



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A CLASSIFICAÇÃO DE KENNEDY E O TIPO DE
REABILITAÇÃO PROTÉTICA REMOVÍVEL REALIZADA EM
DOENTES DA CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA EGAS
MONIZ**

Trabalho submetido por
Ana Vidal de Lacerda Forjaz
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Dezembro de 2015



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A CLASSIFICAÇÃO DE KENNEDY E O TIPO DE
REABILITAÇÃO PROTÉTICA REMOVÍVEL REALIZADA EM
DOENTES DA CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA EGAS
MONIZ**

Trabalho submetido por
Ana Vidal de Lacerda Forjaz
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Sérgio Félix

Dezembro de 2015

“The world is moving so fast these days that the man who says it can't be done
is generally interrupted by someone doing it.”

Elbert Hubbard

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus filhos Francisco e Maria pelo tempo que lhes foi roubado às suas brincadeiras

Ao meu marido Francisco, pela sua ajuda incondicional, meu companheiro para os bons

e maus momentos.

Aos meus pais, sogros e avós

À minha família e amigos

Agradecimentos

Para a concretização deste trabalho, pude contar com a colaboração, compreensão e amizade de muitas pessoas. A todas quero expressar aqui a minha profunda gratidão.

Ao Prof, Doutor Sérgio Antunes Félix, por ter aceite orientar este trabalho, pelo seu conhecimento científico, por todo o seu apoio, empenho, incentivo, por tudo o que me tem ensinado e sobretudo pela sua amizade. Sem ele não teria conseguido. O meu reconhecido agradecimento

Ao Prof. Paulo Durão Maurício, pelo seu incentivo pela orientação, apoio científico e amizade.

Ao Prof. José João Mendes pela sua disponibilidade imediata, ao me ter permitido consultar os processos clínicos dos doentes.

Aos meus colegas e assistentes de Reabilitação Oral, pela ajuda incansável em tudo o que precisei, pelas ideias e críticas, e pelo seu companheirismo e amizade partilhada em muitas horas de trabalho.

À Maria Barreto, à Joana Pereira, à Joana Carvalho e à Raquel Lucas pela força.

Aqui deixo uma palavra especial aos meus colegas Francisco Martins e José Reis. Incansáveis na sua ajuda, roubando tempo precioso à sua vida pessoal e profissional. Os meus sinceros agradecimentos. Sem eles teria sido difícil realizá-lo. Obrigada por terem acreditado.

À minha família, por todo o apoio e incentivo. Deixo também aqui umas palavras ao meu marido pelo seu companheirismo e aos meus sogros pela ajuda com os netos. Sem eles não teria sido possível.

Resumo

Objetivos: Determinar a prevalência dos desdentados parciais segundo a classificação de Kennedy, avaliar qual a Reabilitação proposta, a realizada e se são coincidentes, identificar as causas para as suas alterações, de uma amostra de doentes da Clínica de Medicina Dentária Egas Moniz.

Materiais e Métodos: Foram analisadas as Histórias clínicas dos processos de todos os doentes que frequentaram as consultas da Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II entre os meses de Setembro de 2014 e Junho de 2015, tendo sido caracterizados pelas seguintes variáveis: idade, sexo, Classificação de Kennedy para a maxila e mandíbula, tipo de reabilitação proposta realizada. Efectuou-se uma análise estatística descritiva com recurso a tabelas de dupla entrada, através do Software SPSS Statistics 20.0

Resultados: Foram recolhidos 240 processos, que depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 73 processos para os quais foram planeadas 95 próteses. 68,4% pertenciam ao sexo feminino. A média de idades rondou os 59 anos, sendo as mulheres mais novas. A classe III de Kennedy foi a classe mais frequente (43%) e a IV a menos frequente (3,2%) sendo o maior grupo de desdentados mandibulares (52,6%). A prótese parcial removível em cromo-cobalto foi a reabilitação mais frequentemente utilizada (55,8%). A maioria das próteses em Cromo-cobalto foram realizadas nas classes III de Kennedy, independentemente das arcadas. Na mandíbula a reabilitação mais utilizada foi prótese parcial em Cromo-cobalto, enquanto na maxila foi prótese parcial Acrílica.

Conclusões: A classe de Kennedy mais frequente é a classe II (43%) e classe de Kennedy menos frequente é a classe IV (3,2%). As próteses Acrílicas apresentam maior número de dentes protéticos. O tipo de Reabilitação protética proposto foi o realizado

Palavras-chave: Classificação de Kennedy, desdentados parciais, prótese parcial removível, Acrílica, prótese parcial removível em Cromo-cobalto

Abstract

Objectives: Evaluate the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification, evaluate the type of treatment planned and made, identifying the differences between them, in the patients of the Egas Moniz Dental Clinic.

Materials and Methods: The Oral Rehabilitation Clinic Department patient files from September 2014 to June 2015 were evaluated for: age, gender, Kennedy class (maxilar and mandibular), planned and made rehabilitation.. A descriptive analysis with crosstabs procedures were applied to check frequencies using the SPSS Statistics 20.0 software.

Results: 240 files were accessed, that resulted in 95 removable partial dentures. 68,4% were women. The average age was 59, with the women being younger. Kennedy class III was the most common (43%) while class IV (3,2%) is the more uncommon. Most patients had mandibular gaps (52,6%). Cr-Co RPD was the most used (55,8%) and most of them were made on Kennedy class III de Kennedy

Conclusion: Kennedy class II is the most frequent (43%). Acrylic RPD has more denture teeth. The planned RPD is the one made.

Keywords: Kennedy Classification, partial edentulism, RPD, acrylic , metal framework

Índice Geral

Dedicatória	3
Agradecimentos	4
Resumo	6
Abstract	7
Índice Geral	8
Índice de Tabelas	11
Índice de Gráficos	12
1 Introdução	13
1.1 Definição de desdentados.....	14
1.2 Classificações dos desdentados parciais	14
1.2.1 Requisitos de uma classificação em PPR.....	15
1.2.2 Classificação de Cummer, 1920	16
1.2.3 Classificação de Kennedy, 1923.....	17
1.2.4 Classificação de Bailyn, 1928	17
1.2.5 Classificação do Wild, 1949.....	18
1.2.6 Classificação de Godfrey, 1951,.....	19
1.2.7 Classificação de Beckett, 1953.....	19
1.2.8 Classificação de Craddock, 1954.....	19
1.2.9 Classificação de Austin- Lidge, 1957	19
1.2.10 Classificação de Skinner, 1957	19
1.2.11 Classificação de Kennedy-Applegate, 1960.....	20
1.2.12 Classificação de Swenson, 1963.....	20
1.2.13 Classificação de Avant, 1966	21
1.2.14 Classificação de Costa, 1970.....	21

1.2.15	Classificação de Fiest, 1973	21
1.2.16	Classificação ACP (American College of Prosthodontists), 2002	22
1.2.17	Classificação ICK (Implant corrected Kennedy), 2007	24
1.2.18	Classificação de Kennedy-Applegate	26
1.3	Frequência dos desdentados	27
1.4	Tipos de Reabilitação	31
1.4.1	Próteses parciais Removíveis, conceito e terminologia	31
1.5	História clínica	32
2	Objectivos	33
3	Materiais e métodos	35
3.1	Tipologia do estudo	35
3.2	Considerações Ético-Legais	35
3.3	Caracterização da Amostra	35
3.4	Critérios de inclusão	36
3.5	Critérios de exclusão	36
3.6	Dimensão da amostra	36
3.7	Variáveis do estudo	36
3.8	Análise de dados	37
4	Resultados e Discussão	38
4.1	Resultados	38
4.1.1	Caracterização da amostra quanto à faixa etária e ao género	38
4.1.2	Caracterização da amostra quanto à Classe de Kennedy	39
4.1.3	Caracterização da amostra quanto à Classe de Kennedy	42
4.1.4	Caracterização da amostra quanto ao tipo de Prótese proposta versus realizada por maxilar	44
4.1.5	Caracterização da amostra quanto à distribuição do tipo de Prótese por classe de Kennedy	44
4.1.6	Caracterização da amostra quanto à Classe de Kennedy	45

4.1.7	Caracterização da amostra quanto à distribuição do tipo de Prótese por Género	46
4.2	Discussão.....	50
5	Conclusões.....	58
6	Bibliografia	60
7	Anexos.....	65

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise descritiva; quanto à idade.....	39
Tabela 2 - Análise descritiva; quanto à idade e género	39
Tabela 3 - Análise descritiva da relação entre classes de Kennedy/maxilar	40
Tabela 4 - Análise Descritiva da relação entre Classe de Kennedy/Sexo.....	41
Tabela 5 -Análise Descritiva; da relação entre Classe de Kennedy/Sexo por tipo de maxilar.....	41
Tabela 6 - Análise Descritiva; da relação entre Classe de Kennedy/faixa etária	42
Tabela 7- Análise Descritiva; Planeamento da Prótese por maxilar.....	43
Tabela 8 - Análise Descritiva; Planeamento da Prótese versus Prótese realizada.....	43
Tabela 9 - Análise descritiva; Caracterização quanto ao tratamento planeado versus realizado por Maxilar.....	44
Tabela 10 - Análise descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy	45
Tabela 11 - Análise Descritiva; Caracterização quanto ao tipo de Prótese por faixa etária	45
Tabela 12 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese Por Género.....	46
Tabela 13 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy.....	46
Tabela 14 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy por Género ...	47
Tabela 15 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy e faixa etária	48
Tabela 16 - Relação entre o tratamento realizado e o maxilar	49
Tabela 17 - Número de dentes substituído por tipo de Prótese e Género	49

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Amostra inicial e grupo de estudo.....	38
Gráfico 2 - Planeamento da Prótese versus Prótese realizada	43

1 Introdução

Segundo o Barómetro de Saúde Oral da OMD de 2015, 37% dos inquiridos afirmaram que tem mais de 6 dentes perdidos, este valor aumentou relativamente ao de 2014 em que só 32% referiam este facto, tendo sido o factor económico o principal para a não regularidade de visitas ao consultório dentário.(OMD, 2015)

A esperança média de vida da População Portuguesa está a aumentar. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística dos últimos censos relativos a 2011-2013, a esperança média de vida da população Portuguesa é de 80,1 anos e 19,05% da população Portuguesa situa-se acima dos 65 anos.(INE, 2014)

Segundo Kaira, *et al.* (2013), a Organização Mundial de Saúde indica que a cárie dentária é a doença Oral mais prevalente na maioria dos Países, com alguns relatórios a indicar que a cárie afecta 100% dos grupos populacionais estudados, estimando-se que a periodontite severa afecta 5-20% da população e que o Edentulismo total está estimado entre 7% e 69% internacionalmente.

Vários estudos de prevalência correlacionam o tipo de edentulismo com factores tais como a idade, o sexo, e com aspectos sócio-culturais dos países estudados (Abdelrahman, Tahir, & Saleh, 2013; Abdulhadi & Mohammed, 2013; Azad, Malik, & Ahmed, 2015; Bharathi, Reddy, Reddy, Gupta, & Misuriya, 2014; de Souza *et al.*, 2015; Joshua & Olaide, 2014; Moreira Carneiro *et al.*, 2013; Patel, Vohra, & Mohammed, 2014a; Sadig & Idowu, 2002)

Zitzmann *et al.* numa revisão sistemática publicada em 2007 sobre o tipo de reabilitações dentárias realizados em europeus, conclui que apesar das restaurações fixas serem mais frequentes nos grupos etários mais novos, as próteses removíveis são o tipo de tratamento dominante nos grupos mais idosos.

Em Portugal não encontramos muitos estudos que abordem esta temática, ou seja que cruzem informação sobre o tipo de desdentados e o tipo de reabilitações realizadas na população portuguesa. Por esta razão pressupomos que um estudo deste tipo possa ser interessante motivar estudos mais aprofundados.

1.1 Definição de desdentados

Considera-se um individuo desdentado aquele que apresenta a ausência de um ou mais dentes. Quando estamos a falar de perdas de um ou mais dentes, mas não de todos, podemos dizer que estamos perante um individuo desdentado parcial, e afirmar que ele possa ser diagnosticado como um desdentado parcial.

Um espaço desdentado é uma ausência de dentes na arcada dentária habitualmente ocupada por um ou mais dentes. Pode ser parcial ou completo. Entre as causas de perda de dentes estão a cárie, as doenças periodontais, o traumatismo, os tratamentos ortodônticos, assim como as lesões neoplásicas e quísticas entre outras.(Abdel-rahman *et al.*, 2013)

Edentulismo, é “o estado de ser desdentado; sem dentes naturais”. Edentulismo parcial é definido como a ausência de alguns mas não de todos os dentes naturais numa arcada dentária.(The Academy of Prosthodontics, 2005)

Num paciente parcialmente desdentado, a perda e degradação contínua do osso alveolar, dos dentes adjacentes e das estruturas de apoio influencia o nível de dificuldade em se conseguir uma reabilitação protética adequada.(McGarry *et al.*, 2002)

Segundo (Carr & Brown, 2011) as combinações possíveis de dentes e espaços desdentados podem ser mais de 65000, daí este autor considerar como sendo importante estabelecer uma classificação das arcadas parcialmente desdentadas, relativamente quanto ao prognóstico, características topográficas, qualidades e distribuição.

1.2 Classificações dos desdentados parciais

Perante a variabilidade de tipos de desdentados, houve a necessidade de os agrupar e como tal surgiram diversos tipos de classificações de desdentados. Este tema tem sido abordado por vários autores, que ao longo dos últimos anos, tentaram conceber uma classificação ideal de desdentado parcial, que permitisse uma standarização dos conceitos de inclusão. O critério utilizado tem sido na maioria dos casos o topográfico, sendo este proposto por autores como Cummer (1920), Kennedy (1927), Wild (1949), e Applegate.(Pereira *et al.*, 2014) Por outro lado ao termos uma classificação de

desdentados parciais, temos facilitada a comunicação entre médicos dentistas e técnicos de prótese para além de ser uma ferramenta importante para o diagnóstico, prognóstico e o plano de tratamento a adoptar.

1.2.1 Requisitos de uma classificação em PPR

Segundo (Galagali & Mahoorkar, 2010), uma classificação deve permitir visualizar a arcada dentária e guiar o planeamento protético ou como o autor refere ser um *denture design*. Deve também contribuir para a sistematização do planeamento protético, facilitando a sua discussão e ajudar no ensino.

De uma forma mais esquemática já para (Carr & Brown, 2011) qualquer que seja adoptada, ela deve cumprir com as seguintes premissas:

- Permitir uma rápida visualização do tipo de arco desdentado;
- Permitir uma identificação se a Prótese parcial Removível é dentosuportada, dentomucosuportada ou mucodentosuportada
- Ser universalmente aceite.

Já Pereira *et al.* (2014) diz que os requisitos para uma classificação deverão ser

- Permitir uma visualização imediata do tipo de arcada parcial, o número e tamanho de dentes remanescentes e número e tamanho das selas
- Permitir a diferenciação imediata entre dento-suportado, muco-suportado e dento-mucosuportado;
- Permitir a avaliação qualitativa dos dois tipos de tecidos suporte;
- Deve ser universalmente aceite na comunicação entre profissionais da área;
- Obter princípios mecânicos para o planeamento;
- Ser simples, de forma a prevenir complicações na sua utilização.

O mesmo autor define ainda que as classificações existentes estão divididas em três tipos de base de formulação:

- Biomecânica, em que a classificação é baseada no tipo de força (trabalho) aplicada sobre os dentes e mucosa;
- Topográfica, na qual ela é estabelecida pela distribuição das selas e dos dentes na arcada;
- Mecânica-funcional, que estabelece a relação entre o tipo de força do dispositivo protético na mucosa e nos dentes, combinada com a força segundo o tamanho da sela.

Apresento agora as diferentes classificações encontradas na pesquisa bibliográfica.

1.2.2 Classificação de Cummer, 1920

Foi o primeiro a propor um sistema de classificação que foi reconhecido um sistema de classificação que foi reconhecido. A sua classificação é baseada na posição e número do retentor directo e localização do retentor indirecto. (Galagali & Mahoorkar, 2010) Esta classificação tem como base a biomecânica protética. (Pereira *et al.*, 2014)

Classe I: Um arco parcialmente desdentado em que dois dentes diagonalmente opostos (diagonal) são seleccionados como dentes pilares para a colocação de retentores directos e com um retentor indirecto como auxiliar.

Classe II: Um arco parcialmente desdentado em que dois dentes diametralmente opostos são seleccionados como dentes pilares para a colocação do retentor directo e com um retentor indirecto como auxiliar.

Classe III: Um arco parcialmente desdentados em que um ou mais dentes (unilateral) no mesmo lado são seleccionados como os dentes pilares para a colocação dos retentores directos com ou sem uma retenção indirecta.

Classe IV: Um arco parcialmente desdentado, no qual três ou mais dentes (multilaterais) são seleccionados como dentes pilares para a fixação do retentor directo.

A principal vantagem da classificação de Cumer é ajudar no planejamento da prótese.(Galagali & Mahoorkar, 2010)

1.2.3 Classificação de Kennedy, 1923

Kennedy, em 1925, propôs uma nova classificação de desdentado parcial, que até à data continua a ser a mais utilizada. Esta classificação é puramente topográfica e não leva em conta o número de dentes permanentes ou o tamanho da sela. No entanto, ela baseia-se na relação entre a sela e os dentes. É uma classificação anatômica e académica tanto direcionada para resolver as questões funcionais e estabelecer uma melhor visualização bioprotética do caso a ser tratado. (Pereira *et al.* 2014)

Kennedy divide os desdentados em 4 classes (Carr & Brown, 2011):

Classe I: área desdentada bilateral localizada posteriormente aos dentes naturais

Classe Iriártea desdentada unilateral localizada posteriormente aos dentes naturais

Classe III: área desdentada unilateral com dentes naturais remanescentes tanto posterior como anterior a eles (intercalar)

Classe IV: área desdentada única, mas bilateral (cruzando a linha média), localizada anterior aos dentes naturais remanescentes

1.2.4 Classificação de Bailyn, 1928

Baseada no suporte da prótese (dente, mucosa ou a combinação dos dois).

A: áreas de sela anteriores ao primeiro pré-molar.

P: áreas de sela posteriores ao canino.

Classe I: Os dentes pilares presentes limitam área da sela que representa um espaço menor que três dentes. Sela limitada (não superior a três dentes).

Classe II: sela livre.

Classe III: sela delimitada com ausência de mais de 3 dentes.

Classe A-I: área desdentada anterior ao primeiro pré-molar, entre dois pilares disponíveis menor de três dentes.

Classe A-III: área desdentada anterior ao primeiro pré-molar entre os dois dentes pilares disponíveis, maior do que 3 dentes distantes um do outro.

Classe P-I: Uma área desdentada posterior ao canino com um pilar disponível menor de três dentes.

Classe P-II: desdentado bilateral posterior ao canino com um dente pilar disponível para cada área da prótese suportada.

Classe P-III: espaços desdentados maiores que 3 dentes, posteriores ao canino como dente pilar.

Baylin foi o primeiro a valorizar o suporte da prótese, mas a sua classificação não nos dá uma visualização imediata para o planejamento.(Galagali & Mahoorkar, 2010)

Em 1939 Ferdinand Neurohr introduziu uma classificação baseada no tipo de suporte, em 1941 foi a vez de Mauk introduzir a sua classificação após o estudo de 100 modelos de gesso.(Galagali & Mahoorkar, 2010)

1.2.5 Classificação do Wild, 1949

É uma classificação simples e auto explicativa (Galagali & Mahoorkar, 2010):

Classe I: Interrupção da arcada dentária (delimitada)

Classe II: arco reduzido

Classe III: combinação de 1 e 2

1.2.6 Classificação de Godfrey, 1951,

Baseia-se na localização e a extensão dos espaços desdentados que vão ser substituídos. Na sua classificação não existem subdivisões ou modificações. Friedman, introduziu um sistema de classificação em 1953 baseado essencialmente nas áreas funcionais. (Pereira *et al.* 2014)

1.2.7 Classificação de Beckett, 1953

Dr. S. Leonard Beckett da Universidade de Sydney propôs o seu sistema de classificação em 1953. Baseia-se na distribuição de carga do componente individual das selas da prótese parcial removível. Classifica a base da prótese em dentosuportada, mucosuportada e numa combinação das duas. A sua classificação foi baseada na ideia da classificação de Bailyn. (Pereira *et al.* 2014)

1.2.8 Classificação de Craddock, 1954

Também baseada no suporte divide em 3 classes. (Pereira *et al.* 2014)

1.2.9 Classificação de Austin- Lidge, 1957

Baseada nos dentes ausentes ou espaços edêntulos e na sua posição. Um ano depois, em 1958, Watt afirmou que existem três possíveis métodos de apoio da prótese parcial (totalmente dentosuportada, dentomucosuportada, e totalmente mucosuportada). (Pereira *et al.* 2014)

1.2.10 Classificação de Skinner, 1957

Contemporâneo de Austin e Lidge, construiu um sistema de classificação baseado na relação dos dentes pilares com o rebordo alveolar. A sua classificação baseia-se na relação entre os fatores anatómicos e fisiológicos do maxilar e das arcadas dentárias mandibulares. (Pereira *et al.* 2014)

A qualidade da prótese parcial removível está diretamente relacionado com a qualidade e grau de apoio que obtém dos seus dentes pilares e do rebordo residual, portanto, um sistema de classificação deve ser baseado nestes fatores. Ele advoga que a classificação deve ser baseada no relacionamento dos dentes pilares com rebordo alveolar residual. (Pereira *et al.* 2014)

1.2.11 Classificação de Kennedy-Applegate, 1960

Além das regras que serão descritas no próximo capítulo, em 1960, Applegate adicionou mais dois grupos à classificação de Kennedy. De acordo com Applegate, a classificação é inútil se não for tomada em consideração a capacidade da estrutura de suporte. A decisão sobre o tipo de prótese dentária a realizar deve ser baseada na avaliação das duas arcadas dentárias e nos dentes pilares, no número e localização e se os dentes pilares remanescentes podem suportar as forças: (Applegate & Sc, 1960)

Classe V: Grupo de próteses parciais, com espaço edêntulo delimitado por dentes pilares anteriores e posteriores unilateralmente. O que a distingue da classe III, é a impossibilidade de utilização do dente pilar anterior.

Classe VI: Desdentados limitados por dentes remanescentes anteriormente e posteriormente. No entanto, na classe VI as condições dos dentes pilares permitem a transmissão completa da carga oclusal, por conseguinte, uma prótese unilateral fixa ou removível é possível (espaço edêntulo pequeno, raiz dos dentes pilares favorável e ausência de reabsorção óssea)

1.2.12 Classificação de Swenson, 1963

É um sistema de classificação baseado no sistema de Kennedy, as quatro classes principais representam apenas ligeira modificação do sistema de classificação de Kennedy. (Pereira *et al.* 2014)

Este sistema é baseado no raciocínio lógico em vez da memória. Ele designou a classe II de Kennedy como Classe I de Swenson e a Classe I de Kennedy como Classe II de Swenson. (Pereira *et al.* 2014)

1.2.13 Classificação de Avant, 1966

Em 1960, Avant propôs, uma classificação com base nos requisitos que uma classificação deve satisfazer para obter uma aceitação universal. De acordo com Avant uma classificação deve permitir visualizar o tipo de arcada parcialmente desdentada, diferenciar entre suporte dentário e o suporte mucoso, permitir visualizar o tipo de prótese parcial a ser utilizada e indicar a localização geral dos dentes que vão ser substituídos. No sistema Avant arcada dentária é dividida em três segmentos ou grupos de dentes, duas posteriores e uma anterior.(Avant, 1960)

1.2.14 Classificação de Costa, 1970

Em 1970 Costa, na Universidade da Romênia, desenvolveu aquele a que chamou “a Simplified System”. Este sistema é baseado na descrição dos espaços em vez da classificação. A terminologia consiste em três palavras (anterior, lateral e terminal), a combinação destas três palavras é a chave do sistema. Quando o espaço se localiza no lado direito ou esquerdo é designado por *Left* ou *Rigth*. Quando as arcadas apresentam mais do que um espaço edêntulo, são designadas da mesma forma mas da direita para a esquerda.(Costa, Dentistry, States, & Internationale, 1974)

1.2.15 Classificação de Fiest, 1973

Este sistema de classificação, descreve casos parcialmente desdentados, incluindo casos terminais e apresenta um agrupamento completo de todos os problemas possíveis. Fiest utilizou a classificação de Kennedy-Applegate, e acrescentou mais quatro classes (Pereira *et al.*. 2014):

Classe - VII: Um desdentado no qual todos os dentes remanescentes estão localizados de um lado da arcada (ou da linha média) ou quando apenas um ou dois dentes remanescentes estão localizados no canto da arcada. A linha de fulcro é incompatível com a acção de forças fisiológicas.

Classe -IX: Desdentados em que os requisitos funcionais e estéticos e a magnitude da distância interoclusal indicam a realização de prótese telescópica parcial ou total. Os dentes remanescentes deverão ser capazes de suportar as cargas.

Classe - X: Um desdentado no qual os dentes remanescentes são incapazes de qualquer apoio. Se os dentes forem mantidos a prótese é totalmente mucosuportada.

1.2.16 Classificação ACP (American College of Prosthodontists), 2002

O objectivo deste sistema de classificação é segundo os seus autores fornecer um quadro para a organização de observações clínicas. Existem variáveis clínicas que estabelecem diferentes níveis de edentulismo parcial, e elas são organizadas numa progressão simplificada e sequencial. Esta classificação foi criada para facilitar as decisões a tomar no plano de tratamento. Neste quadro, os níveis de complexidade de diagnóstico e tratamento apresentadas pelos pacientes com diferentes graus de edentulismo parcial vão aumentando. Isto pode sugerir pontos de viragem, pois alertam para o encaminhamento para especialistas na área. A estruturação é feita de modo a reconhecer opções para planos de tratamento e diagnóstico e por outro lado também poderá ser útil num ambiente educacional, para as triagens dos doentes. (McGarry *et al.*, 2002)

Este sistema de classificação tem como intenção:

- Melhorar a consistência intraoperador,
- Melhorar a comunicação profissional,
- Proporcionar um reembolso das seguradoras associado à complexidade do caso,
- Um método objetivo para triagem de pacientes na educação dentária,
- Critérios de avaliação padronizados para resultados das pesquisas,
- Reforço da coerência diagnóstico,

- Ajudar de uma forma organizada e simplificado no processo de tomada de decisão relativamente ao referenciamento,

A ACP categoriza os critérios de diagnóstico relevantes em:

1. Localização e extensão da área desdentada(s)
 - a) Área desdentada ideal ou minimamente comprometida,
 - b) Área desdentada moderadamente comprometida,
 - c) Área desdentada substancialmente comprometida,
2. Condição de pilares (critérios a, b e c idênticos)
3. Oclusão (critérios a, b e c idênticos)

	<i>Class I</i>	<i>Class II</i>	<i>Class III</i>	<i>Class IV</i>
Location & Extent of Edentulous Areas				
Ideal or minimally compromised—single arch				
Moderately compromised—both arches				
Substantially compromised—>3 teeth				
Severely compromised—guarded prognosis				
Congenital or acquired maxillofacial defect				
Abutment Condition				
Ideal or minimally compromised				
Moderately compromised—1-2 sextants				
Substantially compromised—3 sextants				
Severely compromised—4 or more sextants				
Occlusion				
Ideal or minimally compromised				
Moderately compromised—local adjunctive tx				
Substantially compromised—occlusal scheme				
Severely compromised—change in OVD				
Residual Ridge				
Class I Edentulous				
Class II Edentulous				
Class III Edentulous				
Class IV Edentulous				
Conditions Creating a Guarded Prognosis				
Severe oral manifestations of systemic disease				
Maxillomandibular dyskinesia and/or ataxia				
Refractory patient				

NOTE. Individual diagnostic criteria are evaluated and the appropriate box is checked. The most advanced finding determines the final classification.

Guidelines for use of the worksheet

1. Any single criterion of a more complex class places the patient into the more complex class.
2. Consideration of future treatment procedures must not influence the diagnostic level.
3. Initial preprosthetic treatment and/or adjunctive therapy can change the initial classification level.
4. If there is an esthetic concern/challenge, the classification is increased in complexity by one level in Class I and II patients.
5. In the presence of TMD symptoms, the classification is increased in complexity by one or more levels in Class I and II patients.
6. In the situation where the patient presents with an edentulous mandible opposing a partially edentulous or dentate maxilla, classification IV.

1.2.17 Classificação ICK (Implant corrected Kennedy), 2007

Al-Johany & Andres, 2008, criaram uma classificação para definir as arcadas parcialmente edêntulas corrigidas com implantes. O novo sistema de classificação segue o método Kennedy com as seguintes directrizes:

- 1) Se o espaço desdentado for reabilitado com uma prótese fixa implanto suportada não será incluído na classificação.
- 2) Para evitar confusão, o arco superior é desenhado como meio círculo voltado para cima e o arco mandibular como meio círculo virado para baixo. O desenho aparece como se estivesse olhando diretamente para o paciente; os quadrantes direita e esquerda serão invertidos.
- 3) A classificação começa sempre com a frase "Implant-Corrected Kennedy (class)", seguido pela descrição da classificação. Pode ser abreviado como segue:
 - i. ICK I, para situações Classe I Kennedy,
 - ii. ICK II, para situações de Classe II Kennedy,
 - iii. ICK III, para situações Classe III Kennedy, e
 - iv. ICK IV, para situações de classe IV Kennedy.
- 4) A abreviatura "max" para maxilar e "man" para mandibular pode preceder a classificação. A modificação pode ser abreviada como "mod".
- 5) Algarismos romanos serão utilizados para a classificação, e algarismos árabes para o número de espaços a modificação e de implantes .
- 6) É utilizado o sistema American Dental Association (ADA) e é usado para indicar o número e a posição exacta do implante na arcada
- 7) A classificação de qualquer situação será de acordo com a seguinte ordem: Primeira a classificação principal, depois o número de espaços da modificação, seguido do número de implantes em parênteses de acordo com a sua posição na arcada, precedida pelo número e sinal de (#)

- 8) A classificação pode ser usado tanto após a colocação do implante para descrever qualquer situação de PPR com implantes, ou previamente à colocação do implante para indicar o número e posição dos implantes futuros.

1.2.18 Classificação de Kennedy-Applegate

Actualmente, a classificação proposta por Kennedy em 1927 é a mais utilizada e aceite pela comunidade académica e clínica devido à simplicidade da sua aplicação por alunos e profissionais. Trata-se de uma classificação didáctica, anatómica e de certo modo preocupada com a problemática da resolução bioprotética e funcional dos casos a serem tratados.(Galagali & Mahoorkar, 2010)

Esta classificação no entanto não considera as condições dos dentes pilares e das restantes estruturas de suporte remanescentes, assim como não permite a distinção entre espaços modificadores que ocorrem no segmento anterior e posterior.

As principais vantagens da classificação de Kennedy são: (Applegate & Sc, 1960)

- Visualização imediata das arcadas parcialmente desdentadas,
- Abordagem lógica ao desenho da prótese
- Diferenciar os tipos de selas, livre e intercalada

Segundo Fiset (1973), a classificação de Kennedy, além de ser a que apresenta a maior objectividade para o ensino e aprendizagem dos princípios que promovem a integração bioprotética da prótese removível, é a que oferece melhores condições para propor a mentalização de conjecturas de planeamento para os diferentes tipos de pacientes parcialmente edentulos.(De Fiori, 1989)

Galagali & Mahoorkar (2010) descreve que Kennedy ao construir esta classificação classificou as arcadas desdentadas em quatro categorias, consoante a sua frequência numa ordem descendente, à data da classificação.

- Classe I: Áreas desdentadas bilaterais localizadas posteriormente aos dentes remanescentes naturais
- Classe II: Áreas desdentadas unilaterais localizadas posteriormente aos dentes remanescentes naturais
- Classe III: Áreas desdentadas unilaterais rodeadas por dentes remanescentes naturais

Classe IV: Áreas desdentadas localizadas na zona anterior, rodeada por dentes naturais, cruzando a linha média.

1.3 Frequência dos desdentados

Na literatura podemos encontrar vários estudos sobre a frequência dos desdentados.(Abdel-rahman *et al.*, 2013; Abdulhadi & Mohammed, 2013; Azad *et al.*, 2015; Curtis, Wagnild, & Finzen, 1992; de Souza *et al.*, 2015; Ehikhamenor, Oboro, Onuora, Umanah, & Chukwumah, 2010; Khalil, Hussain, Iqbal, & Ali, 2013; Moreira Carneiro *et al.*, 2013; Niarchou, Ntala, Karamanoli, Polyzois, & Frangou, 2011; Nuray Çapa, Pinar Kursoğlu, 2009; Obrez, Lee, Organ-Boshes, Yuan, & Knight, 2009; Pellizzer *et al.*, 2012; Pun, Waliszewski, Waliszewski, & Berzins, 2011a; Sapkota, Adhikari, & Upadhaya, 2013; Vanzeveren, D'Hoore, Bercy, & Leloup, 2003; Vanzeveren *et al.*, 2003; Zavanelli, 2007). Estes estudos revelam a realidade em vários tipos de países

Em 2003, Vanzeveren *et al.* avaliaram quais tinham sido as próteses parciais removíveis planejadas e colocadas em doentes no departamento de Prostodontia da Universidade Católica de Louvain, na Bélgica, chamaram doentes reabilitados entre os anos de 1983 e 1994 e foram avaliados 254 doentes. Nesta amostra, encontraram uma maior prevalência do sexo feminino, a classe I foi a mais frequente na mandíbula e a classe II na maxila.(Vanzeveren *et al.*, 2003)

Zavanelli *et al.* (2007) estudaram a frequência dos desdentados parciais que frequentaram a clínica da faculdade de Medicina Dentária UFG, Brasil durante um período de 10 anos, e analisaram 1684 doentes, a maior prevalência foi também o género feminino, e o edentulismo foi mais frequente na mandíbula sendo a classe III de Kennedy a mais frequente enquanto que a IV a que registou a menor frequência.(Zavanelli, 2007)

Judy (2009), estudou uma amostra seleccionada de 362 doentes (156 homens e 206 mulheres) na faculdade de Bagdad por um período de 6 meses. A idade média dos doentes era de 48 anos (26-67). Do total 171 apresentavam os dois maxilares desdentados enquanto 186 apresentavam apenas um, a mandíbula ou o maxilar. A classe de Kennedy mais frequentemente encontrada foi a classe II e a classe menos frequente foi a IV. No entanto, a Classe I era mais frequente na mandíbula e a classe II na maxila.(Judy, 2009)

Neste mesmo ano, na Turquia, Çapa *et al.* (2009), concluíram que na sua amostra, o edentulismo parcial é mais comum nas mulheres, a classe I de Kennedy a mais frequente, e novamente a classe IV a mais rara em ambas as arcadas.(Nuray Çapa, Pinar Kursoğlu, 2009)

Ehikhamenore *et al.* (2010), no Benin, Nigéria encontrou um grupo etário mais jovem que em outros estudos, 21-40 anos em que o grupo dos 61-80 representava apenas 9,8% da população. Aqui curiosamente a classe III de Kennedy foi a predominante, mas logo seguida da classe IV e só 0,9% dos doentes apresentavam classes I e II de Kennedy.(Ehikhamenor *et al.*, 2010)

Num estudo publicado em 2011, de um estudo realizado na Universidade de Atenas, Grécia, Niarchou *et al.* (2011) registou idades compreendidas entre 42 e 81 anos, e que na sua maioria eram homens. A maioria das PPR confeccionadas foram confeccionadas para a arcada inferior (61%) enquanto que somente 39% foram para a arcada superior.(Niarchou *et al.*, 2011)

Pellizzer *et al.* (2012) avaliaram a frequência das PPR na faculdade de Acacatuba, no Brasil, a idade média encontrada foi de 52.4 anos nas mulheres e de 53.8 nos homens. Foram realizadas no total 556 próteses parciais, das quais 233 (41.9%) eram maxilares e 323 (58.09%) mandibulares, sendo a classe III na maxila e a classe I na mandíbula.(Pellizzer *et al.*, 2012)

No Paquistão, Khalil *et al.* (2013) observou um edentulismo combinado dos dois maxilares com a maior frequência (52.17%). Na mandíbula 26.96% dos doentes e na maxila 20.87%. Este autor é um dos poucos a apresentar a classe IV como a mais comum quando apenas se tratavam de desdentados duma só arcada.(Khalil *et al.*, 2013)

Sapkota *et al.* (2013), num estudo realizado no Kathmandu University Hospital no Nepal, definiram como meta, identificar a frequência da classificação de Kennedy entre os seus pacientes, mas também comparar a prevalência intergénero, entre mandíbula e maxila e também fazer uma comparação entre a população empregada e desempregada. Encontraram mais desdentados dentro do grupo dos desempregados, que o autor explica dever-se a um baixo nível educacional, este autor afirma ainda que o facto de a maior percentagem dos doentes que reabilitados serem mulheres se devia ao

facto destas serem mais conscienciosas com a sua saúde e com a aparência.(Sapkota *et al.*, 2013)

Um dos estudos com maior amostra foi o realizado por Abdulhadi e Mohammed (2013), dele constavam 3308 doentes com diferentes etnicidades (Malaio, Indianos, Chineses e outras) o grupo dos indivíduos Chineses foi o mais reabilitado. Neste estudo verificaram que 56.9% das próteses foram realizadas em resina Acrílica e as restantes (43.1%) em Cr-CO.(Abdulhadi & Mohammed, 2013) Também Abdel-Rahman *et al.* (2013) verificou que a maioria das próteses foram Acrílicas (91.49%) justificando isto com o facto de o custo das próteses em Cr-Co ou o desconhecimento sobre a existência deste tipo de próteses.(Abdel-rahman *et al.*, 2013)

O único estudo de caracterização dos desdentados na população Portuguesa encontrado foi realizado por Moreira Carneiro *et al.* (2013) na Faculdade de Medicina do Porto, neste estudo, foram analisados os registos electrónicos dos doentes que frequentaram a Unidade Curricular de Prótese Removível IV nos anos lectivos 2010/2011 e 2011/2012, foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão, número de dentes perdidos, classificação dos dentes perdidos, classificação da desdentados e tipo de prótese efetuada para a maxila e para a mandíbula. Analisaram 396 registos, dos quais 58.6% eram do sexo feminino e 41.4% pertenciam ao sexo masculino, resultando numa maior frequência de registos observados do sexo feminino. A média de idades rondou os 60 anos. Os dentes maioritariamente ausentes encontrados foram os terceiros molares, seguidos dos primeiros molares e os menos perdidos os caninos inferiores. A classe de Kennedy mais frequente na maxila foi a classe III (39,6%) e na mandíbula a classe I (35,1%). A classe IV foi a menos frequente em ambos os maxilares. Nos homens encontraram uma maior frequência da Classe I enquanto as classes II, III e IV são mais frequentes nas mulheres. Concluíram que a perda dentária é principalmente posterior. Encontraram também uma maior predominância das reabilitações com prótese removível Acrílica tanto na mandíbula como na maxila.(Moreira Carneiro *et al.*, 2013)

De Souza *et al.* (2015), estudou o número e a classificação de Kennedy das arcadas parcialmente desdentadas em pacientes tratados com PPRs “Clinics of the Fluminense Federal University School of Dentistry (FO-UFF)”no Rio de Janeiro, Brasil, de 2005 a 2010. Para este trabalho, analisaram as fichas clínicas dos doentes e

identificaram, género, idade, número e localização das arcadas edêntulas e classe de Kennedy. Foram analisados 146 doentes com idades compreendidas entre os 21 e os 81 anos, 68.8% mulheres e 34.2% homens num total de 292 arcadas. Destas apenas 200 eram parcialmente desdentadas. As mandíbulas apresentavam-se ligeiramente mais desdentadas que os maxilares ((53.2%) mandíbula edêntulas e (46.8%) maxilares). A classe I Kennedy foi a mais frequente na arcada mandibular enquanto a classe III maxilar foi mais frequente. O grupo etário dos doentes com compreendidos entre 51 e 60 anos apresentavam a maior percentagem da arcadas edêntulas(33.6%).(de Souza *et al.*, 2015)

De novo no departamento de Prostodontia do Instituto das forças armadas (AFID) do Paquistão, foi avaliado o edentulismo dos militares. Azad *et al.* em 2015, estudaram 534 doentes parcialmente desdentados com idades compreendidas entre 35-65 anos, Janeiro a Julho de 2013. A idade média dos doentes encontrava-se nos 50.51 anos e 46% dos doentes eram do sexo feminino enquanto 53.4% dos doentes eram do sexo masculino. Desta vez, em vez de avaliarem a classe de Kennedy, os autores avaliaram o “Prosthodontic Diagnostic Index (PDI) postulado pelo the American College of Prosthodontists (ACP). Encontraram 17.2% de doentes classe I PDI, 39% classe II PDI, 27% doentes Classe III PDI e 15.7% doentes classe IV PDI.(Azad *et al.*, 2015)

Alguns autores fizeram pesquisas sobre este tema com uma metodologia diferente, as pesquisas foram realizadas em laboratórios.

Curtis (1992), recolheu num laboratório, 400 folhas de prescrição de PPRs durante 20 dias de trabalho consecutivos. Destas só 327 estavam totalmente preenchidas e foram incluídas no estudo. Analisou a classe de Kennedy e o componentes das PPRs. Dos 327 esqueletos, 122 eram maxilares e 205 mandibulares. Encontrou uma frequência superior de classes II na maxila e de classe I na mandíbula.(Curtis *et al.*, 1992)

Pun (2011) realizou uma pesquisa diferente. Fotografou 1502 modelos em 5 laboratórios dentários do Milwaukee. Constatou que dentro da população estudada, a Classe I é a classe de Kennedy mais frequente mas quando avaliamos as arcadas, a classe I mantém-se mais frequente na mandíbula, enquanto que na maxila encontrou uma maior frequência de Classes III.(Pun *et al.*, 2011a)

1.4 Tipos de Reabilitação

1.4.1 Próteses parciais Removíveis, conceito e terminologia

O Glossário de termos Prostodônticos define como prótese parcial “uma prótese dentária removível ou uma prótese dentária fixa que restaura um ou mais, mas não todos os dentes e/ou de estruturas associadas a estes, e pode estar apoiada em parte ou no todo por dentes naturais, implantes ou coroas dentárias. Uma prótese parcial pode ser ainda ser definida como uma prótese dentária fixa ou removível, com base na possibilidade do paciente a remover ou não.(Gopt-8, 2005)

1.5 História clínica

A recolha de dados clínicos e de exames complementares é essencial para se poder efectuar um plano de tratamento correcto, pois só deste modo podemos ir ao encontro do que será o melhor tratamento para o nosso doente.

Vários modelos têm sido propostos e hoje em dia os recursos tecnológicos facilitam-nos não só a recolha de dados, mas também o seu tratamento.

Segundo Pessian (2004), a manutenção de registos clínicos precisos de rotina é necessária para assegurar o desenvolvimento do plano de tratamento. Também é essencial por razões medico-legais. As escolas de Medicina Dentária, têm um papel fundamental no desenvolvimento das competências dos futuros profissionais na recolha de dados clínicos.(Pessian & Beckett, 2004) Para este propósito foi desenvolvida uma História clínica electrónica.

A História Clínica Electrónica " é definida pelo Patient Record Institute como " um repositório de informações do paciente por uma empresa de cuidados de saúde que é suportado pela entrada no computador digital e integrado com outras fontes de informação . " A revolução da tecnologia da informação , juntamente com a utilização diária de computadores na clínica de Medicina Dentária criou novas exigências nos registos electrónicos de pacientes . Os benefícios, em especial para as grandes instituições clínicas, são óbvias: melhor controlo de Registro, armazenamento de documentos e melhoria do seu acesso , melhor informação para gestão clínica e excelentes dados para avaliação do cuidado geral do paciente.(Atkinson, Zeller, & Shah, 2002)

Em anexo encontra-se modelo da História Clínica electrónica.

2 Objectivos

Tendo como objectivo determinar a prevalência dos desdentados parciais segundo a classificação de Kennedy que procuraram tratamento na Clínica Medicina Dentária Egas Moniz, durante o período entre Setembro de 2014 e Junho de 2015, e aos quais foi proposto e realizado uma prótese parcial removível, propomo-nos, recolher os dados que foram introduzidos na História Clínica para diagnóstico clínico e planeamento do tratamento assim como os tratamentos realizados.

O propósito deste estudo é numa fase inicial, caracterizar os desdentados parciais que se dirigem à Clínica Universitária Egas Moniz, e em segundo lugar avaliar qual foi a Reabilitação proposta, realizada e se são coincidentes. Quando estas não são coincidentes, identificar as causas para as suas alterações.

Os objetivos deste trabalho são:

- Avaliar qual foi a prevalência dos desdentados parciais que recorreram à consulta segundo a Classificação de Kennedy
- Avaliar qual foi o tipo de reabilitação proposta
- Avaliar qual foi a Reabilitação realizada
- Comparar se a proposta de reabilitação oral proposta e a realizada foram coincidentes

Hipótese nula:

- A. Não existe uma classe de Kennedy mais prevalente nos doentes desdentados
- B. O tipo de reabilitação protética proposta não coincide com a realizada

Hipóteses

- 1) A classe de Kennedy mais frequente é a classe III
- 2) A classe de Kennedy menos frequente é a classe IV
- 3) Os homens apresentam com mais frequência a classe I de Kennedy
- 4) As mulheres apresentam com mais frequência a classe III de Kennedy
- 5) As próteses Acrílicas apresentam maior número de dentes protéticos
- 6) O tipo de Reabilitação protética proposta é a realizada

3 Materiais e métodos

3.1 Tipologia do estudo

Este estudo é do tipo Transversal em que se pretendeu descrever as características de uma amostra populacional, calcular a Taxa de Prevalência, examinar e associar variáveis, usando Razão de Prevalência.

Pretendeu-se então determinar a prevalência dos desdentados parciais segundo a Classificação de Kennedy de doentes que procuraram tratamento na Clínica Universitária Egas Moniz, assim como avaliar se a reabilitação oral proposta coincidiu com a realizada.

3.2 Considerações Ético-Legais

O presente estudo foi submetido e aprovado pelas seguintes entidades responsáveis, Comissão Científica do MIMD, Direcção Clínica da Clínica de Medicina Dentária Egas Moniz e Comissão de Ética do ISCSEM

Como se trata de um estudo no qual são recolhidos dados constantes dos processos dos doentes, e todos os doentes que ocorrem à consulta de Medicina Dentária da Clínica de Medicina Dentária Egas Moniz assinam um consentimento para a consulta e utilização dos dados constantes nos processos, não houve necessidade de outro tipo de procedimento ético-legal.

3.3 Caracterização da Amostra

Para a realização deste estudo foram seleccionados os processos entre os meses de Setembro de 2014 e Junho de 2015 de todos os doentes que frequentaram as consultas da Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II as quais são, pertencentes ao Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Dos 240 processos analisados apenas os que já apresentavam o novo modelo de História Clínica e respectivas Ortopantomografias foram seleccionados 73, em seguida procedeu-se à recolha dos dados constantes nos processos

3.4 Critérios de inclusão

- ➊ Doentes desdentados parciais reabilitados com Protese Parcial Removível
- ➋ Doentes com História Clínica totalmente preenchida
- ➌ Doentes com Ortopantomografia realizada há menos de um ano da data da reabilitação oral
- ➍ Doentes com a Reabilitação oral concluída

3.5 Critérios de exclusão

- ➊ Doentes totalmente dentados
- ➋ Doentes desdentados totais
- ➌ Doentes reabilitados com prótese fixa ou implanto suportada
- ➍ Doentes com ausência de apenas os terceiros molares
- ➎ Dados incorrectamente preenchidos na história Clínica
- ➏ Ausência de ortopantomografia no processo com mais de um ano

3.6 Dimensão da amostra:

Foram assim avaliados 73 processos que corresponderam a 95 próteses parciais removíveis confeccionadas

3.7 Variáveis do estudo

Relativamente aos dados recolhidos e de forma a poderem ser posteriormente analisados foram consideradas as seguintes variáveis:

- Idade

- Sexo
- Classificação de Kennedy para a maxila
- Classificação de Kennedy para a mandíbula
- Tipo de reabilitação proposta (maxila e mandíbula)
- Tipo de reabilitação realizada (maxila e mandíbula)

De modo agrupar os doentes por faixas etárias criaram-se 3 grupos etários:

- Grupo 1 - Jovens adultos com menores que 35 anos (≤ 35)
- Grupo 2 - Adultos entre 35 e 65 anos ($35 < x \leq 65$)
- Grupo 3 - Idosos, maiores que 65 anos (> 65)

3.8 Análise de dados

Os dados recolhidos foram registados no programa IBM SPSS Statistics for MAC, Version 20.0. (Armonk, NY, USA).. Foi efectuada uma análise estatística descritiva dos dados através de tabelas cruzadas das variáveis.

4 Resultados e Discussão

4.1 Resultados

Neste estudo foram recolhidos e avaliados 240 processos de doentes que compareceram na consulta de Clínica de Reabilitação Oral I e II, entre os meses de Setembro de 2014 e Junho de 2015, e aos quais foram recolhidos dados de forma a preencher uma história Clínica de Reabilitação Oral. A partir dos dados consultados e seguindo os critérios de inclusão e exclusão obtivemos um grupo de estudo.

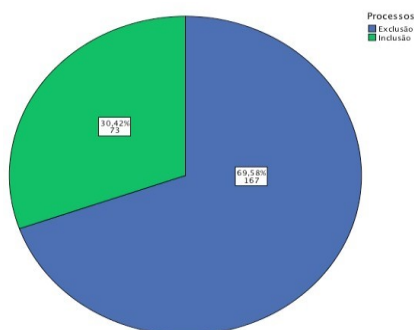


Gráfico 1 - Amostra inicial e grupo de estudo

4.1.1 Caracterização da amostra quanto à faixa etária e ao género

Depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 73 processos de doentes para os quais foram planeadas 95 próteses (gráfico 1).

Neste estudo realizou-se uma caracterização da amostra pelas variáveis idade e sexo.

A idade dos doentes incluídos no estudo foi compreendida entre os 30 e os 88 anos, sendo que as mulheres tinham entre 30 e 81 anos e os homens entre 42 e 88 anos.

A média das idades foi então de 58,76 anos (tabela 1).

Os indivíduos do sexo feminino são no global mais novas, com uma média de idades de 57,58 anos, já que no sexo masculino, a média se situou nos 61,30 anos (tabela 2).

De forma a podermos ter uma caracterização por grupo etário neste estudo considerou-se uma divisão em três grupos etários ; indivíduos com idades inferiores a 35 anos, indivíduos com idades entre os 35 e os 65 anos e indivíduos com idades superiores a 65 anos.

Tabela 1 - Análise descritiva; quanto à idade

Idade	Estatística
Média	58,7579
Desvio padrão	13,50549
Mínimo	30,00
Máximo	88,00

Tabela 2 - Análise descritiva; quanto à idade e género

Sexo	Estatística
Feminino	Média 57,5846
	Desvio padrão 13,99876
	Mínimo 30,00
	Máximo 81,00
Masculino	Média 61,3000
	Desvio padrão 12,20557
	Mínimo 42,00
	Máximo 88,00

4.1.2 Caracterização da amostra quanto à Classe de Kennedy

A classe III de Kennedy é a classe encontrada com maior prevalência (43,2%) dentro da amostra e a classe IV apresenta uma menor prevalência de desdentados (cerca de 3%)(tabela 3)

Quando analisamos a prevalência de uma arcada sobre a outra, constatamos que temos mais desdentados mandibulares (52,6%) do que maxilares (tabela 3).

Quando relacionamos as arcadas dentárias com a classificação de Kennedy, em ambos os maxilares encontramos uma predominância de desdentados classe III, seguidos de classe II, classe I sendo a classe IV a encontrada com menor prevalência (tabela 3, última coluna).

No entanto, na mandíbula os desdentados posteriores com selas livres (classes I (30%)+ II (32%)) são mais frequentes do que na maxila (classes I (15%)+ II (5%)) (tabela 3).

Só encontramos desdentados classe IV na maxila (tabela 3).

Tabela 3 - Análise descritiva da relação entre classes de Kennedy/maxilar

			Arcada		
			Maxilar	Mandibular	Total
Classe de Kennedy	I	n	5	15	20
		%	11,1	30,0	21,1
	II	n	15	16	31
		%	33,3	32,0	32,6
	III	n	22	19	41
		%	48,9	38,0	43,2
	IV	n	3		3
		%	6,7		3,2
Total	n	45	50	95	
	%	47,4	52,6	100,0	

Dos dados apresentados na tabela constatamos que os doentes do género feminino são o grupo mais prevalente (68%). Analisando a classe de Kennedy por sexo, podemos constatar que a classe II é a mais frequente no sexo feminino (38,5%) e a classe III no masculino (56,7%), sendo que a mais comum no em ambos os géneros é a classe III, com 43,2%. Previsivelmente, a mais rara é a classe IV em ambos os sexos (tabela 4).

Tabela 4 - Análise Descritiva da relação entre Classe de Kennedy/Sexo.

			Sexo		
			Feminino	Masculino	Total
Classe de Kennedy	I	n	15	5	20
		%	23,1	16,7	21,1
	II	n	25	6	31
		%	38,5	20,0	32,6
	III	n	24	17	41
		%	36,9	56,7	43,2
	IV	n	1	2	3
		%	1,5	6,7	3,2
Total	n	65	30	95	
	%	68,4	31,6	100,0	

Tabela 5 -Análise Descritiva; da relação entre Classe de Kennedy/Sexo por tipo de maxilar

			Arcada			
			Maxilar		Mandibular	
			Sexo		Sexo	
			Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Classe de Kennedy	I	n	4	1	11	4
		%	12,9	7,1	32,4	25,0
	II	n	13	2	12	4
		%	41,9	14,3	35,3	25,0
	III	n	13	9	11	8
		%	41,9	64,3	32,4	50,0
	IV	n	1	2		
		%	3,2	14,3		

Quando analisamos a frequência dos desdentados em cada um dos maxilares (tabela 5), verificamos que no maxilar há uma maior prevalência de Classes II e III no sexo feminino com 41,9% em ambos, e de Classes III no sexo masculino com 64,3% (n=9). Na mandíbula a maior prevalência no sexo feminino acontece na Classe II com 35,3% (n=12) e no sexo masculino a classe III com 50% (n=8). Embora ao nível da mandíbula, no sexo feminino, existir maior prevalência de Classes II, tanto a Classe I como a III apresentaram uma prevalência quase semelhante com 32,4% (n=11).

Tabela 6 - Análise Descritiva; da relação entre Classe de Kennedy/faixa etária

			Classe de Kennedy				Total
			I	II	III	IV	
Idade	inferior a 35 anos	n	1	4	1		6
		%	16,7	66,7	16,7		6,3
	entre 35 e 65 anos	n	12	15	27	2	56
		%	21,4	26,8	48,2	3,6	58,9
	superior a 65 anos	n	7	12	13	1	33
		%	21,2	36,4	39,4	3,0	34,7
	Total	n	20	31	41	3	95
		%	21,1	32,6	43,2	3,2	100,0

Relacionando as diferentes classes de Kennedy com a faixa etária, a maioria das reabilitações planeadas na clínica de Reabilitação Oral encontram-se na faixa etária entre 35 e os 65 anos (58.9%). Neste grupo, a classe III continua a ser a mais prevalente com 48,2% (n=27) . No grupo pertencente à faixa etária maiores que 65 anos, a classificação já se distribui de forma quase equivalente entre as classes II e III, com 36,4% (n=12) e 39,4% (n=13) respectivamente. No grupo da faixa etária inferior a 35 anos, encontramos uma maior prevalência de Classes II, representando 66,7% dos casos (n=4) em 6,3% das próteses planeadas. Este foi o grupo com menor afluência à nossa clínica (Tabela 6).

4.1.3 Caracterização da amostra quanto à Classe de Kennedy

Quando observamos os planeamentos realizados, foram planeadas mais próteses em Cr-Co na mandíbula com 55,1% (n=27) do que na maxila 44,9% (n=22), enquanto que as próteses Acrílicas foram planeadas em igual número na maxila e mandíbula.

Independentemente do material utilizado para a confecção da PPR a arcada mandibular é a arcada com maior número de planeamentos (n=50) (tabela 8).

Tabela 7- Análise Descritiva; Planeamento da Prótese por maxilar

			Arcada	
			Maxilar	Mandibular
Tratamento planeado	PPR CrCo	n	22	27
		%	44,9%	55,1%
	PPR Acrilica	n	23	23
		%	50,0%	50,0%

Comparando o tratamento planeado versus o tratamento realizado verificou-se que 90% dos tratamentos planeados foram realizados. (tabela 8)

Tabela 8 - Análise Descritiva; Planeamento da Prótese versus Prótese realizada.

			Tratamento efectuado		Total
			Não	Sim	
Tratamento planeado	PPR CrCo	n	1	48	49
		%	2,0	98,0	51,6
	PPR Acrilica	n	8	38	46
		%	17,4	82,6	48,4
Total		n	9	86	95
		%	9,5	90,5	100,0

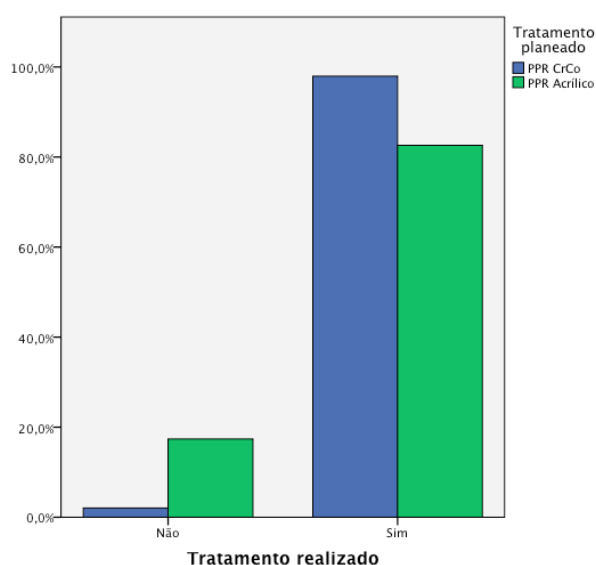


Gráfico 2 - Planeamento da Prótese versus Prótese realizada

4.1.4 Caracterização da amostra quanto ao tipo de Prótese proposta versus realizada por maxilar

Quanto ao número de próteses realizadas em cada classe de Kennedy, tanto no maxilar como na mandíbula encontramos uma predominância de próteses realizadas em desdentados classe III de Kennedy (41,9%).

As próteses colocadas nos desdentados classe IV pertenciam todas ao maxilar.

Os desdentados classe I reabilitados são na sua maioria mandibulares (73.7%)

Os desdentados classe II, III reabilitados são majoritariamente maxilares (53,6 e 52,8%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise descritiva; Caracterização quanto ao tratamento planejado versus realizado por Maxilar

			Classe de Kennedy				Total
			I	II	III	IV	
Arcada	Maxilar	n	5	15	19	3	42
		% Prótese	11,9	35,7	45,2	7,1	100,0
		% Classe de Kennedy	26,3	53,6	52,8	100,0	48,8
	Mandibular	n	14	13	17		44
		% Prótese	31,8	29,5	38,6		100,0
		% Classe de Kennedy	73,7	46,4	47,2		51,2
	Total	n	19	28	36	3	86
		% Prótese	22,1	32,6	41,9	3,5	100,0
		% Classe de Kennedy	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.1.5 Caracterização da amostra quanto à distribuição do tipo de Prótese por classe de Kennedy

Quanto ao número de próteses realizadas em cada classe de Kennedy, tanto no maxilar como na mandíbula encontramos uma predominância de próteses realizadas em desdentados classe III de Kennedy (41,9%).

As próteses colocadas nos desdentados classe IV pertenciam todas ao maxilar.

Os desdentados classe I reabilitados são na sua maioria mandibulares (73.7%)

Os desdentados classe II, III reabilitados são maioritariamente maxilares (53,6 e 52,8%).(tabela 10)

Tabela 10 - Análise descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy

			Classe de Kennedy				Total
			I	II	III	IV	
Arcada	Maxilar	n	5	15	19	3	42
		% Prótese	11,9	35,7	45,2	7,1	100,0
		% Classe de Kennedy	26,3	53,6	52,8	100,0	48,8
	Mandibular	n	14	13	17		44
		% Prótese	31,8	29,5	38,6		100,0
		% Classe de Kennedy	73,7	46,4	47,2		51,2
Total	n		19	28	36	3	86
	% Prótese		22,1	32,6	41,9	3,5	100,0
	% Classe de Kennedy		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.1.6 Caracterização da amostra quanto à Classe de Kennedy

Quando analisamos o tratamento efectuado por grupos etários, encontramos uma maior prevalência de PPRs em Cr-Co, na mandíbula no grupo etário entre os 35 e os 65 anos e uma menor prevalência no grupo etário inferior a 35 anos. Quanto às PPRs Acrílicas, encontramos uma maior prevalência no grupo etário entre os 35 e os 65 anos na maxila, e a menor prevalência encontrada foi no grupo etário inferior a 35 anos na mandíbula.

No grupo superior a 65 anos, o número de próteses em Cr-Co foi idêntico em ambos os maxilares, e realizámos mais próteses Acrílicas na mandíbula. (Tabela 11)

Tabela 11 - Análise Descritiva; Caracterização quanto ao tipo de Prótese por faixa etária

		Tratamento efectuado							
		PPR CrCo				PPR Acrílica			
		Arcada				Arcada			
		Maxilar		Mandibular		Maxilar		Mandibular	
	Idade	n	%	n	%	n	%	n	%
	inferior a 35 anos	1	4,5	1	3,8	2	10,0	1	5,6
	entre 35 e 65 anos	14	63,6	18	69,2	11	55,0	8	44,4
	superior a 65 anos	7	31,8	7	26,9	7	35,0	9	50,0

4.1.7 Caracterização da amostra quanto à distribuição do tipo de Prótese por Género

O tipo de Prótese mais efectuada por género foi nas mulheres, Prótese Cr-Co na mandíbula 55,9% e Próteses Acrílicas na maxila 56%.

Nos homens a frequência foi igual para as Próteses Cr-Co (50%) e superior na mandibular de Acrílicas.(tabela 12)

Tabela 12 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese Por Género

		Tratamento efectuado							
		PPR CrCo				PPR Acrílica			
		Arcada				Arcada			
		Maxilar		Mandibular		Maxilar		Mandibular	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	15	44,1	19	55,9	14	56,0	11	44,0
	Masculino	7	50,0	7	50,0	6	46,2	7	53,8

Se analisarmos o tratamento efectuado nas respectivas classes de Kennedy, podemos constatar que o maior número de Próteses em Cr-Co foram na Classe III de Kennedy, independentemente da arcada e o menor número foi na Classes I maxilar.

Quanto às Próteses Acrílicas foram na Classe I na mandíbula e o menor número classe I maxila. (tabela 13)

Tabela 13 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy

		Tratamento efectuado							
		PPR CrCo				PPR Acrílica			
		Arcada				Arcada			
		Maxilar		Mandibular		Maxilar		Mandibular	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Classe de Kennedy	I	3	37,5	5	62,5	2	18,2	9	81,8
	II	7	50,0	7	50,0	8	57,1	6	42,9
	III	12	46,2	14	53,8	7	70,0	3	30,0
	IV					3	100,0		

O maior número de próteses foi realizado em mulheres (68,6%) independentemente do tipo de classificação de Kennedy com excepção da classe IV como pode ser observado na (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy por Género

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Classe de Kennedy	I	n	14	5	19
		%	73,7	26,3	22,1
	II	n	23	5	28
		%	82,1	17,9	32,6
	III	n	21	15	36
		%	58,3	41,7	41,9
	IV	n	1	2	3
		%	33,3	66,7	3,5
	Total	n	59	27	86
		%	68,6	31,4	100,0

Quando analisamos o tratamento efectuado, o número de próteses em Cr-Co foi superior na faixa etária compreendida entre os 35-65 (n=32) anos enquanto que na faixa etária superior a 65 anos o tratamento preferencial foi prótese parcial Acrílica (n=16).

Analisando o tratamento efectuado por grupo etário, na faixa etária entre 35-65 anos, a maioria das reabilitações em Cr-Co, foram realizadas na Classe III de Kennedy (59%), tal como no grupo maior de 65 anos (50%).

Enquanto que as reabilitações com prótese Acrílica foram superiores na Classe II (42%) no grupo 35-65 anos e na Classe I (37.5%) no grupo > 65 anos. Curiosamente, a classe IV foi sempre reabilitada com próteses parciais Acrílicas, independentemente da faixa etária) (tabela 15)

Tabela 15 - Análise Descritiva; Tipo de Prótese por Classe de Kennedy e faixa etária

Idade				Tratamento efectuado		T _i			
				PPR CrCo	PPR Acrilica				
inferior a 35 anos	Classe de Kennedy	I	n		1				
			%		33,3				
		II	n	2	1				
			%	100,0	33,3				
		III	n		1				
			%		33,3				
		Total parcial		n	2	3			
				% do Total	40,0	60,0	1		
entre 35 e 65 anos	Classe de Kennedy	I	n	7	4				
			%	21,9	21,1				
		II	n	6	8				
			%	18,8	42,1				
		III	n	19	5				
			%	59,4	26,3				
		IV	n		2				
			%		10,5				
		Total parcial		n	32	19			
				% do Total	62,7	37,3	1		
		superior a 65 anos	Classe de Kennedy	I	n	1	6		
					%	7,1	37,5		
II	n			6	5				
	%			42,9	31,3				
III	n			7	4				
	%			50,0	25,0				
IV	n				1				
	%				6,3				
Total parcial				n	14	16			
				% do Total	46,7	53,3	1		
Total	Total parcial					n	48	38	
						% do Total	55,8	44,2	1

Relativamente ao tratamento realizado, há uma maior prevalência das Próteses em Cr-Co (55,8%) sobre as próteses parciais Acrílicas, quer a nível maxilar com 52,4% dos casos, quer a nível mandibular com 59,1% dos casos.

O número total de próteses realizadas é ligeiramente superior na mandíbula (51,2%). (Tabela 16)

Tabela 16 - Relação entre o tratamento realizado e o maxilar

Tratamento realizado		Arcada		Total
		Maxilar	Mandibular	
PPR CrCo	n	22	26	48
	%	52,4	59,1	55,8
PPR Acrílica	n	20	18	38
	%	47,6	40,9	44,2
Total	n	42	44	86
	%	48,8	51,2	100,0

As Próteses Acrílicas foram as com maior número de dentes, 7,04 , e realizadas em mulheres, o menor número foram em Próteses Cr-Co em homens.(Tabela 17)

Tabela 17 - Número de dentes substituído por tipo de Prótese e Género

			Tratamento realizado	
			PPR CrCo	PPR Acrílica
			Média	Média
Género	Feminino	Nº dentes	5,06	7,04
	Masculino	Nº dentes	3,86	5,92

4.2 Discussão

A maioria dos estudos encontrados sobre esta temática foram realizados em faculdades, como os de Vanzeveren *et al.* (2003) na Universidade Louvain, Zavanelli *et al.* (2007) na UFG, Judy (2009) Çapa *et al.* (2009) na Faculty of Dentistry-Istanbul, Ehikhamenor *et al.* (2010) na Universidade de Benin, Niarchou *et al.* (2011) na Universidade Atenas, Charyeva *et al.* (2012) na Kazakh National Medical University, Pellizzer *et al.* (2012) na Faculdade Acacatuba, no Brasil, Carneiro *et al.* (2013) na Faculdade de Medicina Dentária do Porto, e de Souza *et al.* (2015) da Clinics of the Fluminense Federal University School of Dentistry (FO-UFF). (Charyeva, Altynbekov, & Nysanova, 2012; de Souza *et al.*, 2015; Ehikhamenor *et al.*, 2010; Judy, 2009; Moreira Carneiro *et al.*, 2013; Niarchou *et al.*, 2011; Nuray Çapa, Pinar Kursoğlu, 2009; Pellizzer *et al.*, 2012; Vanzeveren *et al.*, 2003; Zavanelli, 2007)

As faculdades são pois um centro muito importante para realizar estudos de prevalência porque aí pode-se ter acesso a um grande número de dados, tendo sido com base nesta premissa que o nosso estudo foi desenhado, aliás ele fazia parte de um estudo mais amplo e abrangente.

Em Portugal, não existem publicados muitos estudos sobre esta temática, pelo que consideramos que este estudo pode aportar informações e revelar-se bastante importante para acrescentar alguns dados da tendência da desdentação parcial de grupos populacionais portugueses, assim como do tipo de reabilitações orais removíveis que são propostas e realizadas em desdentados parciais. Para tal foram seleccionados, tal como foi feito por outros autores, os processos, dos doentes que frequentaram as consultas da consulta da Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II, parte da formação académica dos alunos do MIMD do ISCSEM durante o período correspondente aos meses de Setembro de 2014 a Junho de 2015. Desta forma foram consultados 240 processos, e de acordo com o definido como critérios de inclusão e exclusão obtivemos uma amostra de 73 processos os quais foram considerados para este estudo por cumprirem os critérios perviamente definidos.

Da amostra seleccionada foram recolhidos dados através do Google forms. Uns dos primeiros dados a serem recolhidos e muito importantes para este tipo de estudos

são os que nos permitem caracteriza-la quanto à idade e ao género. Aliás nos estudos consultados para este trabalho encontramos também a mesma metodologia quanto à caracterização da amostra.(de Souza *et al.*, 2015; Moreira Carneiro *et al.*, 2013; Niarchou *et al.*, 2011; Pellizzer *et al.*, 2012)

Relativamente à faixa etária, no nosso estudo, a idade dos nossos doentes encontrava-se compreendida entre 30 e os 88 anos, sendo que a média das idades rondou os 59 anos (58,75). Apesar de um pouco mais jovens do que apresentado podemos considerar estes dados semelhantes de Moreira Carneiro *et al.*.(2013) Carneiro *et al.* em 2013, que encontrou idades médias de 60 anos, este autor acrescentou no seu estudo um dado interessante que foi o de apresentar uma esperança média de vida de 79,45 anos no seu estudo, valores que segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (em 13/12/2015 às 15h) para a esperança média de vida da população Portuguesa, nos censos 2011-2013, a esperança média de vida é de 80,13 anos, com uma esperança média de vida aos 65 anos de 19,05%.

Ao revisarmos outros estudos encontramos médias diferentes mas consideramos que as discrepâncias poderão estar relacionadas com a diferença socio-económica, demográfica e esperança média de vida dos diferentes Países em que foram realizados os diferentes estudos. Assim em Curtis, Wagnild, & Finzen, (1992) realizado nos EUA e Azad, Malik, & Ahmed, (2015) realizado no Paquistão, apresentaram médias de vida de 50 anos, Naveed (2011) uma média de 35 anos (mas na qual a amostra do estudo era constituída por militares), Pellizzer *et al.*, (2012) num estudo realizado no Brasil em 2012 encontrou uma média de 53 anos e Khalil, Hussain, Iqbal, & Ali, (2013) uma média de 43 anos (Paquistão). Estas discrepâncias poderão estar relacionadas com a discrepância socio-económica, demográfica e esperança média de vida dos diferentes Países em que foram realizados os diferentes estudos.

Por norma quando observamos a distribuição por género as doentes do sexo feminino são em geral mais novas. No nosso estudo a média de idades do sexo feminino foi de 57,6 anos quando comparado com os dentes do sexo masculino que era de 61,3 anos. Estes resultados estão de acordo com os resultados de Pellizzer *et al.* (2012) e de Souza *et al.* (2015), que também encontraram médias de idades inferiores no sexo feminino.

Um dos primeiros objectivos do nosso estudo era avaliar no grupo de doentes que recorreram à consulta de Clínica De Reabilitação Oral I e II e foram reabilitados, qual o tipo de desdentados segundo a classificação de Kennedy. Esta classificação é puramente topográfica não levando em conta o número de dentes presentes ou o tamanho da sela, no entanto ao ser uma classificação anatômica ela também é académica e proposta para a resolução das questões funcionais, para além de permitir em termos mentais uma visualização bioprotética do caso.(Pereira *et al.*, 2014)

Na amostra estudada encontramos uma maior prevalência de desdentado classe III de Kennedy (43,2%) tendo sido a menor prevalência os desdentados de classe IV (cerca de 3,2%), como este estudo é descritivo e carece de uma maior amostra estes dados não nos permitiram analisar a relevância clínica dos dados obtidos. Sabemos sim por estudos de outros autores que há uma concordância com os dados, e neste caso em amostras maiores, assim no trabalho apresentado por Naveed, *et al.* (2011) com 1000 doentes, de Sapkota, Adhikari, & Upadhaya (2013) com 194, de Abdel-rahman, Tahir, & Saleh (2013) com 963 e Patel, (2014) com 100, a maior prevalência foi também de doentes desdentados classes III e menor de desdentados classe IV. Pun *et al.*. (2011) refere que a maior prevalência de desdentados Classe III se pode explicar pelo facto de os cuidados de saúde oral estarem a melhorar o que leva a uma redução de perda de dentes. Este facto deve nos alertar para alterarmos as nossas estratégias quanto à reabilitação Oral a propor.

Nuray Çapa, (2009) num trabalho publicado em 2009 em Istambul e Niarchou *et al.*, (2011) em Atenas geograficamente próximos, apresentaram estudos com uma maior prevalência de Classe I, mantendo-se a Classe IV como menos frequente. Seria interessante perceber como tem sido nos últimos anos a prevenção e actuação ao nível dos cuidados de prevenção da saúde oral.

Nem todos os estudos apresentam a Classe IV como a menos prevalentes Ehikhamenor *et al.*, (2010) num estudo realizado na Universidade do Benin na Nigéria encontrou a classe IV como a segunda mais frequente.

Tal como de Souza *et al.*. (2015); Khalil *et al.*. (2013); Naveed *et al.*. (2011); Patel (2014); Pellizzer *et al.*. (2012); Zavanelli, (2007), neste estudo, encontrámos uma maior prevalência dos desdentados na mandíbula (52,6%). Não há no entanto uma concordância pois Moreira Carneiro *et al.*. (2013) estudou uma população Portuguesa

que foi observada na Faculdade de Medicina dentária do Porto refere no seu estudo uma maior prevalência dos desdentados maxilares. Também é o caso dos estudos realizados por Charyeva *et al.* (2012); Die & Tandheelkundige (2015); Sapkota *et al.* (2013).

Da distribuição das Classes de desdentado por arcada maxilar ou mandibular (tabela 3), encontramos em ambos os maxilares um maior número de desdentados classe III (43,2%), seguidos de classe II (32,6%), classe I (21;1%) sendo a classe IV com 3,2% a menos prevalente, e só na maxila.

Quando vamos comparar os nossos resultados com os de outros autores, não há uma concordância entre o nosso estudo e todos eles, a Classe menos prevalente é a Classe IV, no entanto na distribuição por maxilares já não podemos falar do mesmo modo. Num estudo realizado em 2011, pelo departamento de Prostodontia da Universidade de Atenas, conduzido por Niarchou *et al.*, (2011) com uma amostra de 533 doentes a classe I de Kennedy foi a mais comum na mandíbula (70%) e na maxila (70%) e classe IV a menos frequente (3% na maxila e 1.5% na mandíbula), já Sadig & Idowu, (2002) e NAVEED *et al.*, (2011) referem ter encontrado uma maior prevalência de desdentados classe III nas duas arcadas .

No estudo que realizamos encontramos um maior grupo de desdentados de sela livre na mandíbula (classes I 30% e Classe II 32%), na maxila essa frequência foi menor (Classe I (11,1%) e Classe II (33,3%)). Judy no seu estudo de 2009, considera que as Classes de sela livre se devem ao facto de os doentes terem um menor cuidado os dentes posteriores, e que por isso os torna mais susceptíveis à cárie e posterior extracção, no entanto e segundo relato de alguns doentes o factor estético não os leva a procurar tratamentos atempadamente.

Quando fomos observar como se manifestava a distribuição dos desdentados pelo género verificamos que nesta amostra houve um maior número indivíduos (68%) de sexo feminino a recorrer à consulta de Clínica de Reabilitação Oral I e II da Clínica de Medicina Dentária Egas Moniz. um maior número de doentes desdentados do sexo feminino foi também encontrado no estudo realizado numa população portuguesa por Carneiro em 2013, assim como por de Souza *et al.* (2015), numa população brasileira.

São diversos os autores que referem que esta constatação se deve ao facto de os homens serem mais activos profissionalmente, e que por esse facto as mulheres, tendem a ter mais tempo para frequentar consultas médicas.

Já Sapkota *et al.* num estudo de 2013, realizado na Kathmandu University Hospital no Nepal refere que a maior frequência de mulheres nas consultas de Reabilitação Oral, se prende com o facto de estas serem mais conscienciosas com a sua saúde e com a aparência.

Quando comparamos entre géneros a frequência da classe de desdentados por maxilar, verificamos no sexo feminino que no maxilar há uma maior prevalência de classes II e III, enquanto que no sexo masculino a Classe III apresenta-se como a mais prevalente. Na mandíbula não foram encontrados desdentados Classe IV, tendo sido as mulheres as mais prevalentes em todas as restantes Classes.

A classe II é a mais frequente no sexo feminino e a classe III no masculino, isto apesar da Classe mais comum no ter sido Classe III. A mais rara foi a Classe IV em ambos os sexos.

Neste estudo tentou-se perceber qual foi a tendência da distribuição de desdentados em três grupos de faixas etárias, assim na faixa etária dos 35-65 anos, representou maioria dos doentes que recorreram à consulta de Clínica de Reabilitação Oral I e II 58,9%. Este grupo era essencialmente composto por desdentados classe III com 48,2% sendo a classe IV a de menor prevalência 3,6%. O grupo da faixa etária maiores de 65 anos apresentou uma distribuição uniforme pelas classes III e II. Já o grupo da faixa etária inferior a 35 anos, encontrámos uma maior prevalência de Classes II, este foi também o grupo com menor afluência à nossa clínica (6,3% do total de doentes).

Passando à comparação dos planeamentos de tratamento reabilitador por maxilar desdentado de Kennedy viu-se que na mandíbula as próteses em Cr-Co foram a opção terapêutica mais proposta, enquanto que na maxila foram as em resina Acrílica, pode-se pressupor por ter havido a necessidade de um tratamento mais rápido como é o caso das próteses imediatas, pois a estética é um fator importante nesta arcada.

Ao compararmos o tratamento planeado com o tratamento realizado podemos verificar que 90% dos tratamentos planeados foram realizados. Pode ser considerado um

estudo piloto nesta área, pois não encontrámos na nossa pesquisa bibliográfica nenhum estudo que comparasse o tratamento planeado com o tratamento realizado em prótese parcial removível.

As razões que se prenderam ao não seguimento do tratamento proposto deveram-se a questões de ordem económicas ou à suspensão do tratamento ou da opção terapêutica por ter havido um encaminhamento para um plano de tratamento diferenciador (implantes) este tipo de tratamento não está no âmbito do programa da Unidade Curricular em que os alunos estão a desenvolver competências. Encontramos dois doentes que só realizaram uma das próteses por razões económicas, dois optaram por acrescentar dentes às próteses antigas. Duas das próteses em resina Acrílica realizadas foram realizadas com carácter provisório os doentes aguardam a reabilitação com Próteses Implanto suportadas. Mais, caso se avaliasse os processos actualmente (Novembro de 2015) todos já estariam concluídos.

A maior prevalência de Próteses realizadas foram as Próteses em Cr-Co (51,6%) sobre as Próteses parciais Acrílicas (48,4%). Estes resultados são consistentes com os de Pun *et al.*. (2011), (66,8% e 33,2%), e de Polychronakis, *et al.*. (2013) (96.8% e 3.2%), Moreira Carneiro *et al.*. (2013), Abdulhadi & Mohammed, (2013) e Abdel-Rahman *et al.*, (2013), obtiveram resultados opostos, ou seja uma maior prevalência de próteses Acrílicas realizadas. Moreira Carneiro *et al.*. (2013), apresenta o factor financeiro como a razão para a opção dos doentes por este tipo de Prótese.

O número total de próteses confeccionadas foi ligeiramente superior na mandíbula (51,2%), e eram na sua maioria em Cr-Co, enquanto que na maxila como já foi dito anteriormente foram Acrílicas, Moreira Carneiro *et al.*. (2013), não encontrou esta diferença.

Quanto ao número de próteses realizadas por Classe de Kennedy, tanto na maxila como na mandíbula, encontrámos uma predominância de Classe III de Kennedy.

O tipo de Prótese confeccionadas por faixas etárias foram no grupo dos 35 aos 65 anos as Prótese em Cr-Co na mandíbula e Acrílicas na maxila. Em ambos os tipos de prótese a menor prevalência encontrada foi no grupo etário inferior a 35 anos e na mandíbula.

A Prótese mais efectuada nas mulheres na mandíbula foi a de Cr-Co e na maxila a Acrílica. já nos homens encontramos uma frequência igual na maxila e mandíbula para as próteses em Cr-Co, mas uma maior percentagem de Acrílicas na mandíbula.

Se analisarmos o tratamento efectuado nas respectivas classes de Kennedy, podemos constatar que temos uma maior prevalência das próteses em Cr-Co na classe III, independentemente da arcada, não se tendo confeccionado qualquer Próteses para a classe IV. Moreira Carneiro *et al.*. (2013) obteve resultados semelhantes aos nossos, com uma maior prevalência de Próteses em Cr-Co em classe III na mandíbula e na maxila, mas com uma menor prevalência de Próteses em Cr-Co na classe IV maxilar. Também Sadig & Idowu (2002) obteve resultados similares aos nossos com uma maior prevalência de próteses classe III em ambos os maxilares, mas com uma menor prevalência de Próteses em Cr-Co na classe IV na mandíbula.

Quanto às próteses Acrílicas, encontrámos uma maior prevalência de próteses Acrílicas na classe I mandibular e uma menor prevalência na classe I maxilar. Moreira Carneiro *et al.*. (2013), encontraram maior prevalência das próteses Acrílicas na classe II maxila e a menor prevalência foi na classe IV na mandibular.

Foram confeccionadas menos Próteses nos doentes da faixa etária dos menores de 35 anos desdentados, na literatura só Joshua & Olaide (2014) num estudo efectuado numa universidade da Nigéria, apresentou uma elevada prevalência de próteses confeccionadas em indivíduos com uma média de idade a rondar os 45 anos. Neste grupo etário, observamos que não se realizou nenhuma prótese em desdentados Classe IV.

Neste estudo, analisando o número médio de dentes substituídos por Próteses Parciais Removíveis, as Acrílicas foram as que substituíram mais dentes, em média mais dois, e isto independentemente do sexo. As mulheres foram o grupo que apresentou o maior número de dentes protéticos (em média mais dois do que o grupo masculino).

A escolha de próteses Acrílicas pode talvez justificar-se com o facto estarem indicadas como Prótese Provisória, permitindo acrescentar ou efectuar modificações à prótese (acrescentar dentes).(Carr & Brown, 2011)

Na revisão bibliográfica efectuada, verificámos que os estudos referentes a próteses parciais removíveis não mencionam a diferença de número de dentes presentes nas próteses consoante o tipo de prótese.

No entanto, Pun *et al.* (2011) identifica a localização (anterior ou posterior) e o número médio de dentes (90% das PPRs apresentavam 1 a 3 dentes colocados com uma média de 6 dentes substituídos). Pellizzer *et al.* em 2012, considera que as mulheres são mais propensas a exodontias, justifica que como as mulheres são mais assíduas nos consultórios, visitando os médicos dentistas mais frequentemente, também são mais susceptíveis a tratamentos e exodontias. Este argumento foi refutado por Pun *et al.* (2011) que considera que o aumento de visitas aos consultórios dentários, tem tido como consequência um aumento das classes III. Moreira Carneiro *et al.* (2013) analisa os dentes ausentes nas arcadas dentárias, mas não identifica a diferença do número de dentes entre os diferentes tipos de prótese.

Verificámos que existem muito poucos trabalhos que comparam os dois tipos de reabilitações, as próteses em Cr-Co com próteses Acrílicas. A maioria dos trabalhos consultados referem-se apenas a próteses em Cr-Co, neste sentido num futuro trabalho deveríamos aumentar a amostra e comparar também outros tipos de reabilitação como as próteses flexíveis e dentro do grupo das próteses parciais Acrílicas, identificar e quantificar quantas são imediatas ou provisórias e quantas são consideradas como uma reabilitação definitiva.

Verificámos com o nosso trabalho, uma diferença entre a média do número de dentes nas próteses Acrílicas e Cr-Co. Seria relevante, analisar as diferenças entre o número de dentes nas próteses Acrílicas e Esqueléticas e suas respectivas localizações.

Uma das alterações aos planos de tratamento encontradas foi acresceto de dentes na próteses do doente, neste sentido, Deveríamos também avaliar a quantidade de reformulações nas próteses antigas, como os consertos, rebases e acrescentos, visto que é ainda é um tratamento efectuada na população Portuguesa.

Em relação à nossa história clínica, deveríamos acrescentar os dados: idade, grau de escolaridade, profissão, diagrama de dentes de dentes ausentes, causas da perda dentária e patologias sistémicas, pois são dados interessantes para futuros trabalhos.

5 Conclusões

Com o objectivo de determinar a prevalência dos desdentados parciais segundo a classificação de Kennedy que procuraram tratamento na Clínica Medicina Dentária Egas Moniz, a relação entre o tratamento proposto e o concluímos que:

- O tipo de Reabilitação protética proposta é a realizada;
- No nosso estudo os doentes apresentam uma média de idade de 59 anos e são na sua maioria mulheres, de uma faixa etária mais baixa;
- Os desdentados da faixa etária inferior a 35 anos foram os menos prevalentes, enquanto que o maior, foi o grupo da faixa etária compreendida entre os 35 e os 65 anos,
- A classe de Kennedy mais frequente foi a classe III, e que a menos frequente a classe IV;
- Os homens apresentam com mais frequência a classe III de Kennedy e as mulheres a classe II;
- Na mandíbula a reabilitação mais efectuada foi a prótese parcial em Cromo-Cobalto, enquanto que na maxila foi a Acrílica;
- A reabilitação mais frequente foi em Cromo-Cobalto;
- A maioria das próteses em Cromo-Cobalto foram efectuadas para as classes III de Kennedy, independentemente das arcadas;
- Na mandíbula não foram encontrados desdentados classes IV de Kennedy, as classes IV da maxila foram todas reabilitadas com próteses Acrílicas;
- As próteses Acrílicas apresentam maior número de dentes protéticos.

No entanto, não podemos afirmar que:

- Os homens apresentaram uma frequência mais elevada de desdentados classe I de Kennedy;
- As mulheres apresentaram uma frequência mais elevada de desdentados classe III de Kennedy.

6 Bibliografia

- Abdel-rahman, H. K., Tahir, C. D., & Saleh, M. M. (2013). Incidence of partial edentulism and its relation with age and gender. *J. Med. Sci.*, 17(2), 463–470.
- Abdulhadi, L. M., & Mohammed, H. A. (2013). Appraisal of removable partial denture service in a dental faculty for (2005-2010). A retrospective study. *Proceedings of the 2013 International Conference on Biology and Biomedicine*, 59–66.
- Al-Johany, S. S., & Andres, C. (2008). ICK Classification System for partially edentulous arches. *Journal of Prosthodontics*, 17(6), 502–507. doi:10.1111/j.1532-849X.2008.00328.x
- Applegate, O. C., & Sc, D. D. (1960). The Rationale Of Partial Denture Choice. *J.Pros. Den.*, 10(5), 891–907.
- Atkinson, J. C., Zeller, G. G., & Shah, C. (2002). Electronic patient records for dental school clinics: more than paperless systems. *Journal of Dental Education*, 66(5), 634–42.
- Avant, W. E. (1960). A universal classification for removable partial denture situations. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 16(3), 533–9.
- Azad, A. A. L. I., Malik, A. S., & Ahmed, A. (2015). Complexity of partial edentulism among patients seen at armed forces institute of dentistry , rawalpindi. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 35(2), 312–314.
- Bharathi, M., Reddy, B., Reddy, G., Gupta, N., & Misuriya, A. (2014). Partial Edentulism based on Kennedy ’ s Classification : An Epidemiological Study. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 15(April), 229–231.
- Carr, A. B., & Brown, D. T. (2011). *McCracken’s Removable Partial Prosthodontics*. Elsevier. doi:10.1016/B978-0-323-06990-8.00026-9
- Charyeva, O. O., Altynbekov, K. D., & Nysanova, B. Z. (2012). Kennedy Classification and Treatment Options: A Study of Partially Edentulous Patients Being Treated in a Specialized Prosthetic Clinic. *Journal of Prosthodontics*, 21(3), 177–180.

doi:10.1111/j.1532-849X.2011.00809.x

- Costa, E. F., Dentistry, P., States, U., & Internationale, F. D. (1974). Dental Arches.
- Curtis, T. a, Wagnild, G. W., & Finzen, C. (1992). Incidence of variuos classes of removable partial dentures. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 67(5), 664–667.
- De Fiori, S. R. (1989). *Atlas de protese parcial removivel*. Pancast.
- de Souza, F. N., de Siqueira Gomes, C., Rodrigues, A. R. C., Tiossi, R., de Gouvêa, C. V. D., & de Almeida, C. C. (2015). Partially Edentulous Arches: A 5-Year Survey of Patients Treated at the Fluminense Federal University Removable Prosthodontics Clinics in Brazil. *Journal of Prosthodontics*, 24(6), 447–451. doi:10.1111/jopr.12225
- Die, T. V. A. N., & Tandheelkundige, S.-A. (2015). The knowledge , attitude and practice of edentulous patients attending a dental institute in India regarding care of their dental prostheses. *SADJ*, 70(October), 294–299.
- Ehikhamenor, E. E., Oboro, H. O., Onuora, O. I., Umanah, a U., & Chukwumah, N. M. (2010). Types of removable prostheses requested by patients who were presented to the University of Benin Teaching Hospital Dental Clinic. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene Vol.*, 2(August), 15–18.
- Galagali, G., & Mahoorkar, S. (2010). Critical Evaluation of Classification Systems of Partially Edentulous Arches. *International Journal of Dental Clinics*, 2(3), 45–52.
- Gopt-8. (2005). The Glossary Of Prostodontic Terms. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 94(1), 10–92. doi:10.1016/0168-8510(94)90003-5
- INE. (2014). Censos. Retrieved December 8, 2015, from <https://www.ine.pt>
- Joshua, O. T., & Olaide, G. S. (2014). Removable partial dentures : Patterns and reasons for demand among patients in a teaching hospital in southwestern Nigeria. *European Journal of Prosthodontics*, 2(3), 82–85.
- Judy, H. J. (2009). The incidence of frequency of a various removable partial edentulism cases. *MDJ*, 6(2), 4–9.
- Kaira, L. S., Dayakara, H. R., & Singh, R. (n.d.). Flexible Denture for Partially

Edentulous Arches - A Case Report.

- Khalil, A., Hussain, U., Iqbal, R., & Ali, W. (2013). Patterns Of Partial Edentulism Among Patients Reporting To Department Of Prosthodontics , Khyber College Of Dentistry , Peshawar. *Patterns Of Partial Edentulism Among Patients Reporting To Department Of Prosthodontics , Khyber College Of Dentistry , Peshawa. JKCD*, 3(2), 42–45.
- McGarry, T. J., Nimmo, A., Skiba, J. F., Ahlstrom, R. H., Smith, C. R., Koumjian, J. H., & Arbree, N. S. (2002). Classification system for partial edentulism. *Journal of Prosthodontics*, 11(3), 181–193. doi:10.1053/jpro.2002.126094
- Moreira Carneiro, A. C., Maia Correia, A. R., Reis Campos, J. C., Fonseca, P., Mesquita, P., Figueiral, M. H., ... Figueiral, H. (2013). Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma faculdade de Medicina Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária E Cirurgia Maxilofacial*, 4(2), 60–67. doi:10.1016/j.rpemd.2012.11.006
- Naveed, H., Malik, S., Hassan, A., Khan, W., Azad, A., Aziz, M., & Waheedullah Khan, A. (2011). Patterns of partial edentulism among armed forces personnel reporting at armed forces institute of dentistry Pakistan. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 31(1), 217–221.
- Niarchou, A. P., Ntala, P. C., Karamanoli, E. P., Polyzois, G. L., & Frangou, M. J. (2011). Partial edentulism and removable partial denture design in a dental school population: A survey in Greece. *Gerodontology*, 28(3), 177–183. doi:10.1111/j.1741-2358.2010.00382.x
- Nuray Çapa, Pınar Kursoğlu, S. Ç. Y. (2009). Distribution of Partial Edentulism According to Kennedy Classification: A Study of a Selected Population in Turkey. *Balkan Journal Of Stomatology*, 13, 161–166.
- Obrez, A., Lee, D. J., Organ-Boshes, A., Yuan, J. C.-C., & Knight, G. W. (2009). A clinically oriented complete denture program for second-year dental students. *Journal of Dental Education*, 73(10), 1194–201.
- OMD. (2015). Barómetro de Saúde Oral da OMD de 2015. Retrieved December 8, 2015, from www.omd.pt

- Patel, J. Y., Vohra, M. Y., & Mohammed, J. (2014a). Assessment of Partially Edentulous Patients Based on Kennedy ' s Classification and its Relation with. *International Journal of Scientific Study*, 2(6), 32–36.
- Patel, J. Y., Vohra, M. Y., & Mohammed, J. (2014b). Assessment of Partially Edentulous Patients Based on Kennedy ' s Classification and its Relation with Gender Predilection. *International Journal of Scientific Study*, 2(6), 32–36.
- Pellizzer, E. P., Almeida, D. A. D. F., Falcón-Antenucci, R. M., Sánchez, D. M. I. K., Zuim, P. R. J., & Verri, F. R. (2012). Prevalence of removable partial dentures users treated at the Aracatuba Dental School - UNESP. *Gerodontology*, 29(2), 140–144. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00653.x
- Pereira, J. R., Volpato, E. J., Feltrin, M. C. G., Neto, D. J. R., Pamato, S., & Carli, J. P. De. (2014). Literature Review: Partial Denture Arches Main Classifications. *Jacobs Journal of Dentistry and Research*, 1(2), 1–5.
- Pessian, F., & Beckett, H. A. (2004). Record keeping by undergraduate dental students: A clinical audit. *British Dental Journal*, 197(11), 703–705. doi:10.1038/sj.bdj.4811866
- Polychronakis, N., Sotiriou, M., & Zissis, A. (2013). A survey of removable partial denture casts and major connector designs found in commercial laboratories, Athens, Greece. *Journal of Prosthodontics: Official Journal of the American College of Prosthodontists*, 22(3), 245–9. doi:10.1111/j.1532-849X.2012.00922.x
- Pun, D. K., Waliszewski, M. P., Waliszewski, K. J., & Berzins, D. (2011a). Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 106(1), 48–56. doi:10.1016/S0022-3913(11)60093-0
- Pun, D. K., Waliszewski, M. P., Waliszewski, K. J., & Berzins, D. (2011b). Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 106(1), 48–56. doi:10.1016/S0022-3913(11)60093-0
- Sadig, W. M., & Idowu, A. T. (2002). Removable partial denture design: a study of a selected population in Saudi Arabia. *The Journal of Contemporary Dental*

Practice, 3(4), 40–53.

- Sapkota, B., Adhikari, B., & Upadhaya, C. (2013). A Study of Assessment of Partial Edentulous Patients Based on Kennedy ' s Classification at Dhulikhel Hospital Kathmandu University Hospital. *Nepal Journals OnLine (NepJOL)*, 11(4), 325–327.
- The Academy of Prosthodontics. (2005). Glossary of Proshodontic Terms. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 94(1), 10–92.
- Vanzeveren, C., D'Hoore, W., Bercy, P., & Leloup, G. (2003). Treatment with removable partial dentures: a longitudinal study. Part I. *Journal of Oral Rehabilitation*, 30(5), 447–58.
- Zavanelli, R. A. (2007). Prevalência de arcadas parcialmente desdentadas de pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia – UFG de 1994 a 2004a . Resumo : *ROBRAC*, 16(42), 23–27.
- Zitzmann, N. U., Hagmann, E., & Weiger, R. (2007). What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18(SUPPL. 3), 20–33. doi:10.1111/j.1600-0501.2007.01435.x

7 Anexos



HISTÓRIA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO ORAL



Nome: _____ Processo: _____

Data ____/____/____

Perístases
expectativa: _____ e

Classificação de Kennedy Superior: NA I II III IV Mod 1 2 3 4

Inferior: NA I II III IV Mod 1 2 3 4

Classificação de Angle Direita: Indeterminada ☐ I II-1 II-2 III

Esquerda: Indeterminada ☐ I II-1 II-2 III

Maxilar:

Avaliação de partes duras:

Rebordo-Reabsorção (M-D):

NA ☐ Ascendente M ☐ Ascendente D ☐ Plano ☐ Côncavo ☐

Rebordo-Reabsorção (C-O): NA ☐ Atrofiado ☐ Médio ☐ Proeminente ☐

Rebordo-Forma: NA ☐ Arredondado ☐ Triangular ☐ Estrangulado ☐

Rebordo: NA ☐ Regular ☐ Irregular ☐

Forma da Arcada: Triangular ☐ Quadrada ☐ Arredondada

☐ Tamanho da Arcada: Pequena ☐ Média ☐ Grande ☐

Torús: Ausente ☐

Abóboda: Ogival ☐ Presente ☐ Plana ☐

Avaliação de partes moles:

Mucosa: Friável ☐ Firme ☐ Resiliente ☐

Freios:

Tamanho: Volumosos ☐ Normais ☐

Inserção: Apical ☐ Normal ☐ Cervical ☐

Alterações da mucosa: Normal ☐ Estomatite ☐ Epúlides ☐ Outro ____

Mandíbula:***Avaliação de partes duras:***Rebordo-Reabsorção (M-D):NA ☐ Ascendente M ☐ Ascendente D ☐ Plano ☐ Côncavo ☐Rebordo-Reabsorção (C-O): NA ☐ Atrofiado ☐ Médio ☐ Proeminente ☐Rebordo-Forma: NA ☐ Arredondado ☐ Triangular ☐Rebordo: NA ☐ Regular ☐ Irregular ☐Forma da Arcada: Triangular ☐ Quadrada ☐ Arredondada ☐☐ Tamanho da Arcada: Pequena ☐ Média ☐ Grande ☐Torús: Ausente ☐ 3º ☐ 4º ☐***Avaliação de partes moles:***Mucosa: Friável ☐ Firme ☐ Resiliente ☐Freios:Tamanho: Volumosos ☐ Normais ☐Inserção: Apical ☐ Normal ☐ Cervical ☐Alterações da mucosa: Normal ☐ Estomatite ☐ Epúlides ☐ Outro ☐Língua: Normal ☐ Macroglossia ☐ Retrusão Lingual ☐**Estética**

Em relação à estética o doente está: _____ 0 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito)

Linha do sorriso: Alta ☐ Média ☐ Baixa ☐Biótipo Gengival: Grosso e plano ☐ Fino e festonado ☐ NA ☐Doença periodontal: Ausente ☐ Gengivite ☐ Periodontite: Moderada ☐ Grave ☐Retracção gengival: Ausente ☐ Presente: _____**Avaliação Funcional**Presença de Prótese: Não ☐ Sim ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Ambas ☐☐*Se Sim,* Adaptada ☐ Desadaptada ☐Com Oclusão ☐ Sem Oclusão ☐Eficácia mastigatória: Mantida ☐ Se Diminuída ☐*Se Diminuída Motivo:*Tipo de alimentos: Sim ☐ Não ☐Dor na ATM: Sim ☐ Não ☐Outro: _____

Avaliação de Parâmetros oclusais:

Extrusões dentárias: Ausentes ☐ Presente _____

Facetas de desgaste: Ausentes ☐ Presentes _____

Bruxismo: Ausente ☐ Cêntrico ☐ Excêntrico ☐

Abertura da boca: Normal ☐ 25-35 Dimuida ☐ <25

Desvio: Ausente ☐ se presente: Direita ☐

Esquerda ☐ Baioneta ☐

Ressalto: Ausente ☐ se presente: Direita ☐ Esquerda ☐ Ambos ☐

Crepitação: Ausente ☐ se presente: Direita ☐ Esquerda ☐ Ambos ☐

Click: Ausente ☐ se presente: Direita ☐ Esquerda ☐ Ambos ☐

Disfunção Temporomandibular

Presente ☐ Ausente ☐

Biomecânica

Protrusão: Guia incisiva Ausente ☐ Presente ☐

Interferências Ausente ☐ Presente ☐ _____

Lateralidade:

Direita: Guia canina ☐ FG Anterior ☐ FG Posterior ☐ FG Total ☐ Ausente ☐

Esquerda: Guia canina ☐ FG Anterior ☐ FG Posterior ☐ FG Total ☐ Ausente ☐

Dimensão Vertical: Mantida ☐ Diminuída ☐

Curva de Spee: Acentuada ☐ Interrompida ☐ Ausente ☐

Curva de Wilson: Acentuada ☐ Plana ☐ Ausente ☐

Diagnóstico Prévio:

Cirurgia Pré-Protética: Não ☐ Tuberosidade ☐ Tórus ☐ Aprofundamento Vestibular

☐ Rebordo Alveolar ☐ Outra _____

Exames radiológicos: Ortopantomografia ____/____/____ Telerradiografia ____/____/____

Enceramento de diagnóstico: _____

Prognóstico: Favorável ☐ Reservado ☐ Desfavorável ☐

Fase Pré-Protética - Plano de tratamento:

Fase Protética - Plano de tratamento:

Sequência: _____

Total do Orçamento: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Assistente

Assinatura do Doente