada em Prostodontia?
 - i. Sim ____ (se sim, indique a principal diferença: _____)
 - ii. Não ____
 - iii. Não sabe / não responde ____
 - c. Verifica alguma diferença na técnica de impressão entre Médicos Dentistas 'generalistas' e Médicos Dentistas com formação avançada em Prostodontia?

i. Sim ____ (se sim, indique a principal diferença:
_____)

ii. Não ____

iii. Não sabe/não responde ____

d. Verifica alguma diferença no material de impressão escolhido entre Médicos Dentistas 'generalistas' e Médicos Dentistas com formação avançada em Prostodontia?

i. Sim. (se sim, indique a principal diferença:
_____)

ii. Não

iii. Não sabe/não responde ____

2ª PARTE (a preencher para cada esqueleto de prótese removível)

QUESTÕES ACERCA DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PPR:

1. O desenho da PPR foi efectuado pelo:

- Médico Dentista
- Técnico de Prótese
- Ambos em colaboração

Se recebeu instruções do Médico Dentista, de que forma é que foram transmitidas:
(se não recebeu instruções do Médico Dentista, passe para a pergunta 3)

- Instruções escritas
- Instruções por telefone
- Modelo com desenho e instruções escritas
- Comunicação directa
- Não recebo instruções

2. As instruções incluem :

- O desenho do conector maior
- O desenho dos retentores directos
- O desenho dos apoios oclusais
- O desenho do conector maior e dos retentores directos
- O desenho detalhado de todos os elementos
- Outro: Qual? _____
- Não recebo instruções

3. A impressão definitiva foi efectuada com uma moldeira *standard*?

- Sim
- Não
- Não sabe/ não responde

4. Foi construído algum modelo alterado?

- Sim → em que tipo de desdentação (classe de Kennedy): _____
- Não
- Não responde

5. Que material de impressão foi usado para a impressão definitiva?

- Silicone _____
- Poliéter _____
- Alginato _____
- Outro _____
- Não sabe/não responde

6. Que tipo de articulador foi usado para a articulação dos modelos definitivos?

- Valores médios
- Semi-ajustável
- Não específica
- Outro: Qual _____

7. Que técnica foi usada para a articulação dos modelos?

- Com auxílio do arco facial
- Apenas com registo de mordida
- Outro: Qual? _____
- Não responde

8. Uso o paralelómetro para identificar zonas retentivas?

- Sim
- Não

9. Que liga metálica usou para a construção da PPR?

- Cr-Co: Especificamente _____
- Titânio: Especificamente _____
- Outra: Qual? _____

10. Que tipo de máquina de fundição utilizou?

- Electrónica
- Manual
- Não responde

11. Utilizou *attachments* como retentores directos na PPR?

- Sim
- Não

3ª PARTE (a preencher para cada esqueleto de prótese removível)

QUESTÕES ACERCA DO DESENHO DA PPR:

1. Classificação de Kennedy

Maxilar

I

II

III

IV

Mandibular

I

II

III

IV

2. Tipo de Conector Maior usado na Maxila

Barra palatina posterior

Barra palatina anterior

Placa Palatina

Conector em anel

Placa palatina antero-posterior

Conector palatino em "U"

Outro: _____

3. Tipo de Conector Maior usado na mandíbula

Barra lingual

Barra dentária

Barra de Kennedy

Placa lingual

Barra lingual dupla

Barra sublingual

Swing-lock

Barra vestibular

Outro: _____

4. Retentores directos: Ganchos utilizados?

Gancho de Ackers (circunferencial)

Gancho circunferencial em anel

Gancho de acção posterior

Gancho duplo

Gancho em barra (em "I, L ou T")

5. Retentores directos: Attachments utilizados? (se não utilizou, passar para a pergunta 6)

Bola

Attachment intracoronário

Attachment tipo Ceka

Attachment tipo Dalbo

Attachment ERA

Outro. Qual?

(Responder às perguntas 6 e 7 apenas no caso de extensões distais tipo Classe I e II de Kennedy)

6. Utilizou retentores indirectos no caso de PPR com extensões distais? (se não utilizou, passar para a pergunta 7)

Sim

Não

Não aplicável

7. Que tipo de gancho e apoio oclusal usou nos pré-molares em casos de PPRs com extensão distal?

Gancho

De aproximação oclusal

Apoio oclusal

Mesial

De aproximação gengival

Distal

Sem apoio oclusal

CONTACTO DOS INVESTIGADORES:

O Estudante: Paulo Meireles Caniço.
915145863

E-mail: paulocanico8@gmail.com Telemóvel:

O Orientador: Prof. Doutor José Carlos Reis Campos
Telefone: 220901112

E-mail: jcampos@fmd.up.pt

O Co-orientador: Prof. Doutor André Ricardo Maia Correia
Telefone: 220901112

E-mail: acorreia@fmd.up.pt

ANEXO II

Exmo. Senhor
Estudante Paulo Meireles Caniço
Curso de Mestrado Integrado em
Medicina Dentária da
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

8_0272

15 MAR 2013

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: “Desenho de próteses parciais removíveis na área metropolitana do Porto”.

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- **Aprovado** na reunião da Comissão de Ética do dia 06 de março de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética



António Felino
(Professor Catedrático)

ANEXO III

A

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

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

03 / 06 / 2013

Paulo Canico
O/A investigador(a)

ANEXO IV

✱

PARECER
(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pelo(a)
Estudante Paulo Meireles Caniço
com o título: "Desenho de Prédios Públicos Removíveis em dois laboratórios da área metropolitana do Porto",
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e
encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

03/06/2013

O(A) Orientador(a)

