



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS DESDENTADOS NA
CONSULTA DE REABILITAÇÃO ORAL I E II NA CLÍNICA
DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Joana Maria Mira Marreiros
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÕES DOS DESDENTADOS NA CONSULTA DE REABILITAÇÃO ORAL I E II NA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ

Trabalho submetido por
Joana Maria Mira Marreiros
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor José Reis

e coorientado por
Prof. Doutor Francisco Martins

setembro de 2018

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Reis, por ter sido incansável em toda a ajuda que me concedeu, pela sua paciência e disponibilidade.

Ao meu coorientador Prof. Doutor Francisco Martins, pela ajuda no tratamento estatístico dos dados e por toda a ajuda durante este projeto.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz e Clínica Universitária Egas Moniz pela formação de excelência neste meu percurso académico.

Às minhas amigas, Bea, Mafalda, Teresinha, Catarina e Constança por todos os momentos felizes e inesquecíveis que tornaram estes anos na faculdade os melhores da minha vida.

Ao João, por ser a pessoa maravilhosa que é, por toda a alegria e motivação que me deu durante os últimos anos.

Finalmente, à minha família, por todo o amor, paciência e confiança. À minha mãe, por ser o meu grande apoio, por nunca me deixar desistir e por fazer de mim a pessoa que sou hoje. À minha irmã, por ser tão importante na minha vida, pela sua paciência, carinho e disponibilidade em ajudar.

Resumo

Objetivos: Avaliar e caracterizar os doentes desdentados parciais que recorrem à consulta de Reabilitação Oral I e II na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz, segundo a Classificação de Kennedy e correlacionar o tipo de edentulismo com o nível de escolaridade.

Materiais e Métodos: Dos 50.000 processos da CDUEM foram consultados os que frequentaram as consultas da Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II entre os meses de Setembro de 2014 e Março de 2018. Foram consultadas as Histórias Clínicas e recolhidos dados anonimizados, caracterizados pelas seguintes variáveis: idade, sexo, classificação de Kennedy para a maxila e mandíbula, nível de escolaridade. Fez-se uma análise descritiva dos dados que foram submetidos a análise estatística.

Resultados: Dos processos analisados, 57,8% correspondiam a mulheres e 42,2% correspondiam a homens e a média de idades foi 58,6 anos. A classe de Kennedy mais frequente foi a classe III (37,3%) e a menos frequente foi a classe IV (1,1%). A classe de Kennedy mais frequente nas mulheres foi a classe III (32,8%) e nos homens a classe mais frequente foi a classe I (26,5%). Na maxila, a classe III foi a que apresentou mais modificações (50,0%), e na mandíbula a classe II foi a que apresentou mais modificações (36,9%). A maior parte da amostra frequentou o ensino básico (59,5%). Nas mulheres verificou-se que existe uma tendência para ocorrência de um maior número de modificações das classes de Kennedy em indivíduos que frequentaram o ensino básico. Nos homens verificou-se que existe uma tendência para ocorrência de um maior número de modificações das classes de Kennedy em indivíduos com ensino básico mas também no ensino secundário.

Conclusões: A classe de Kennedy mais frequente é a classe III (37,3%) e classe de Kennedy menos frequente é a classe IV (1,1%). Todas as classes de Kennedy estão mais associadas ao ensino básico.

Palavras-Chave: Desdentados parciais, nível de escolaridade, Classificação de Kennedy, prótese parcial removível.

Abstract

Objectives: Evaluate partial edentulous patients who attended the Oral Rehabilitation Department at Egas Moniz University Dental Clinic (EMUDC), according to the Kennedy Classification, correlating the type of edentulism with the educational level.

Materials and Methods: 332 patient charts were selected from those who attended the Oral Rehabilitation Department Consults between September 2014 and March 2018. The charts were analyzed anonymously and search for the following variables: age, gender, Kennedy's classification for maxilla and mandible, educational level. Descriptive statistical analysis was performed.

Results: 57.8% were women and 42.2% were men. Mean age was 58.6 years. The most frequent Kennedy class in women was class III (32.8%) and in men was class I (26.5%). In the maxilla, class III presented more modifications (50.0%), and in the mandible, class II presented more modifications (36.9%). The majority of the sample attended basic education (59.5%). Women had a tendency for a greater number of modifications of the Kennedy classes in individuals attending basic education levels. In men, it has been observed that there is a tendency for a greater number of modifications of the Kennedy classes in individuals with basic education levels but also in secondary education.

Conclusions: The most frequent Kennedy class was class III (37.3%) and the least was class IV (1.1%). All Kennedy's classes are more associated with basic education.

Key words: Partial edentulous, educational level, Kennedy classification, removable partial denture.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 EDENTULISMO.....	13
1.1.1 EDENTULISMO NA EUROPA	14
1.1.2 EDENTULISMO EM PORTUGAL	15
1.1.3 ETIOLOGIA DO EDENTULISMO	15
1.1.4 CONSEQUÊNCIAS DO EDENTULISMO.....	17
1.2 TIPOS DE REABILITAÇÃO	17
1.3 CLASSIFICAÇÃO DOS DESDENTADOS PARCIAIS.....	19
1.4 NÍVEL DE ESCOLARIDADE	21
1.4.1 EDENTULISMO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE	22
2. OBJETIVOS	25
2.1 HIPÓTESES	25
3. MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1 TIPO DE ESTUDO	27
3.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO	27
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	28
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS.....	28
4. RESULTADOS	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDADE	29
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANDO AO GÉNERO	30
4.2.1 GÉNERO E A PREVALÊNCIA DAS CLASSES DE KENNEDY	30
4.2.2 GÉNERO E A PREVALÊNCIA DAS CLASSES DE KENNEDY POR ARCADA	31

4.2.3 GÉNERO E A ESCOLARIDADE	32
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À CLASSE DE KENNEDY	35
4.3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL QUANTO À CLASSE DE KENNEDY	35
4.3.2 A CLASSE DE KENNEDY POR ARCADA	35
4.3.3 MODIFICAÇÕES ÀS CLASSES DE KENNEDY	36
4.3.4 MODIFICAÇÕES À CLASSE DE KENNEDY POR ARCADA	37
4.3.5 CLASSES DE KENNEDY E ESCOLARIDADE	39
4.3.6 MODIFICAÇÕES À CLASSE DE KENNEDY POR GÉNERO E ESCOLARIDADE.....	42
5. DISCUSSÃO	47
6. CONCLUSÃO.....	53
7. BIBLIOGRAFIA	55

Índice de Tabelas

Tabela 1: Nível de escolaridade completo da população residente em Portugal nos anos 2000, 2010 e 2017.....	22
Tabela 2: Análise descritiva quanto à idade quanto ao género.....	29
Tabela 3: Distribuição das classes de Kennedy quanto ao género.....	30
Tabela 4: Distribuição das classes de Kennedy quanto ao género na maxila.....	31
Tabela 5: Distribuição das classes de Kennedy quanto ao género na mandíbula.....	32
Tabela 6: Distribuição das classes de Kennedy.....	35
Tabela 7: Distribuição das modificações às classes de Kennedy na maxila.....	37
Tabela 8: Distribuição das modificações às classes de Kennedy na mandíbula.....	39
Tabela 9: Distribuição do nível de escolaridade quanto à classe de Kennedy na maxila.....	40
Tabela 10: Distribuição do nível de escolaridade quanto à classe de Kennedy na mandíbula.....	41
Tabela 11: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classe de Kennedy na maxila no sexo feminino.....	42
Tabela 12: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classe de Kennedy na mandíbula no sexo feminino.....	43
Tabela 13: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classe de Kennedy na maxila no sexo masculino.....	44
Tabela 14: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classe de Kennedy na mandíbula no sexo masculino.....	45

Índice de Figuras

Figura 1: Classe I de Kennedy	20
Figura 2: Classe II de Kennedy	20
Figura 3: Classe III de Kennedy	20
Figura 4: Classe IV de Kennedy	20
Figura 5: Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade.....	33
Figura 6: Distribuição do nível de escolaridade no sexo feminino	34
Figura 7: Distribuição do nível de escolaridade no sexo masculino	34
Figura 8: Distribuição das arcadas parcialmente desdentadas na maxila e mandíbula	35
Figura 9: Distribuição das classes de Kennedy na maxila e mandíbula	36
Figura 10: Distribuição das modificações às classes de Kennedy	37

Lista de Abreviaturas

CDUEM: Clínica Dentária Universitária Egas Moniz

CRO: Clínica de Reabilitação Oral

DGE: Direção Geral de Educação

DGS: Direção Geral de Saúde

EMUDC: Egas Moniz University Dental Clinic

IBM: International Business Machines Corporation

IUEM: Instituto Universitário Egas Moniz

MIMD: Mestrado Integrado em Medicina Dentária

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

PORDATA: Base de Dados de Portugal Continental

PPR: Prótese parcial removível

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

1. INTRODUÇÃO

1.1 EDENTULISMO

O edentulismo pressupõe a perda de dentes naturais (Sussex, 2008), comprometendo o equilíbrio biológico dos dentes nas arcadas e provocando um desequilíbrio oclusal podendo comprometer todo o sistema mastigatório. (Di Fiore, Di Fiore, & Di Fiore, 2010)

Anteriormente, considerava-se que a perda dentária era uma consequência irremediável do envelhecimento, no entanto, durante as últimas décadas, uma diminuição considerável na prevalência do edentulismo e da perda dentária ocorreu nos países industrializados. (Müller, Naharro, & Carlsson, 2007)

O edentulismo tem um impacto global, principalmente na população mais envelhecida, com menor capacidade financeira, menor nível de escolaridade e indivíduos solteiros, tendo uma grande repercussão na sua qualidade de vida, sendo por isso, um dos principais indicadores de saúde oral de uma população. (Brodeur, Benigeri, Naccache, Olivier, & Payette, 1996; Hunt, Beck, Lemke, Kohout, & Wallace, 1985; Vadavadagi et al., 2015)

Apesar de uma grande percentagem da população mundial ter falta de dentes naturais, os avanços na medicina dentária preventiva e a mudança de atitude dos pacientes relativamente a preservarem os seus dentes naturais em vez de os extraírem durante os últimos 50 anos, resultou numa descida gradual da prevalência da perda de dentes. (Marcus, Drury, Brown, & Zion, 1996) Apesar de ser notório um declínio do edentulismo, e dos avanços da medicina dentária preventiva e restauradora, o número de doentes desdentados poderá aumentar nos próximos anos devido ao envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida. (Allen & McMillan, 2003; Carlsson & Omar, 2006)

Quanto ao edentulismo parcial caracteriza-se pela ausência de um ou mais, mas não todos, os dentes naturais de uma arcada dentária. (Zaigham & Muneer, 2010)

A taxa de edentulismo pode, assim, ser o reflexo do sucesso dos tratamentos preventivos e restauradores realizados pelo sistema de prestação de cuidados de saúde oral. (Araby, Almutairy, & Alotaibi, 2017)

1.1.1 EDENTULISMO NA EUROPA

Segundo o Euro-barómetro de Saúde Oral (2010) 32% tem pelo menos 20 dentes naturais, 6% tem pelo menos 9 dentes naturais e 7% não apresenta nenhum dente natural. É ainda de referir que 41% dos europeus apresentam todos os dentes naturais, sendo que a maior parte vive na Suécia, Dinamarca, Finlândia e Irlanda. (EC, 2010)

Com o passar dos anos, o número de indivíduos que consegue reter os dentes naturais até idades avançadas está a aumentar, a percentagem de edentulismo na Europa tem decrescido em todos os grupos etários nos últimos 20 anos. (Hugoson et al., 2005; Marcus et al., 1996)

Vários estudos realizados em vários países europeus tais como, Reino Unido, Suécia, Dinamarca, Polónia, Suíça e Espanha concluem que apesar da perda dentária estar associada ao envelhecimento, a percentagem de edentulismo diminuiu consideravelmente nos últimos anos bem como o número médio de dentes presentes em boca aumentou. (Kassebaum et al., 2014; Müller et al., 2007; Panasiuk, Kosiniak-Kamysz, Horoch, Paprzycki, & Karwat, 2013)

Apesar de vários estudos apresentarem resultados consistentes acerca da perda dentária em idades mais avançadas, a Suécia, Dinamarca e Suíça, demonstraram percentagens mais altas de indivíduos com todos os dentes naturais durante mais tempo, sendo que a Estónia e a Eslovénia apresentaram resultados abaixo da média. (Bernabé & Sheiham, 2014; Stock, Jürges, Shen, Bozorgmehr, & Listl, 2016)

Müller et al. em 2007 e Polzer et al. em 2010 fazem menção ao declínio do edentulismo ainda que permaneçam grandes diferenças na prevalência entre países europeus, entre regiões geográficas dentro de países e entre grupos com várias origens.

Num estudo realizado por Zitzmann, Hagmann, & Weiger, (2007), demonstrou que na população europeia, as reabilitações removíveis são mais frequentemente realizadas nos grupos etários mais velhos, entre os de grupos socioeconómicos mais baixos e em indivíduos com menor nível de escolaridade.

1.1.2 EDENTULISMO EM PORTUGAL

Em 2011 foi realizado o Censos da população portuguesa que revelou que 19,0% da população tinha uma idade superior a 65 anos, e tendo em conta que a perda dentária tende a aumentar com o envelhecimento e o doente idoso apresenta, para além das suas características inerentes ao seu estado fisiológico uma diminuição da capacidade mastigatória, na fonética e na estética. (INE, 2012; Petersen & Yamamoto, 2005)

Segundo o Barómetro de Saúde Oral, realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas em 2017, 32,4% dos portugueses têm todos os dentes com exceção dos dentes do siso, sendo que cerca de 68% tem falta de dentes naturais, destes 61,5% são desdentados parciais e 6,2% são desdentados totais. É ainda importante salientar que apenas 42,6% dos portugueses com falta de dentes naturais têm os mesmos substituídos por próteses dentárias. (OMD, 2017)

1.1.3 ETIOLOGIA DO EDENTULISMO

O edentulismo é provocado pela perda dentária, que geralmente ocorre devido a cáries com destruição avançada da coroa e/ou raiz, doença periodontal que provocam mobilidade dentária e perda óssea avançada. Como outras causas que levam à perda de dentes temos: trauma, impactação, infeções, neoplasias ou lesões quísticas. (Jeyapalan & Krishnan, 2015; Lorentz, Cota, Cortelli, Vargas, & Costa, 2010)

A cárie é uma doença que promove a desmineralização e perda de estrutura dentária, ocorrendo devido à presença de placa bacteriana que provoca um desequilíbrio no processo de desmineralização-rem mineralização. (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008) Na desmineralização as bactérias produzem ácidos que diminuem o pH e provocam a dissolução dos cristais de hidroxiapatite do esmalte saudável. Esta desmineralização pode ser reversível inicialmente caso ainda não exista cavitação, sendo este processo denominado remineralização e ocorre graças aos iões cálcio e fosfato presentes na saliva. Este processo pode estar associado a uma alteração do fluxo salivar e ingestão frequente de hidratos de carbono fermentáveis. (Melo et al., 2008) Os pacientes desdentados parciais têm maior tendência a acumular placa bacteriana, pressupondo uma higiene oral mais pobre, que aliado a lesões de cárie, pode provocar também a perda de estrutura do dente e conseqüentemente perda dentária. (Burt, Morrison, Morrison, & Beltran, 1990)

A doença periodontal caracteriza-se por uma infecção, provocada por bactérias essencialmente anaeróbias que tem como consequência a perda óssea, consequente perda de suporte e formação de bolsas. Este efeito no periodonto, caso não seja tratado leva à perda dentária. (Cafiero et al., 2013)

Segundo Ong (1998), o número de dentes perdidos devido a razões periodontais aumenta com o aumento da idade, o tipo de dente, (sendo que os incisivos inferiores têm mais tendência a perda de inserção, seguidos pelos incisivos e molares superiores).

O tabagismo como fator etiológico do edentulismo, está associado à doença periodontal e a um nível socioeconómico mais baixo, e é um fator de risco para a artrite reumatóide, que, por sua vez, está associado ao aumento das taxas de edentulismo. (Ong, 1998)

Vários aspectos podem ter influência no edentulismo, tal como fatores sociodemográficos, variáveis relacionadas diretamente com o indivíduo (sexo, idade); variáveis socioeconómicas (nível de escolaridade, composição familiar, recursos financeiros, sistema de saneamento e acesso a serviços públicos de água); fatores indicadores de saúde geral (capacidade funcional do indivíduo e autoavaliação da saúde) fatores comportamentais e culturais (necessidades de saúde, suporte social e crenças pessoais); serviço de saúde (tipo de serviço fornecido e eficiência do mesmo). (Moreira, Nico, Tomita, & Ruiz, 2005)

De certa forma, em alguns países, a perda dentária está profundamente ligada à falta de recursos de acesso à saúde oral, à falta de acesso a água tratada e recursos limitados, comum nos países menos desenvolvidos, onde a extração dentária é por vezes a única opção terapêutica para os problemas dentários. (Charyeva, Altynbekov, & Nysanova, 2012)

Do ponto de vista cultural, o edentulismo é muitas vezes aceite como um fenómeno natural do envelhecimento, no entanto é apenas o reflexo da falta de prevenção, tratamento, informação e cuidados de higiene oral. Estes fatores deveriam ser aplicados principalmente à população infantil e adulta, possibilitando assim, a conservação dos dentes naturais até idades mais avançadas, de forma funcional e saudável. (Agostinho, Campos, & Da Silveira, 2015)

1.1.4 CONSEQUÊNCIAS DO EDENTULISMO

Segundo Carr & Brown (2012), existem consequências anatômicas que se correlacionam com a perda dentária, nomeadamente a perda de volume do rebordo alveolar por reabsorção óssea, consequência da ausência de estímulo funcional. Associado a esta perda óssea ocorre simultaneamente a alteração da mucosa oral, que para além de perder volume acompanhando o nível ósseo, pode tornar-se menos queratinizada. (Carr & Brown, 2012)

Clinicamente, o edentulismo parcial pode resultar num afastamento e inclinação dos dentes adjacentes, supra-erupção de dentes oponentes, fala alterada, alterações na aparência facial e distúrbios temporo-mandibulares. Uma reabilitação adequada é condicionada pela contínua reabsorção do osso alveolar, as estruturas de suporte e os dentes adjacentes. (Jeyapalan & Krishnan, 2015)

Ocorrem igualmente consequências fisiológicas na ausência de dentes e perda óssea associada, como a alteração do padrão mastigatório e a alteração das características faciais associadas à modificação do suporte labial, altura facial que pressupõem um impacto estético que pode ser relevante para o paciente. (Carr & Brown, 2012)

Simultaneamente às mudanças da população, caracterizada pelo seu envelhecimento, doenças típicas desse segmento ganham maior expressão, geralmente com um aumento das doenças crónicas e degenerativas em vez das doenças infectocontagiosas. (Agostinho et al., 2015) Desta forma, relativamente à saúde oral, apresenta-se a alta prevalência de cárie e doença periodontal que definem a deterioração da saúde oral com o passar do tempo. Como consequência, observam-se os efeitos destas doenças que, dependendo do número de peças dentárias perdidas, exigem tratamentos complexos para o seu restabelecimento e reabilitação oral. (Agostinho et al., 2015)

1.2 TIPOS DE REABILITAÇÃO

Os princípios de anatomia e fisiologia são os princípios básicos implicados na construção das próteses para desdentados parciais, sendo então, estes princípios que conduzem o design e os tipos de componentes de uma prótese. (Skinner, 1959)

Qualquer que seja o tipo de reabilitação protética escolhida para um paciente, deve idealmente, compreender ao máximo eliminação de doenças orais, preservação dos

dentes e estruturais orais e periorais adjacentes e restabelecimento da função sem interferência na fala, de uma forma confortável, estética, de fácil manutenção e a um custo razoável. (Carr & Brown, 2012)

Existem várias opções protéticas para repor os dentes ausentes:

- **Prótese Dentossuportada:** esta opção pressupõe espaços protéticos limitados por dentes incluindo as próteses parciais fixas dentossuportadas e próteses parciais removíveis.

- **Prótese Dentomucossuportadas:** neste caso, o rebordo residual é usado na estabilidade funcional da prótese e pressupõe a ausência do suporte do dente natural em cada extremidade dos dentes de reposição. (Carr & Brown, 2012)

Segundo Di Fiore et al. (2010) “as próteses parciais removíveis são “aparelhos protéticos” que têm por finalidade substituir, funcional e esteticamente, os dentes naturais ausentes em pacientes parcialmente desdentados, e que podem ser removidos e reposicionados na boca, sempre que necessário, sem causar danos na sua estrutura ou na dos elementos biológicos com os quais diretamente se relacionem (dentes pilares e rebordo residual)”. Este dispositivo removível pode ser confeccionado em acrílico ou numa liga metálica. (Charyeva et al., 2012; Hakeem, AnumBaqar, & Mirza, 2015)

Uma prótese parcial removível (PPR) deve cumprir os requisitos para além de restabelecer a mastigação, estética e fonética, como por exemplo: prevenir a inclinação de dentes adjacentes e estabilizar e preservar os dentes mais fragilizados, recuperar a estabilidade muscular e articular no complexo orofacial, restabelecer a dimensão vertical caso seja necessário e contribuir para a saúde oral e geral do paciente. (D’Souza & Aras, 2014; Emami, De Souza, Kabawat, & Feine, 2013)

Está indicada quando é necessário repor alguns dentes numa arcada em pacientes que não toleram tratamentos demorados como os de prótese fixa ou implantes ou pacientes que pretendam uma reabilitação mais acessível por questões financeiras e repor dentes em pacientes com perda óssea exagerada onde está contra-indicada a prótese fixa ou implantes. (Areias, Fonseca, & Figueiral, 2007)

1.3 CLASSIFICAÇÃO DOS DESDENTADOS PARCIAIS

Uma classificação deve ser universalmente aceita, deve permitir a visualização da arcada dentária e deve facilitar a tomada de decisões no tratamento com base na complexidade do caso, bem como permitir a discussão dessas decisões a outros profissionais de saúde, bem como em situações de ensino. (Galagali & Mahoorkar, 2010)

Apesar de terem sido propostos outros sistemas de classificação das arcadas parcialmente desdentadas, a classificação de Kennedy, revelou-se ser o sistema mais frequentemente utilizado e aceito nos dias de hoje. (Patel, Vohra, & Mohammed, 2014; Pun, Waliszewski, Waliszewski, & Berzins, 2011; Zaigham & Muneer, 2010)

Esta classificação permite a visualização imediata da arcada, diferenciação imediata entre prótese dentossuportada e dentomucosuportada e permite uma abordagem lógica da arcada parcialmente desdentada. No entanto, não referencia o estado dos dentes remanescentes e estruturas, fator fundamental para promover suporte da estrutura protética. (Galagali & Mahoorkar, 2010)

Segundo Carr & Brown (2012) a classificação de Kennedy foi proposta por Edward Kennedy em 1925 e baseia-se na relação entre a área edêntula e os dentes pilares, sendo descrita em 4 categorias, com possíveis modificações:

Classe I: zona edêntula bilateral localizada posteriormente aos dentes remanescentes.

Classe II: zona edêntula unilateral localizada posteriormente aos dentes remanescentes.

Classe III: zona edêntula unilateral localizada tanto a posterior como a anterior dos dentes remanescentes.

Classe IV: zona edêntula unitária localizada a anterior dos dentes remanescentes que cruza a linha média (bilateral). Não admite modificações.

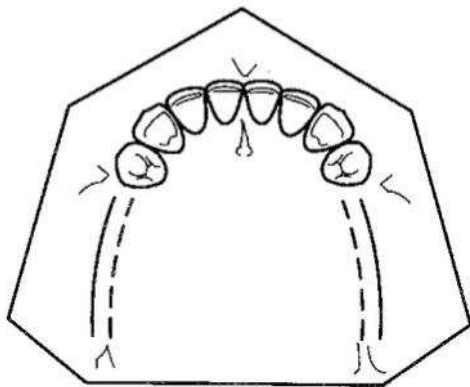


Figura 1: Classe I de Kennedy

Fonte: (Adaptado de: Kliemann & Oliveira, 1999)

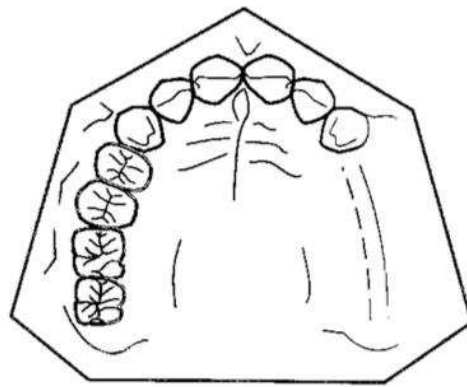


Figura 2: Classe II de Kennedy

Fonte: (Adaptado de: Kliemann & Oliveira, 1999)

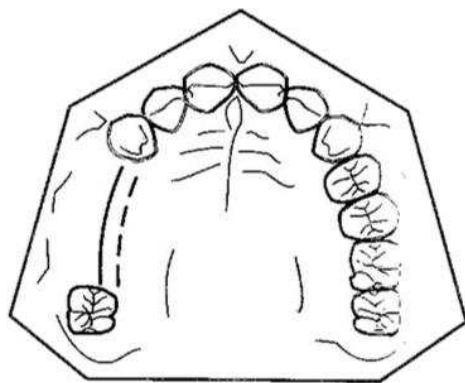


Figura 3: Classe III de Kennedy

Fonte: (Adaptado de: Kliemann & Oliveira, 1999)

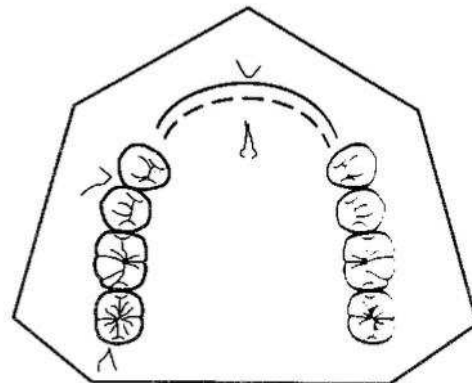


Figura 4: Classe IV de Kennedy

Fonte: (Adaptado de: Kliemann & Oliveira, 1999)

Outros espaços protéticos que ocorrem simultaneamente aos já descritos devem ser categorizados, surge assim as modificações das classes de Kennedy I, II e III. (Todescan, Da Silva, & Da Silva, 2003) As modificações são zonas edêntulas secundárias que são apresentadas pelos números respetivos (1, 2, 3, 4, etc.). (Carr & Brown, 2012; Di Fiore et al., 2010; Todescan et al., 2003) De notar que a classe IV de Kennedy não permite modificações. (Todescan et al., 2003)

Devido à dificuldade em aplicar as classes de Kennedy em todos os casos, Applegate sugeriu algumas regras para a correta aplicação:

- a classificação deve ser aplicada após todos os tratamentos restauradores, ortodônticos, cirúrgicos, periodontais das arcadas dentárias;
- devido ao facto da reposição do terceiro molar estar contraindicada, na ausência deste dente, a região edêntula correspondente não deve ser considerada a classificação;
- o terceiro molar só é tido em conta na classificação se tiver função de dente pilar;
- na ausência do segundo molar, o seu espaço protético apenas é considerado na classificação se a sua reposição estiver planeada;
- se existirem duas ou mais zonas edêntulas na mesma arcada, a/as regiões mais posteriores, determinam a classe em causa;
- as regiões edêntulas suplementares são denominadas modificações e designadas por algarismos árabes (1, 2, 3, etc.).
- cada modificação de uma classe depende apenas do número de regiões edêntulas adicionais, independentemente do número de dentes perdidos;
- a classe IV não admite modificações.

(Carr & Brown, 2012; Di Fiore et al., 2010; Todescan et al., 2003)

1.4 NÍVEL DE ESCOLARIDADE

O nível de escolaridade de um o indivíduo pode influenciar fortemente o seu estilo de vida, incluindo hábitos alimentares, atividades desportivas, condições de habitação e disponibilidade de serviços, evidenciando a importância da posição socioeconómica ao longo da vida, pois quanto menor o nível educacional no início da vida, piores as perspectivas de emprego, menor status social e maior morbilidade na meia idade, pensão menor e maior morbilidade na vida na idade mais avançada. (Tsakos et al., 2009; Xu, Wang, & Jonas, 2010)

Atualmente em Portugal, tanto o ensino básico como o ensino secundário são obrigatórios e gratuitos, tendo início aos 6 anos de idade e terminando aos 18 anos. O ensino básico tem uma duração de nove anos e compreende três etapas (DGE, 2012):

- 1.º ciclo com a duração de 4 anos;
- 2.º ciclo com duração de 2 anos;
- 3.º ciclo com a duração de 3 anos.

O ensino secundário é obrigatório em Portugal desde 2012 e tem a duração de 3 anos (10.º, 11.º e 12.º). (Decreto-Lei nº 176/2012 de 2 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, 2012)

O ensino superior, tem carácter opcional e duração variável, abrangendo o ensino universitário e politécnico, podendo ser público ou privado. (DGES, 2018)

Durante grande parte do século XX, a escolaridade obrigatória consistia apenas em 4-6 anos de ensino. (Pereira, 2014)

Segundo a Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA, 2017), em Portugal no ano de 2017, a grande parte da população portuguesa ativa tem o ensino básico (53,5%) seguindo-se o ensino secundário (21,1%) e o depois o superior (18,1%). É de referir a existência de uma minoria (7,3%) sem qualquer tipo de escolaridade e que têm tendência desaparecer (Tabela 1). Com o passar dos anos tem-se vindo a notar a mesma tendência: diminuição de indivíduos sem escolaridade e dos indivíduos com o ensino básico e aumento aos indivíduos com ensino secundário e ensino superior. (Tabela 1)

Tabela 1: Nível completo de escolaridade da população residente em Portugal nos anos 2000, 2010 e 2017.

Fonte: (Adaptado de: <http://pordata.pt>)

Ano	Nível de escolaridade			
	Sem escolaridade	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
2000	18,0%	64,3%	11,2%	6,5%
2010	10,6%	62,2%	15,4%	11,8%
2017	7,3%	53,5%	21,1%	18,1%

1.4.1 EDENTULISMO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE

A distribuição e prevalência de edentulismo entre países desenvolvidos e países pouco desenvolvidos pode estar associada a uma complexa inter-relação cultural, individual, atitude, comportamento, sistema de prestação de cuidados de saúde oral e o seu acesso, etiopatogenia do edentulismo e fatores socioeconómicos. (Nagaraj, Mankani, Madalli, & Astekar, 2014)

Os fatores socioeconómicos, tal como níveis mais baixos de escolaridade e idades mais avançadas estão associados com o edentulismo, sendo que os pacientes com níveis de escolaridade mais baixos estão também menos instruídos no conhecimento e

comportamento em relação às principais doenças orais e medidas preventivas e cuidados de saúde oral, optando mais frequentemente pela exodontia dos dentes afetados, em vez de optarem por tratamentos preventivos e restauradores. (Gomes et al., 2015; Jeyapalan & Krishnan, 2015; Peltzer et al., 2014)

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo avaliar os doentes desdentados parciais que recorreram à consulta de CRO I e II da CDUEM durante os meses de Setembro de 2014 e Março de 2018, sendo posteriormente caracterizados segundo a classificação de Kennedy e diferenciados segundo o seu nível de escolaridade (ensino básico, secundário ou universitário), com o propósito de estabelecer uma relação entre os tipos de desdentados que frequentam a clínica e o seu nível de escolaridade.

Os objetivos do trabalho são:

- Avaliar a prevalência da Classe de Kennedy dos desdentados parciais que recorreram à consulta de CRO I e II da CDUEM;
- Correlacionar o edentulismo com o nível de escolaridade dos doentes;
- Correlacionar a Classe de Kennedy com o género.

2.1 HIPÓTESES

Hipótese nula:

- A. Não existe uma Classe de Kennedy mais prevalente nos doentes desdentados;
- B. Não existe correlação entre o edentulismo e o nível de escolaridade.

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) O nível de escolaridade mais baixo apresenta mais modificações às classes de Kennedy;
- 6) O nível de escolaridade mais alto apresenta menos modificações às classes de Kennedy.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é do tipo Transversal onde se pretendeu descrever as características de uma amostra populacional, onde foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados recolhidos nas histórias clínicas dos pacientes que formam a amostra, através de tabelas cruzadas das variáveis, com o objetivo de determinar a prevalência dos desdentados parciais segundo a Classificação de Kennedy de doentes que frequentavam a consulta de Reabilitação Oral na Clínica Universitária Egas Moniz, relacionando-a com o nível de escolaridade.

3.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- Idade
- Sexo
- Classificação de Kennedy para a maxila
- Classificação de Kennedy para a mandíbula
- Nível de escolaridade

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para o estudo foram considerados todos os 59500 processos presentes na CDUEM até Março de 2018, tendo sido feito uma pré-seleção dos mesmos escolhendo aqueles que pertenciam a doentes que tinham estado em pelo menos uma consulta na Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II entre os meses de Setembro de 2014 e Março de 2018.

Os processos foram assim verificados manualmente por um só operador e aplicados os critério de inclusão/exclusão do presente estudo

Os dados anonimizados foram recolhidos das histórias clínicas realizadas na Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II, tendo sido realizadas pelos alunos do 4º e 5º ano com a supervisão dos respetivos docentes.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Doentes desdentados parciais superior e/ou inferior;
- Doentes com história clínica de Reabilitação Oral devidamente preenchida;
- Doentes com informação sobre o seu nível de escolaridade;

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Doentes desdentados totais superior e inferior;
- Doentes com história clínica de Reabilitação Oral incompleta;
- Doentes sem informação sobre o seu nível de escolaridade;
- Doentes com idade inferior a 18 anos.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram inseridos numa folha de Excel® Microsoft Office 2010 (Microsoft, Redmond, WA, USA) e o tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa IBM® SPSS® Statistics (Armonk, NY, USA), versão 20.0. As variáveis foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%) e efectuada uma análise descritiva com recurso a tabelas cruzadas das variáveis.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

Neste estudo foram recolhidos dados dos processos dos doentes que recorrem à consulta de Reabilitação Oral I e II da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz, que assinam um consentimento na consulta para utilização dos dados fornecidos nas suas histórias clínicas. Todos os processos foram consultados dentro do recinto da CDUEM.

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

4. RESULTADOS

No presente estudo foram consultados 332 processos dos doentes que frequentaram a consulta de CRO I e II na CDUEM, durante o período compreendido entre os meses de Setembro de 2014 e Março de 2018. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 116 apresentavam todos os requisitos necessários para serem utilizados neste estudo.

Os dados recolhidos das histórias clínicas foram anonimizados. Estas foram realizadas na Unidade Curricular Clínica de Reabilitação Oral I e II, pelos alunos do 4º e 5º ano com a supervisão dos respetivos docentes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDADE

Foi realizada uma caracterização da amostra quanto à variável idade, onde a idade dos indivíduos participantes variou entre os 30 e os 84 anos, sendo a média de idades de 58,6 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Análise descritiva da idade quanto ao género.

Género	N (%)	Mínimo	Máximo	Média
Feminino	67 (57,8)	30	84	58,4
Masculino	49 (42,2)	31	84	58,9
Total da amostra	116 (100,0)	30	84	58,6

Relativamente aos indivíduos do sexo masculino, a faixa etária varia entre os 31 e os 84 anos com uma média de 58,9 anos, e os indivíduos do sexo feminino apresentam uma variação de idades entre os 30 e os 84 anos com uma média de 58,4 anos (Tabela 2).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANDO AO GÊNERO

O género predominante no estudo foi o sexo feminino onde participaram 67 mulheres (n=67), apresentando um valor percentual de 57,8%, sendo desta forma a percentagem de indivíduos do sexo masculino de 42,2% (n=49) (Tabela 2).

4.2.1 GÊNERO E A PREVALÊNCIA DAS CLASSES DE KENNEDY

Quanto à relação entre o género e a prevalência das classes de Kennedy na amostra (Tabela 3), verificam-se resultados diferentes no sexo feminino e no sexo masculino: as mulheres apresentaram com mais prevalência a classe III (32,8%), seguida da classe I (26,9%) e da classe II (20,1%), não sendo observado nenhum resultado de classe IV neste género. Nos homens, não há uma classe de Kennedy mais frequente sendo todas de igual proporção com a exceção da classe IV (2,0%).

Tabela 3: Distribuição das classes de Kennedy quanto ao género.

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Não se Aplica	Total
Feminino n (%)	36 (26,9)	27 (20,1)	44 (32,8)	0 (0)	27 (20,1)	134 (100)
Masculino n (%)	26 (26,5%)	25 (25,5%)	25 (25,5%)	2 (2,0%)	20 (20,4%)	98 (100%)

4.2.2 GÊNERO E A PREVALÊNCIA DAS CLASSES DE KENNEDY POR ARCADA

Na maxila tanto as mulheres (38,8%) como os homens (30,6%) apresentam mais frequentemente a classe III (Tabela 4). Na mandíbula, as mulheres apresentam mais frequentemente a classe I (32,8%) tal como os homens (36,7%). (Tabela 5).

Tabela 4: Distribuição das classes de Kennedy quanto ao gênero na maxila.

Gênero	Classe de Kennedy	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Feminino	I	14	20,9
	II	9	13,4
	III	26	38,8
	Não se Aplica	18	26,9
	Total	67	100,0
Masculino	I	8	16,3
	II	11	22,4
	III	15	30,6
	IV	2	4,1
	Não se aplica	13	26,5
	Total	49	100,0

Tabela 5: Distribuição das classes de Kennedy quanto ao género na mandíbula.

Género	Classe de Kennedy	Frequência (n)	Percentagem (%)
Feminino	I	22	32,8
	II	18	26,9
	III	18	26,9
	Não se aplica	9	13,4
	Total	67	100,0
Masculino	I	18	36,7
	II	14	28,6
	III	10	20,4
	Não se aplica	7	14,3
	Total	49	100,0

4.2.3 GÉNERO E A ESCOLARIDADE

Na avaliação do nível de escolaridade, foram consideradas três categorias: ensino básico, classificado como baixo nível de escolaridade, ensino secundário e ensino superior, classificado como alto nível de escolaridade.

O ensino básico foi o mais prevalente em toda a amostra (59,5%), seguido do ensino secundário (22,4%) e do ensino universitário (18,1%) (Figura 5).

Escolaridade

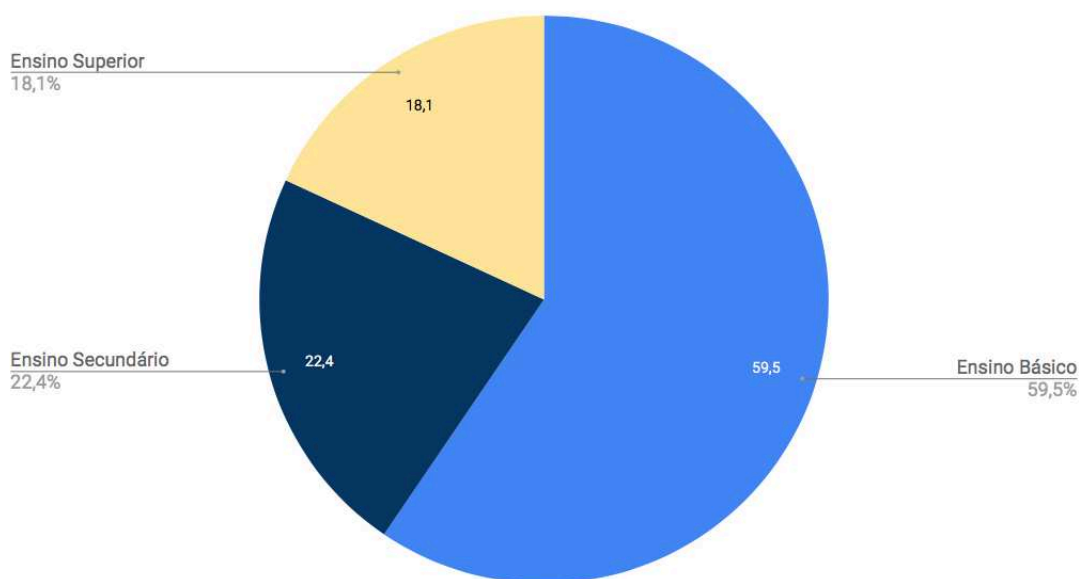


Figura 5: Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade.

Quanto à relação do género com o nível de escolaridade para ambos os sexos a maioria apresenta apenas o ensino básico (51,0% nos homens e 65,7% nas mulheres) (Figuras 6 e 7). Nas mulheres existe uma ligeira diferença entre as que frequentaram o ensino secundário (16,4%) e o ensino superior (17,9%) (Figura 6). Nos indivíduos do sexo masculino há uma maior frequência do ensino secundário (30,6%) do que do ensino superior (18,4%) (Figura 7). A frequência do ensino superior em ambos os géneros é similar, 17,9 nas mulheres e 18,4 nos homens. Existe uma diferença grande na frequência do ensino secundário em que quase o dobro dos homens (30,6%) o frequentou (mulheres 16,4%).

Feminino

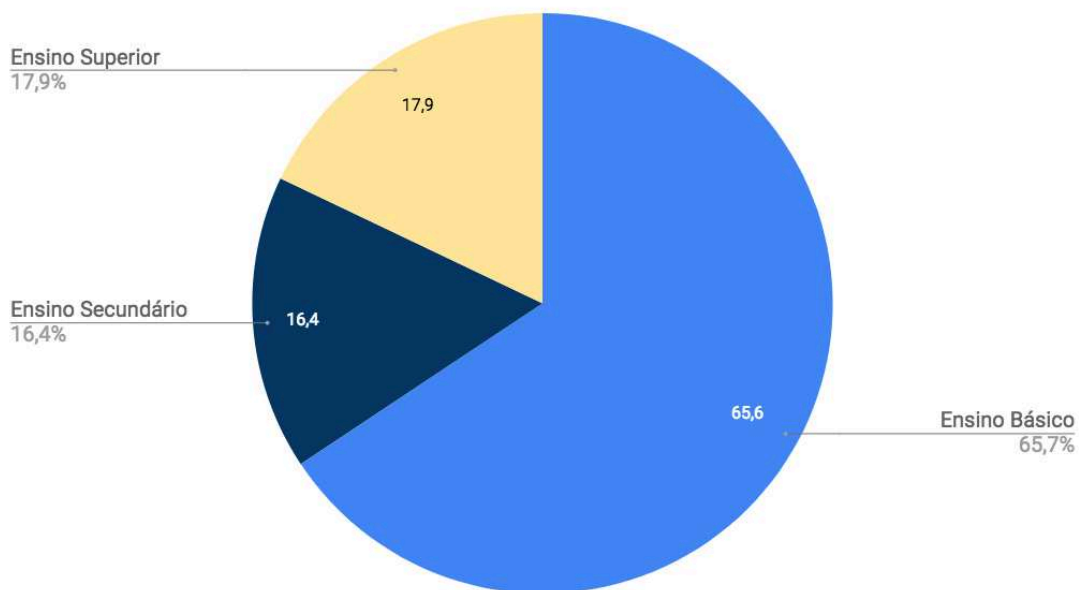


Figura 6: Distribuição do nível de escolaridade no sexo feminino.

Masculino

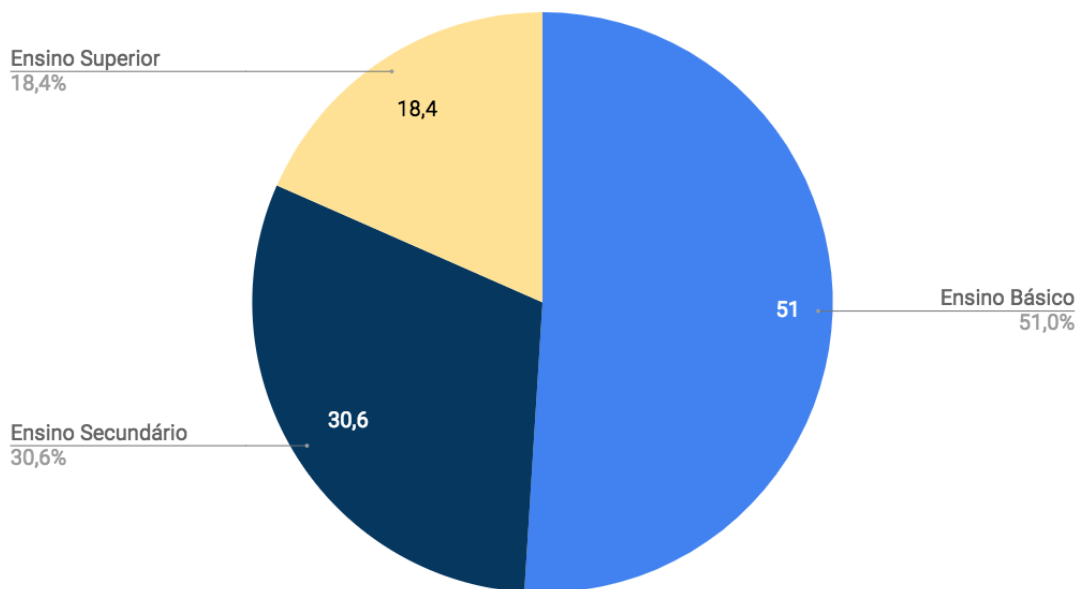


Figura 7: Distribuição do nível de escolaridade no sexo masculino.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À CLASSE DE KENNEDY

4.3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL QUANTO À CLASSE DE KENNEDY

A classe de Kennedy mais frequente na amostra foi a classe III (29,7%), seguida pela classe I (26,7%), pela classe II (22,4%), sendo a classe IV a menos frequente (0,9%) (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição das classes de Kennedy.

Classe de Kennedy	I	II	III	IV	Não se aplica	Total
Frequência (n)	62	52	69	2	47	232
Porcentagem (%)	26,7	22,4	29,7	0,9	20,3	100,0

4.3.2 A CLASSE DE KENNEDY POR ARCADA

Quanto à distribuição do edentulismo parcial nas arcadas dentárias, a mandíbula apresentou maior prevalência de edentulismo parcial quando comparada com a maxila. De um total de 185 arcadas dentárias parcialmente edêntulas analisadas e classificadas com a respectiva classe de Kennedy, 100 (54,1%) foram observadas na mandíbula e 85 (45,9%) na maxila (Figura 8).

Arcadas parcialmente desdentadas

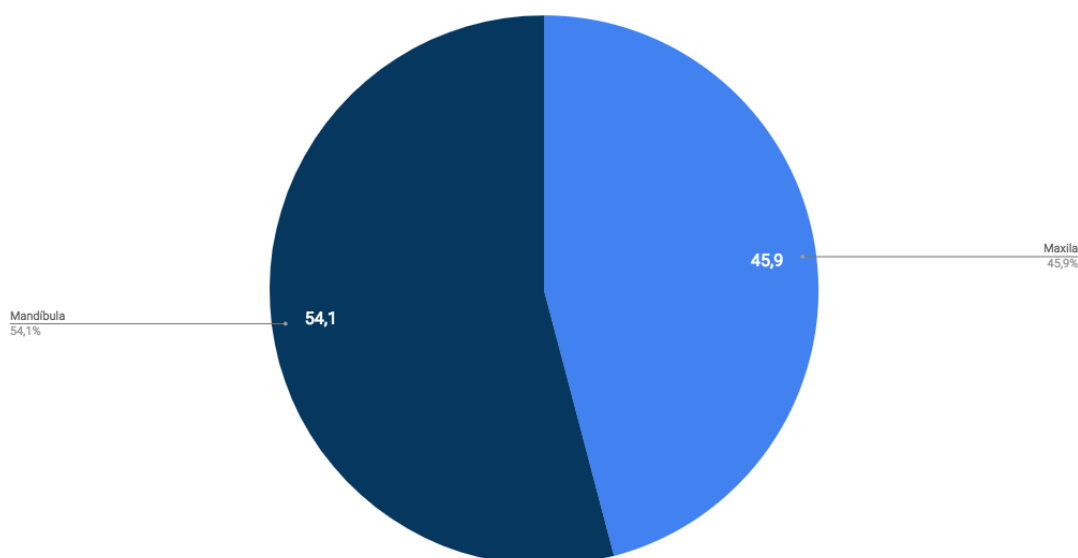


Figura 8: Distribuição das arcadas parcialmente desdentadas na maxila e mandíbula.

Na maxila, a classe III de Kennedy foi a mais frequente (35,3%), seguida pela classe I (19,0%), pela classe II (17,2%) e a classe IV foi a menos frequente (1,7%) (Figura 9). Na mandíbula a classe I foi a mais prevalente (34,5%) seguida pela classe II (27,6%) e por fim pela classe III (24,1%), sendo que não foi observado nenhum desdentado classificado como classe IV nesta arcada (Figura 9).

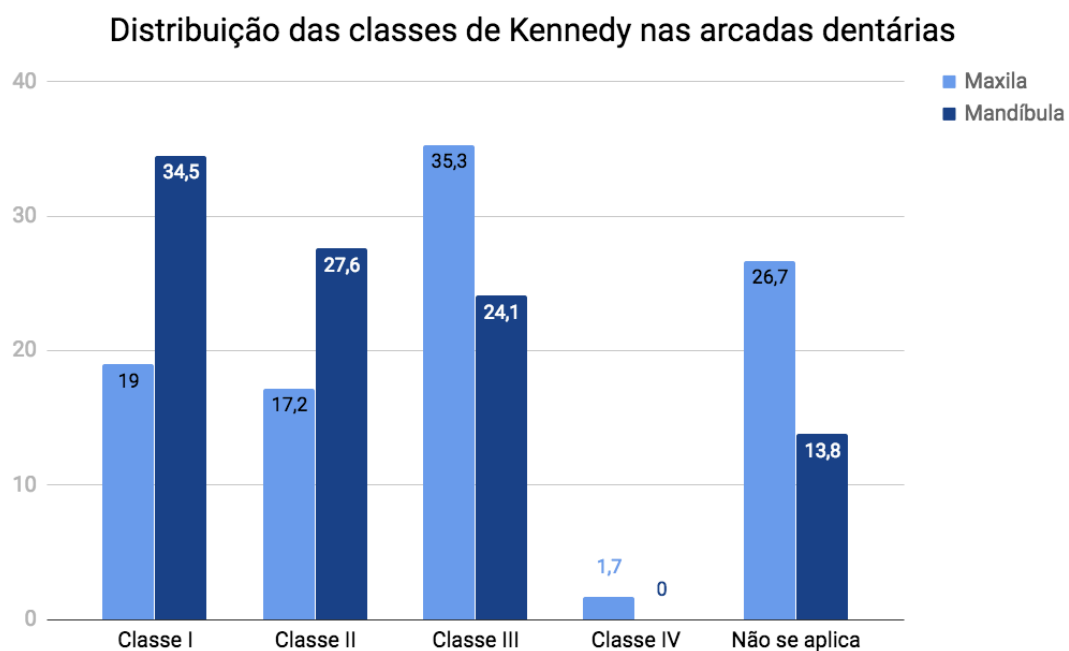


Figura 9: Distribuição das classes de Kennedy na maxila e na mandíbula.

4.3.3 MODIFICAÇÕES ÀS CLASSES DE KENNEDY

Neste estudo, as classes de Kennedy apresentam até 4 modificações. A modificação mais frequente foi a modificação 1 (71,2%) e a menos frequente foi a modificação 4 (1,6%) (Figura 10).

Modificações das Classes de Kennedy

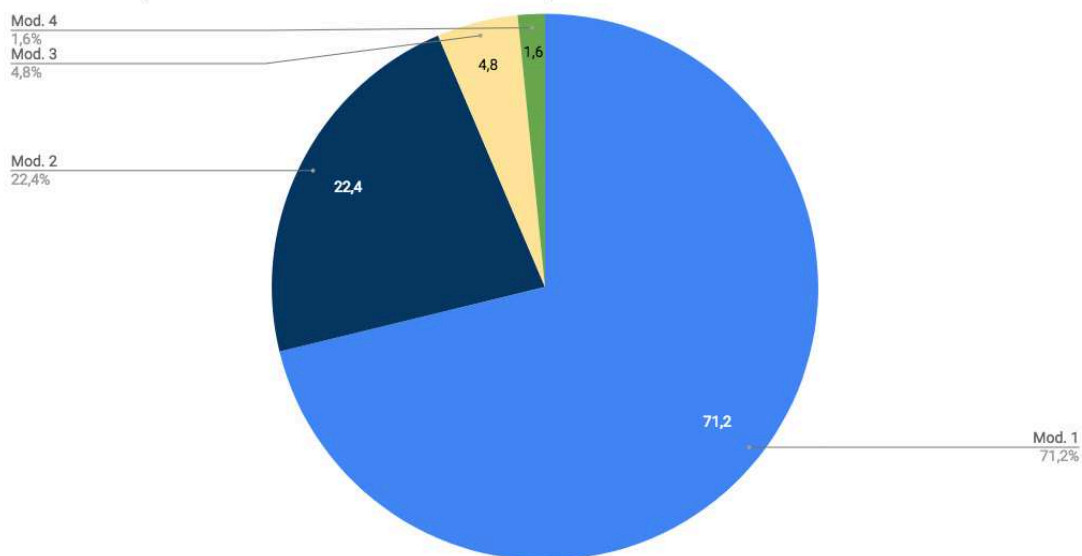


Figura 10: Distribuição das modificações às classes de Kennedy.

4.3.4 MODIFICAÇÕES À CLASSE DE KENNEDY POR ARCADA

Relativamente às modificações das classes de Kennedy na maxila, a classe III foi a que apresentou maior frequência de modificações (50,0%), quando comparado com as classes I (23,3%) e II (26,7%) (Tabela 7). Tal como observado na Tabela 7, classe I de Kennedy apresenta até 4 modificações, sendo que a mais frequente nesta classe é a modificação 1 (64,3%), seguida das modificações 2 (14,3%) e 3 (14,3%) e a menos frequente é a modificação 4 (7,1%). A classe II de Kennedy apresentou até 3 modificações e a mais frequente foi também a modificação 1 (56,3%), seguida pela modificação 2 (37,5%) e pela modificação 3 (6,3%). Por fim, a classe III de Kennedy apresentou até 4 modificações, onde a mais frequente foi a modificação 1 (56,7%), seguida pela modificação 2 (33,3%), modificação 3 (6,7%) e pela modificação 4 (3,3%).

Tabela 7: Distribuição das modificações nas classes de Kennedy na maxila.

Maxila			Modificação				Total
			1	2	3	4	
Classe de	I	n	9	2	2	1	14

Kennedy		% classe kennedy	64,3	14,3	14,3	7,1	100,0
		% Total	15,0	3,3	3,3	1,7	23,3
	II	n	9	6	1	0	16
		% classe kennedy	56,3	37,5	6,3	0,0	100,0
		% Total	15,0	10,0	1,7	0,0	26,7
	III	n	17	10	2	1	30
		% classe kennedy	56,7	33,3	6,7	3,3	100,0
		% Total	28,3	16,7	3,3	1,7	50,0
	Total	n	35	18	5	2	60
% classe kennedy		58,3	30,0	8,3	3,3	100,0	
% Total		58,3	30,0	8,3	3,3	100,0	

Na mandíbula verificou-se que as classes apenas apresentam até 3 modificações. A classe II foi a que apresentou maior frequência de modificações (36,9%), quando comparado com as classes I (29,2%) e III (33,8%), como representado na Tabela 8.

A classe I de Kennedy apresentou até 2 modificações, sendo que a mais frequente nesta classe foi a modificação 1 (84,2%), seguida pela modificação 2 (15,8%). A classe II de Kennedy apresentou até 3 modificações e a mais frequente foi também a modificação 1 (83,3%), seguida pela modificação 2 (12,5%) e pela modificação 3 (4,2%). Finalmente, a classe III de Kennedy apresentou até 2 modificações, onde a mais frequente foi a modificação 1 (81,8%), seguida pela modificação 2 (18,2%) (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição das modificações nas classes de Kennedy na mandíbula.

Mandíbula			Modificação			Total
			1	2	3	
Classe de Kennedy	I	n	16	3	0	19
		% classe kennedy	84,2	15,8	0,0	100,0
		% Total	24,6	4,6	0,0	29,2
	II	n	20	3	1	24
		% classe kennedy	83,3	12,5	4,2	100,0
		% Total	30,8	4,6	1,5	36,9
	III	n	18	4	0	22
		% classe kennedy	81,8	18,2	0,0	100,0
		% Total	27,7	6,2	0,0	33,8
Total		n	54	10	1	65
		% classe kennedy	83,1	15,4	1,5	100,0
		% Total	83,1	15,4	1,5	100,0

4.3.5 CLASSES DE KENNEDY E ESCOLARIDADE

Nas classes de Kennedy maxilares, destacou-se o ensino básico como o nível de escolaridade prevalente. Na classe I foi de 63,6%, o ensino secundário ocupou 22,7% e o ensino superior 13,6%. Na classe II o ensino básico prevaleceu com 50,0%, seguido pelo ensino secundário (25,0%) e ensino superior (25,0%) que ocuparam a mesma proporção. Na classe III de Kennedy o ensino básico ocupou 51,2%, o ensino secundário 29,3% e ao ensino superior 19,5%. Dos indivíduos que foram caracterizados com classe IV maxilar 100,0% frequentou o ensino básico (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição do nível de escolaridade quanto à classe de Kennedy na maxila.

Classe de Kennedy (maxila)		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
I	n	14	5	3	22
	%	63,6	22,7	13,6	100,0
II	n	10	5	5	20
	%	50,0	25,0	25,0	100,0
III	n	21	12	8	41
	%	51,2	29,3	19,5	100,0
IV	n	2	0	0	2
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Não se aplica	n	22	4	5	31
	%	70,9	12,9	16,1	100,0
Total	n	69	26	21	116
	%	59,5	22,4	18,1	100,0

Quando relacionadas as classes de Kennedy mandibulares com o nível de escolaridade observou-se que o nível de escolaridade prevalente também foi o ensino básico. Analisando a Tabela 10, verificou-se que o ensino básico na classe I foi 62,5%, o ensino secundário ocupou 20,0% e o ensino superior 17,5%. Na classe II o ensino básico também prevaleceu com uma percentagem 50,0%, seguido pelo ensino secundário e ensino superior com a mesma proporção de 25,0% cada um. Na classe III de Kennedy o ensino básico também foi mais frequente (67,9%) em relação ao ensino secundário (17,9%) e ao ensino superior (14,3%) (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição do nível de escolaridade quanto à classe de Kennedy na mandíbula.

Classe de Kennedy (mandíbula)		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
I	n	25	8	7	40
	%	62,5	20,0	17,5	100,0
II	n	16	8	8	32
	%	50,0	25,0	25,0	100,0
III	n	19	5	4	28
	%	67,9	17,9	14,3	100,0
Não se aplica	n	9	5	2	16
	%	56,3	31,3	12,5	100,0
Total	n	69	26	21	116
	%	59,5	22,4	18,1	100,0

4.3.6 MODIFICAÇÕES À CLASSE DE KENNEDY POR GÉNERO E ESCOLARIDADE

Quanto ao sexo feminino, na classe I maxilar, 71,5% das modificações foram observadas nos indivíduos que frequentaram o ensino básico e os restantes 28,6% foram observadas no ensino secundário (14,3%) e ensino superior (14,3%). Na classe II observou-se a mesma tendência: 75,0% dos indivíduos frequentaram o ensino básico, 12,5% frequentou o ensino secundário e os restantes 12,5% frequentou o ensino superior. Na classe III, 55,0% dos indivíduos frequentou o ensino básico, 15,0% frequentou o ensino secundário e 30,0% frequentou o ensino superior (Tabela 11).

Ao analisar as Tabelas 11 e 12, verificou-se que existe uma tendência para ocorrência de um maior número de modificações das classes de Kennedy em indivíduos com menor nível de escolaridade.

Tabela 11: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classes de Kennedy na maxila no sexo feminino.

Classe de Kennedy (maxila)	Modificação		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
I	1	n (%)	2 (66,6)	0	1 (33,3)	3 (100,0)
	2		2 (100,0)	0	0	2 (100,0)
	3		1 (100,0)	0	0	1 (100,0)
	4		0	1 (100,0)	0	1 (100,0)
	Total		5 (71,5)	1 (14,3)	1 (14,3)	7 (100,0)
II	1	n (%)	2 (66,6)	0	1 (33,3)	3 (100,0)
	2		4 (100,0)	0	0	4 (100,0)
	3		0	1 (100,0)	0	1 (100,0)

	Total		6 (75,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	8 (100,0)
III	1	n (%)	5 (41,6)	2 (16,7)	5 (41,7)	12 (100,0)
	2		3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	5 (100,0)
	3		2 (100,0)	0	0	2 (100,0)
	4		1 (100,0)	0	0	1 (100,0)
	Total		11 (55,0)	3 (15,0)	6 (30,0)	20 (100,0)

Quanto à relação entre o nível de escolaridade e as modificações das classes de Kennedy mandibulares no sexo feminino, verificou-se também uma tendência para um maior número de modificações em indivíduos com menor nível de escolaridade (Tabela 12). Na classe I mandibular, 72,7% das modificações foram encontradas em indivíduos que frequentaram o ensino básico, 18,2% foram encontradas em indivíduos que frequentaram o ensino secundário e os restantes 9,1% em indivíduos que frequentaram o ensino superior. Na classe II, 43,8% dos indivíduos frequentaram o ensino básico, 18,8% frequentou o ensino secundário e 37,5% frequentou o ensino superior. Na classe III, 86,7% dos indivíduos frequentou o ensino básico, 6,7% frequentou o ensino secundário e 6,7% frequentou o ensino superior (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classes de Kennedy na mandíbula no sexo feminino.

Classe de Kennedy (mandíbula)	Modificação		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
I	1	n (%)	7 (70,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	10 (100,0)
	2		1 (100,0)	0	0	1 (100,0)
	Total		8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	11 (1000)

II	1	n (%)	6 (46,2)	3 (23,1)	4 (30,8)	13 (100,0)
	2		0	0	2 (100,0)	2 (100,0)
	3		1 (100,0)	0	0	1 (100,0)
	Total		7 (43,8)	3 (18,8)	6 (37,5)	16 (100,0)
III	1	n (%)	11 (91,6)	1 (8,3)	0	12 (100,0)
	2		2 (66,6)	0	1 (33,3)	3 (100,0)
	Total		13 (86,7)	1 (6,7)	1 (6,7)	15 (100,0)

No que respeita ao sexo masculino, a distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classes de Kennedy na maxila, verificou-se a mesma relação entre um maior número de modificações e níveis de ensino mais baixos (Tabela 13). Na classe I maxilar, 57,2% das modificações verificadas foram observadas em indivíduos que frequentaram o ensino básico, 28,6% no ensino secundário e 14,3% no ensino superior. Na classe II, a maior parte das modificações verificadas foram observadas em indivíduos que frequentaram o ensino básico (37,5%) e secundário (37,5%) na mesma proporção, e 25,0% das modificações verificadas foram observadas em indivíduos que frequentaram o ensino superior. Na classe III, 60,0% das modificações foram relatadas em indivíduos frequentaram o ensino secundário e 40,0% em indivíduos que frequentaram o ensino básico, sendo que nesta classe nenhuma modificação foi encontrada em indivíduos que tenham frequentado o ensino superior.

Tabela 13: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classes de Kennedy na maxila no sexo masculino.

Classe de Kennedy (maxila)	Modificação		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
I	1	n (%)	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	6 (100,0)
	3		1 (100,0)	0	0	1 (100,0)

	Total		4 (57,2)	2 (28,6)	1 (14,3)	7 (100,0)
II	1	n (%)	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (100,0)
	2		2 (100,0)	0	0	2 (100,0)
	Total		3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	8 (100,0)
III	1	n (%)	2 (40,0)	3 (60,0)	0	5 (100,0)
	2		2 (40,0)	3 (60,0)	0	5 (100,0)
	Total		4 (40,0)	6 (60,0)	0	10 (100,0)

Ainda referente ao sexo masculino, na classe I mandibular, 50,0% das modificações observadas foram em indivíduos que frequentaram o ensino básico, 12,5% no ensino secundário e 37,5% no ensino superior. Na classe II, a maior parte das modificações verificadas foram também observadas em indivíduos que frequentaram o ensino básico (62,5%) e secundário (37,5%) não tendo sido observadas modificações em indivíduos com ensino superior. Na classe III, 57,1% das modificações foram relatadas em indivíduos frequentaram o ensino secundário e 42,9% em indivíduos que frequentaram o ensino básico, sendo que nesta classe nenhuma modificação foi encontrada em indivíduos que tenham frequentado o ensino superior. (Tabela 14)

Tabela 14: Distribuição do nível de escolaridade quanto às modificações das classes de Kennedy na mandíbula no sexo masculino.

Classe de Kennedy (mandíbula)	Modificação		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total
I	1	n (%)	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	6 (100,0)
	2		2 (100,0)	0	0	2 (100,0)
	Total		4 (50,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	8 (100,0)
II	1	n	4 (57,1)	3 (42,9)	0	7 (100,0)

	2	(%)	1 (100,0)	0	0	1 (100,0)
	Total		5 (62,5)	3 (37,5)	0	8 (100,0)
III	1	n (%)	2 (33,3)	4 (66,6)	0	6 (100,0)
	2		1 (100,0)	0	0	1 (100,0)
	Total		3 (42,9)	4 (57,1)	0	7 (100,0)

Verificou-se também um maior número de modificações das classes de Kennedy no sexo feminino (n=78) comparativamente ao sexo masculino (n=48).

5. DISCUSSÃO

O edentulismo parcial têm um grande impacto na saúde e na qualidade de vida, relativamente à estética, função, fonética e relações sociais. (D'Souza & Aras, 2014; McGarry et al., 2002; Vadavadagi et al., 2015)

Este trabalho apresenta-se como um estudo observacional, com o objetivo de contribuir para o conhecimento do estado da saúde oral dos doentes que frequentaram as consultas de Reabilitação Oral I e II na Clínica Universitária Egas Moniz entre os meses de Setembro de 2014 e Março de 2018.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, observou-se uma diferença de 15,6% entre os géneros, com mais pacientes do sexo feminino (57,8%) do que masculino (42,2%) (Tabela 2). Esta tendência verificou-se noutras estudos e que se pode explicar pelo facto dos indivíduos do sexo feminino serem pacientes mais assíduas nas consultas por motivos estéticos. (Carvalho, Rosemburg, & Buralli, 2000; de Souza et al., 2015; Forjaz, Reis, Martins, Maurício, & Félix, 2016; Patel et al., 2014; Pellizzer et al., 2012; Sapkota, Adhikari, & Upadhaya, 2013)

Assim como o estudo realizado por Moreira Carneiro et al., (2013) também em Portugal, a idade média dos doentes ronda os 59 anos, notando-se uma diferença na média de idades entre homens e mulheres: os homens apresentaram uma média de idades ligeiramente mais elevada (58,9 anos) do que as mulheres (58,4 anos) (Tabela 2), representando uma diferença de 0,5%, em concordância com um estudo realizado por Pellizzer et al. (2012).

A maioria das arcadas parcialmente desdentadas verificou-se na mandíbula (54,1%) (Figura 8). Estes dados são semelhantes aos verificados por Moreira Carneiro et al., na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto em 2013 que apresentou 51,1% das arcadas edêntulas na mandíbula e 48,9% na maxila. Outros estudos também obtiveram maior percentagem de arcadas desdentadas na mandíbula. (de Souza et al., 2015; Forjaz et al., 2016; Patel et al., 2014; Pellizzer et al., 2012)

De uma forma geral, a classe de Kennedy mais frequente nas duas arcadas dentárias foi a classe III com uma percentagem de 29,7%, seguida da classe I (26,7%), da classe II (22,4%) e por fim a classe IV (0,9%) (Tabela 3). Estes resultados são semelhantes aos observados por autores como Pellizzer et al. em 2012 que também concluiu que a classe de Kennedy mais frequente é a classe III (37,8%), seguida pela

classe I (33,6%), classe II (26,4%) e classe IV (2,2%), apesar da sua amostra ser maior (N=412) e autores como Moreira Carneiro et al. em 2013 que observou maior prevalência da classe III (36,2%) na sua amostra. Patel et al. (2014), também concluiu que a classe de Kennedy mais frequente na sua amostra foi a classe III (56,7%) e a menos frequente foi a classe IV (8,6%).

A classe de Kennedy mais prevalente na mandíbula foi a classe I com uma percentagem de 34,5%, e deste valor 55,0% são mulheres e 45,0% são homens, tal como Moreira Carneiro et al. em 2013 concluiu que na mandíbula é mais prevalente a classe I nas mulheres (60,4%) do que nos homens (39,6%) (Figura 9).

Na maxila a classe III de Kennedy foi a mais prevalente com uma percentagem de 35,3% onde 63,4% são mulheres e 36,6% são homens, sendo portanto a classe III mais frequente na maxila em mulheres como observou Moreira Carneiro et al. num estudo que realizou em 2013.

Estudos realizados por Moreira Carneiro et al. em 2013, Vadavadagi et al. em 2015 e Zavanelli em 2007 também comprovam que a classe III de Kennedy foi a mais frequente na maxila e a classe I na mandíbula, sendo a classe IV a menos prevalente em ambas as arcadas.

Apesar da classe III ser a classe mais prevalente na amostra, a classe I foi a classe de Kennedy mais prevalente no sexo masculino (26,5%) e a classe III a mais prevalente no sexo feminino (32,8%) (Tabela 3), contrastando com os resultados do estudo realizado por Moaleem et al. em 2016 numa população de doentes da Universidade de Jazan na Arábia Saudita que verificou o oposto: a classe III foi mais prevalente no sexo masculino e a classe I foi mais prevalente no sexo feminino. No estudo de Moreira Carneiro et al. em 2013 os resultados coincidem no que diz respeito à maior prevalência da classe III nas mulheres, no entanto foi a classe II que foi mais prevalente nos homens, contrariando assim os resultados obtidos neste estudo relativamente ao sexo masculino. Outro estudo realizado por Abdel-rahman, Tahir, & Saleh (2013) no Iraque, a classe de Kennedy mais prevalente foi a classe III em ambos os sexos, por isso também esteve de acordo com os resultados referentes à maior prevalência da classe III no sexo feminino neste estudo, mas não dos resultados referentes ao sexo masculino.

A classe de Kennedy menos frequente foi a classe IV (Tabela 3), estando em concordância com a grande maioria dos estudos que também confirmam este resultado. (Abdel-rahman et al., 2013; Charyeva et al., 2012; D'Souza & Aras, 2014; Goutham GB,

Shrivastava N, Mathew S, 2016; Moaleem et al., 2016; Moreira Carneiro et al., 2013; Patel et al., 2014; Pellizzer et al., 2012; Pun et al., 2011; Rashid & Ayoub, 2017; Zavanelli, 2007)

A classe IV sendo a menos frequente, não obteve resultados na mandíbula e na maxila prevaleceu 1,7% (Figura 9).

Relativamente às modificações das classes de Kennedy, observou-se que a ocorrência de modificações é mais frequente na mandíbula (52,4%) do que na maxila (47,6%), com uma diferença percentual de 4,8% (Tabelas 7 e 8), contrariando os resultados obtidos por Patel et al. em 2014 e Pun et al. em 2011 que comprovaram maior frequência de modificações na maxila do que na mandíbula.

Relativamente às modificações das classes de Kennedy na maxila, a classe III foi a que apresentou maior frequência de modificações (50,0%) (Tabela 7). Em todas as classes de Kennedy a modificação 1 foi a mais frequente: 64,3% na classe I de Kennedy que apresentou até 4 modificações; 56,3% na classe II de Kennedy apresentou até 3 modificações; 56,7% na classe III de Kennedy apresentou até 4 modificações.

Na mandíbula verificou-se que as classes de Kennedy apresentaram até 3 modificações. A classe II foi a que apresentou maior frequência de modificações (36,9%) (Tabela 8). A modificação 1 foi a mais frequente em todas as classes de Kennedy: na classe I de Kennedy que apresentou até 2 modificações, sendo que 84,2% pertenciam à modificação 1; na classe II de Kennedy que apresentou até 3 modificações, 83,3% pertenciam à modificação 1; por fim na classe III de Kennedy que apresentou até 2 modificações, a modificação 1 ocupou 81,8% (Tabela 8).

Tal como Zitzmann et al. concluiu em 2007, a maioria dos pacientes desdentados pertenciam a uma faixa etária mais avançada, perto dos 60 anos e um nível de escolaridade mais baixo. O ensino básico foi o mais prevalente em toda a amostra (59,5%), seguido do ensino secundário (22,4%) e do ensino universitário (18,1%) (Figura 5), o que demonstra que indivíduos com menos anos de escolaridade estão mais propensos a serem edêntulos. Estes resultados são similares ao estudo de Medina-Solís, Pérez-Núñez, Maupomé, & Casanova-Rosado em 2006, que também revelou o ensino básico como o mais prevalente e o ensino superior como o menos prevalente na amostra, apesar das diferenças relativamente à dimensão da amostra, que neste estudo era superior (N=13966).

Observou-se que a maior parte da amostra sendo indivíduos do sexo feminino (57,8%), também apresentam menor nível de escolaridade, ou seja, uma maior percentagem de mulheres só frequentou o ensino básico (Figura 6), sendo este o nível mais baixo de educação no presente estudo. A população do sexo masculino apresentou um nível mais alto de escolaridade, que se refletiu na maior frequência do ensino secundário, 30,6% que contrasta com os 16,4% nas mulheres (Figuras 6 e 7). A frequência do ensino superior foi em ambos os sexos, similar.

Especificamente na maxila, todas as classes de Kennedy estão mais associadas ao ensino básico, visto que o nível de escolaridade mais prevalente foi o ensino básico: na classe I foi de 63,6%, na classe II o ensino básico prevaleceu com uma percentagem 50,0% e na classe III de Kennedy o ensino básico ocupou 51,2%. Dos indivíduos que foram caracterizados com classe IV maxilar 100,0% frequentou o ensino básico (Tabela 9).

Relativamente à mandíbula, quando se relacionaram as classes de Kennedy com o nível de escolaridade observou-se que o nível de escolaridade prevalente também foi o ensino básico, tal como observado anteriormente na maxila. Verificou-se que o ensino básico na classe I foi 62,5%, na classe II o ensino básico também prevaleceu com uma percentagem de 50,0% e na classe III de Kennedy o ensino básico ocupou 67,9% (Tabela 10).

Estes dados revelam que os indivíduos pertencentes a este estudo, com arcadas parcialmente desdentadas estão mais associados a níveis de ensino mais baixos.

Quando analisada a relação entre as modificações das classes de Kennedy na maxila e mandíbula, em cada género, averiguou-se que existe uma tendência para ocorrência de um maior número de modificações das classes de Kennedy em indivíduos com menor nível de escolaridade. Quanto ao sexo feminino, nas classes de Kennedy maxilares a maior percentagem de modificações observou-se em indivíduos que frequentaram o ensino básico: 71,5% na classe I, 75,0% na classe II e 55,0% na classe III (Tabela 11). Na mandíbula, também referente ao sexo feminino, verificou-se a mesma tendência: um maior número de modificações em indivíduos com menor nível de escolaridade (Tabela 12). Na classe I, 72,7% das modificações foram encontradas em indivíduos que frequentaram o ensino básico, bem como na classe II, onde 43,8% dos indivíduos frequentaram o nível de ensino básico e por fim, na classe III, 86,7% dos indivíduos frequentou o ensino básico (Tabela 12).

Esta relação entre as modificações das classes de Kennedy na maxila e mandíbula, no sexo feminino, com o nível de escolaridade, comprovou que as mulheres com menor nível de escolaridade estão associadas a um maior número de modificações das classes de Kennedy.

Relativamente ao sexo masculino, verificou-se a mesma relação que foi relatada anteriormente no sexo feminino, no entanto com ligeiras diferenças. Na classe I maxilar, 57,2% das modificações verificadas foi observado em indivíduos que frequentaram o ensino básico, no entanto na classe II, o maior número de modificações foi observado igualmente nos indivíduos que frequentaram o ensino básico (37,5%) e secundário (37,5%) (Tabela 13). Por outro lado, na classe III, 60,0% das modificações foram encontradas em indivíduos que frequentaram o ensino secundário e 40,0% em indivíduos que frequentaram o ensino básico.

Ainda quanto ao sexo masculino, na classe I mandibular, 50,0% das modificações foram encontradas em indivíduos que frequentaram o ensino básico, bem como na classe II, onde 62,5% das modificações foram observadas em indivíduos que frequentaram o ensino básico. Por outro lado na classe III, 57,1% das modificações foram encontradas em indivíduos que frequentaram o ensino secundário e 42,9% em indivíduos que frequentaram o ensino básico (Tabela 14).

Esta relação entre o número de modificações nas classes de Kennedy e o nível de escolaridade, difere ligeiramente no sexo masculino, visto que ao contrário do sexo feminino, um maior número de modificações nas classes de Kennedy não está apenas relacionado com o ensino básico, sendo que neste caso também está associado ao ensino secundário, principalmente na classe III.

O baixo nível de escolaridade da amostra pode justificar-se pelo facto de que esta população, nesta faixa etária mais envelhecida, perto dos 60 anos, com média de 58,6 anos, ter vivido numa época em que a escolaridade obrigatória em Portugal era de apenas 4-6 anos de ensino e o 4º ano tinha um carácter facultativo. (Pereira, 2014)

Vários estudos revelam que indivíduos com um baixo nível de educação são mais propensos a serem desdentados do que pessoas com altos níveis de educação, o que se confirma no presente estudo, visto que a maior parte da amostra pertence ao grupo que apresenta um nível de escolaridade básico. (D'Souza & Aras, 2014; Medina-Solís et al., 2006; Petersen & Yamamoto, 2005)

6. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo caracterizar as arcadas desdentadas parciais segundo a Classificação de Kennedy dos doentes que recorrem à Clínica Dentária Universitária Egas Moniz e correlacionar o tipo de edentulismo com o nível de escolaridade com base num conjunto de variáveis, possibilitando assim, através de análise de resultados e discussão, atingir os objetivos propostos e dar resposta às hipóteses colocadas.

As hipóteses nulas foram rejeitadas, pois claramente existe uma Classe de Kennedy mais prevalente nos doentes desdentados (hipótese nula A), sendo esta a Classe III e também existe uma correlação entre o edentulismo e o nível de escolaridade (hipótese nula B), visto que a amostra de pacientes parcialmente edêntulos neste estudo frequentou níveis mais baixos de educação, como o ensino básico.

As hipóteses foram também confirmadas, pois a classe de Kennedy III é a mais frequente (hipótese 1) e a classe IV a menos frequente (hipótese 2).

Foram também comprovadas as Hipóteses 3 e 4, visto que os homens apresentam com mais frequência a classe I de Kennedy as mulheres apresentam com mais frequência a classe III de Kennedy.

Um nível de escolaridade mais baixo apresenta mais modificações às classes de Kennedy e um nível de escolaridade mais alto apresenta menos modificações às classes de Kennedy, confirmando as Hipótese 5 e 6.

Concluimos também que segundo a presente amostra, o edentulismo é mais prevalente no sexo feminino, onde a classe III é mais prevalente, do que no sexo masculino, onde a classe I é mais prevalente.

Este estudo apresentou algumas limitações, tal como a reduzida amplitude geográfica da amostra populacional, que apenas abrange a zona centro do país e a dimensão da amostra.

Este tipo de estudo permite comparar a prevalência do edentulismo parcial nas arcadas dentárias dos doentes da CDUEM e com os dados recolhidos é possível notar uma necessidade de melhorar a promoção da saúde oral da população portuguesa, os programas preventivos com o objetivo de minimizar a perda dentária.

Assim, concluimos que existe a necessidade de realizar estudos semelhantes em várias unidades de saúde oral em todo o país, de modo a reunir dados mais precisas para

cada zona do país, de modo a ser possível estabelecer padrões quanto ao edentulismo parcial, bem como a prevalência e etiologia da perda dentária. Desta forma, podem ser tomadas medidas de promoção de saúde oral, preventivas para reduzir a incidência de edentulismo parcial na população portuguesa.

7. 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. <https://doi.org/10.15218/zjms.2013.0033>
- Agostinho, A. C. M. G., Campos, M. L., & Da Silveira, J. L. G. C. (2015). Edentulism, denture wearing and self-perceived of oral health among elderly. *Unesp*, *44*(2), 74–79. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.1072>
- Allen, P. F., & McMillan, A. S. (2003). A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *Journal (Canadian Dental Association)*, *69*(10), 662. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Alyami, Y. A., Alqahtani, M. M., Mahdi, A., Yami, A., Yami, M. Al, Saleh, E., ... Mohammed, A. (2017). Pattern of partial edentulism among Najranian subpopulation and its association with related factors, *4*(3), 86–94.
- Araby, Y. A., Almutairy, A. S., & Alotaibi, F. M. (2017). Pattern of Partial Edentulism in Correlation to Age and Gender among a Selected Saudi Population, *5*(1), 1–4. <https://doi.org/10.12691/ijdsr-5-1-1>
- Areias, C., Fonseca, P., & Figueiral, M. H. (2007). Satisfação dos pacientes portadores de prótese removível. *Jada*, *7*(4), 49–53.
- Bernabé, E., & Sheiham, A. (2014). Tooth loss in the United Kingdom - Trends in social inequalities: An age-period-and-cohort analysis. *PLoS ONE*, *9*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104808>
- Brodeur, J., Benigeri, M., Naccache, H., Olivier, M., & Payette, M. (1996). Trends in the

- level of edentulism in Quebec between 1980 and 1993. *Journal of the Canadian Dental Association*, 62(2), 159–160.
- Burt, B. A., Morrison, E. C., Morrison, E. C., & Beltran, E. D. (1990). Risk Factors for Tooth Loss Over a 28-year Period. *Journal of Dental Research*, 69(5), 1126–1130. <https://doi.org/10.1177/00220345900690050201>
- Cafiero, C., Matarasso, M., Marenzi, G., Iorio Siciliano, V., Bellia, L., & Sammartino, G. (2013). Periodontal care as a fundamental step for an active and healthy ageing. *The Scientific World Journal*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/127905>
- Carlsson, G. E., & Omar, R. (2006). Trends in prosthodontics. *Medical Principles and Practice*, 15(3), 167–179. <https://doi.org/10.1159/000092177>
- Carr, A., & Brown, D. (2012). *McCracken's Prótese Parcial Removível* (12ª edição). São Paulo: Elsevier Ltd.
- Carvalho, G., Rosemburg, C., & Buralli, K. (2000). Avaliação de ações e serviços de saúde. *Políticas Públicas de Saúde*, 24(1), 72–88.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2011.00809.x>
- D'Souza, K., & Aras, M. (2014). Association between socio-demographic variables and partial edentulism in the Goan population: An epidemiological study in India. *Indian Journal of Dental Research*, 25(4), 434. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.142519>
- de Souza, F. N., de Siqueira Gomes, C., Rodrigues, A. R. C., Tiozzi, 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. <https://doi.org/10.1111/jopr.12225>
- Decreto-Lei nº 176/2012 de 2 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, Pub. L. No. Diário da República: I série, nº149, 4068 (2012). Disponível em: <http://dre.pt>
- DGE. (2012). Currículo Nacional - DL 139/2012. Disponível em: <http://dge.mec.pt>
- Di Fiore, S., Di Fiore, M. A., & Di Fiore, A. P. (2010). *Atlas de Prótese Parcial Removível* (Santos Edi). São Paulo.
- EC. (2010). *Eurobarometer 72.3 Oral health*. Disponível em: <http://ec.europa.eu/>
- Emami, E., De Souza, R. F., Kabawat, M., & Feine, J. S. (2013). The impact of edentulism on oral and general health. *International Journal of Dentistry*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/498305>
- Forjaz, A., Reis, J., Martins, F., Maurício, P., & Félix, S. (2016). *Caracterização dos desdentados numa população de doentes da Clínica Universitária Egas Moniz*. Lisboa.
- Galagali, G., & Mahoorkar, S. (2010). Critical Evaluation of Classification Systems of Partially Edentulous Arches. *International Journal of Dental Clinics* ©*International Journal of Dental Clinics*, 2(3), 45–52. Retrieved from http://intjdc.org/index.php/intjdc/article/viewFile/2.3.8/pdf_1
- Gomes, A. P. M., Silva, E. G. da, Gonçalves, S. H. F., Huhtala, M. F. R. L., Martinho, F. C., Gonçalves, S. E. de P., & Torres, C. R. G. (2015). Relationship between patient's education level and knowledge on oral health preventive measures. *International Dental & Medical Journal of Advanced Research - VOLUME 2015*, 1(1), 1–7.

<https://doi.org/10.15713/ins.idmjar.6>

Goutham GB, Shrivastava N, Mathew S, A. M. (2016). Sociodemographic factors and partial edentulism: an exploratory study. *Int J Oral Care Res.*, 4(4), 276–279.

Hakeem, S., AnumBaqar, & Mirza, D. (2015). Prevalence of Partial Dentulism and Rehabilitation Provided To the Patients Attending Bahria University. *International Journal of Dental and Health Sciences*, 2(5), 1102–1112.

Hugoson, A., Koch, G., Göthberg, C., Helkimo, A., Lundin, S., Norderyd, O., ... Sondell, K. (2005). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swedish Dental Journal*, 29(4), 139–155.

Hunt, R. J., Beck, J. D., Lemke, J. H., Kohout, F. J., & Wallace, R. B. (1985). Edentulism and oral health problems among elderly rural Iowans: the Iowa 65+ rural health study. *American Journal of Public Health*, 75(10), 1177–1181. <https://doi.org/10.2105/AJPH.75.10.1177>

INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa. Disponível em: <http://ine.pt>

Jeyapalan, V., & Krishnan, C. S. (2015). Partial edentulism and its correlation to age, gender, socio-economic status and incidence of various Kennedy's classes– a literature review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(6), ZE14-ZE17. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13776.6124>

Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). Global Burden of Severe Tooth Loss : A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clinical Research Supplement*, 93(7), 20s–28s. <https://doi.org/10.1177/0022034514537828>.

- Kliemann, C., & Oliveira, W. (1999). *Manual de Prótese Parcial Removível* (1ª edição). Editora Santos.
- Lorentz, T. C. M., Cota, L. O. M., Cortelli, J. R., Vargas, A. M. D., & Costa, F. O. (2010). Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: prospective study. *Brazilian Oral Research*, 24(2), 231–237. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242010000200017>
- Marcus, S. E., Drury, T. F., Brown, L. J., & Zion, G. R. (1996). Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults: United States, 1988-1991. *Journal of Dental Research*, 75 Spec No, 684–695. <https://doi.org/10.1177/002203459607502S08>
- 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. <https://doi.org/10.1053/jpro.2002.126094>
- Medina-Solís, C. E., Pérez-Núñez, R., Maupomé, G., & Casanova-Rosado, J. F. (2006). Edentulism among Mexican adults aged 35 years and older and associated factors. *American Journal of Public Health*, 96(9), 1578–1581. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.071209>
- Melo, P., Azevedo, Á., & Henriques, M. (2008). Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39(6), 253–259. Retrieved from <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4616>
- Moaleem, M., Somaili, D., Ageeli, T., Namis, S., Mobarki, A., Mohamed, S. M., ... Matto, K. (2016). Pattern of Partial Edentulism and Its Relation to Age, Gender, Causes of Teeth Loss in Jazan Population. *American Journal of Health Research*, 4(5), 121. <https://doi.org/10.11648/j.ajhr.20160405.12>

- Moreira Carneiro, A. C., Maia Correia, A. R., Reis Campos, J. C., Fonseca, P., Mesquita, P., & Figueiral, M. H. (2013). Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 54(2), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.11.006>
- Moreira, R. da S., Nico, L. S., Tomita, N. E., & Ruiz, T. (2005). A Saúde Bucal do Idoso Brasileiro : revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Caderno de Saúde Pública*, 21(6), 1665–1675.
- Müller, F., Naharro, M., & Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18(SUPPL. 3), 2–14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01459.x>
- Nagaraj, E., Mankani, N., Madalli, P., & Astekar, D. (2014). Socioeconomic factors and Complete edentulism in North Karnataka population. *Journal of Indian Prosthodontist Society*, 14(1), 24–28. <https://doi.org/10.1007/s13191-012-0149-2>
- OMD. (2017). *Barómetro da Saúde Oral*. Disponível em: <http://omd.pt>
- Ong, G. (1998). Periodontal disease and tooth loss. *International Dental Journal*, 48(S3), 233–238. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.1998.tb00711.x>
- Panasiuk, L., Kosiniak-Kamysz, W., Horoch, A., Paprzycki, P., & Karwat, D. (2013). Tooth loss among adult rural and urban inhabitants of the Lublin Region. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(3), 637–641.
- Patel, J. Y., Vohra, M. Y., & Mohammed, J. (2014). Assessment of Partially Edentulous Patients Based on Kennedy ’ s Classification and its Relation with. *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. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00653.x>
- Peltzer, K., Hewlett, S., Yawson, A. E., Moynihan, P., Preet, R., Wu, F., ... Kowal, P. (2014). Prevalence of loss of all teeth (Edentulism) and associated factors in older adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(11), 11308–11324. <https://doi.org/10.3390/ijerph111111308>
- Pereira, R. (2014). Educação em Portugal (1974-2014) tempos, ideias e combates. *Educação, Sociedade e Culturas*, *43*, 11–24. Retrieved from https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC43_Pereira.pdf
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *33*(2), 81–92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>
- Polzer, I., Schimmel, M., Müller, F., & Biffar, R. (2010). Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*, *60*(3), 143–155.
- PORDATA. (2017). Escolaridade da População. Disponível em: www.pordata.pt
- Pun, D. K., Waliszewski, M. P., Waliszewski, K. J., & Berzins, D. (2011). Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population. *Journal of Prosthetic Dentistry*, *106*(1), 48–56. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(11\)60093-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(11)60093-0)
- Rashid, R., & Ayoub, W. (2017). Partial Edentulism and its Association with Age and

Gender-A Research Article, 7(9), 14883–14886.

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. *Kathmandu University Medical Journal*, 11(44), 325–327.

DGES. (2018). Sistema de Ensino Superior Português. Disponível em: www.dges.gov.pt

Skinner, C. N. (1959). A classification of removable partial dentures based upon the principles of anatomy and physiology. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 9(2), 240–246.

Stock, C., Jürges, H., Shen, J., Bozorgmehr, K., & Listl, S. (2016). A comparison of tooth retention and replacement across 15 countries in the over-50s. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 44(3), 223–231. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12209>

Todescan, R., Da Silva, E. B., & Da Silva, O. J. (2003). *Atlas de prótese parcial removível* (1ª edição). São Paulo: Livraria Santos Editora.

Tsakos, G., Sheiham, A., Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C. G., ... Stuck, A. E. (2009). The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *European Journal of Oral Sciences*, 117(3), 286–292. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2009.00619.x>

Vadavadagi, S. V., Srinivasa, H., Gputham, G. ., Hajira, N., Lahari, M., & Reddy, G. T. . (2015). Partial Edentulism and its Association with Socio-Demographic Variables among Subjects Attending Dental Teaching Institutions , India. *Journal of International Oral Health*, 7(April), 60–63.

Xu, L., Wang, Y. X., & Jonas, J. B. (2010). Level of education associated with ophthalmic

diseases. the Beijing Eye Study. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 248(1), 49–57. <https://doi.org/10.1007/s00417-009-1204-5>

Zaigham, A. M., & Muneer, M. U. (2010). Pattern of partial edentulism and its association with age and gender. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 30(1), 260–263.

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., Haggmann, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01435.x>

8. ANEXOS

Anexo 1

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 655

Ex.ma Senhora

Joana Maria Mira Marreiros

Monte de Caparica, 12 de setembro de 2018.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Avaliação e caracterização dos desdentados na consulta de reabilitação oral I e II na Clínica Universitária Egas Moniz”**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof^a. Doutora Maria Fernanda de Mesquita



 **HISTÓRIA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO ORAL** 

Nome: _____	Processo: _____
Data: ____/____/____	

Perístases e expectativa: _____

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 Presente

Abóboda: Ogival U 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 Estrangulado Rebordo: NA Regular Irregular Forma da Arcada: Triangular Quadrada Arredondada Tamanho da Arcada: Pequena Média Grande Torús: Ausente Presente 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 Retraccção 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 Dimuída <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 _____

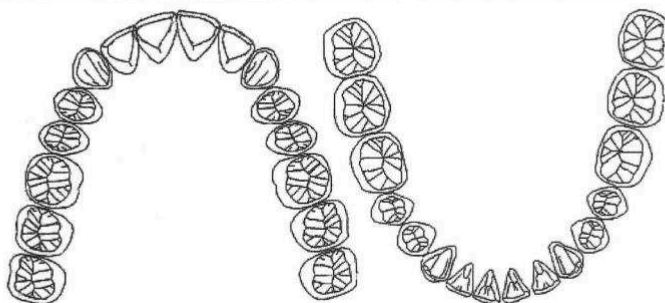
Exames radiológicos: Ortopantomografia ___/___/___ Telerradiografia ___/___/___

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

Anexo 3

ANSIEDADE NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

Como considera a experiência da última consulta de medicina dentária? BOA MÁ

Tem adiado a sua visita ao dentista? SIM NÃO

Como se sente se:

	Sem ansiedade	Ligeiramente ansioso	Razoavelmente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
Tiver que fazer um tratamento dentário amanhã?					
Estiver sentado na sala de espera para um tratamento?					
Estiver prestes a tratar uma cárie?					
Estiver prestes a fazer uma limpeza dentária?					
Estiver prestes a levar uma anestesia local na gengiva?					
Estiver prestes a extrair um dente?					

Sabe o que é uma Clínica Universitária? SIM NÃO

Porque escolheu esta Clínica? _____

FORMAÇÃO E EMPREGO

Qual é o seu nível de escolaridade?

ENSINO BÁSICO ENSINO SECUNDÁRIO ENSINO UNIVERSITÁRIO

Qual o seu estado de empregabilidade?

ESTUDANTE EMPREGADO DESEMPREGADO REFORMADO

Qual o seu escalão de rendimento anual? (resposta facultativa)

- Até 7000 euros
- + 7000 até 20000 euros
- + 20000 até 40000 euros
- + 40000 até 80000 euros
- + de 80000 euros

Autorizo a doação de dentes exodonciados por motivos clínicos para o Banco de Dentes Humano do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz? SIM NÃO

Foi enviado(a) por quem? _____

Se está a preencher a ficha por outra pessoa, qual o grau de parentesco? _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras

Assinatura: _____



CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito da atividade clínica da Clínica Dentária Egas Moniz, onde decorre a formação clínica do **Mestrado Integrado em Medicina Dentária** do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob Direção Clínica do Prof.º Doutor José João Mendes solicita-se a sua autorização para a participação em estudos clínicos.

A participação nestes estudos é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A sua participação pode trazer benefícios tais como estabelecer um melhor conhecimento da medicina dentária, ajudando assim ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo Diretor Clínico e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(riscar o que não interessa)

ACEITO/ NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)