



## Prótese total e parcial removíveis: uma análise retrospectiva de eventos pré e pós instalação

*Complete and removable partial dentures: a retrospective analysis of pre-and post-installation events*

**Robson Irralla Rezende<sup>1\*</sup>, Thatnara Rodrigues Hiibner,<sup>2</sup> João Vitor Zanatta<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Docente do curso de Odontologia da Universidade CESUMAR - UNICESUMAR, Maringá (PR), Brasil ; <sup>2</sup> Aluno do curso de Odontologia da Universidade CESUMAR - UNICESUMAR, Maringá (PR), Brasil; <sup>3</sup>Aluno do curso de Odontologia da Universidade CESUMAR - UNICESUMAR, Maringá (PR), Brasil.

\*Autor correspondente: Robson Irralla Rezende – Email: odontologiarezende@gmail.com

### RESUMO

Comparar número de consultas e tempo de adaptação em pacientes com próteses totais (PT) e parciais removíveis (PPR). Estudo retrospectivo de 56 prontuários de pacientes atendidos em clínica odontológica universitária entre 2020 e 2022. Uma média de 7,8 e 5,2 consultas, ( $p < 0,05$ ), foram necessárias para confeccionar PT e PPR. O uso de antidiabéticos teve associação com maior tempo de adaptação ( $r = 0,3; p = 0,02$ ). Pacientes com PPR apresentaram maior necessidade por tratamentos periodontal ( $OR = 13,81; p < 0,001$ ) e restaurador ( $OR = 7,88; p = 0,007$ ). PT demanda mais consultas para conclusão e antidiabéticos podem aumentar o tempo de adaptação.

**Palavras-chave:** Prótese parcial removível; Prótese dentária; Prostodontia.

### ABSTRACT

To compare the number of consultations, manufacturing process, and adaptation time in patients who had complete (CD) and removable partial denture (RPD). A retrospective study evaluated 56 medical records of patients treated at a university dental clinic between 2020 and 2022. A mean of 7.8 and 5.2 consultations were required for manufacturing and complete adaptation of CD and RPD ( $p < 0,05$ ). The use of antidiabetics was associated with longer prosthesis adaptation time ( $r = 0.3; p = 0.02$ ). Patients with RPD showed higher need for periodontal (odds ratio [OR] = 13.81;  $p < 0.001$ ) and restorative (OR = 7.88;  $p = 0.007$ ) treatments before prosthesis installation. CD demands a greater number of consultations, and antidiabetics may increase prosthesis adaptation time.

**Keywords:** Denture, Partial; Dental Prosthesis; Prosthodontics

## INTRODUÇÃO

O edentulismo, a perda de todos os dentes, é um agravo à saúde que atinge grande parte da população mundial.<sup>1</sup> Países como China, Rússia, África do Sul, Gana e México apresentam 11% de edentulismo na população com 50 anos ou mais. Porém, no Brasil o índice atinge 63,1% da população acima de 65 anos.<sup>2</sup> O edentulismo parcial ou total está associado à prejuízos físico, emocional e estético no indivíduo.<sup>3-5</sup> Consequentemente, a busca por tratamentos reabilitadores é alta.<sup>1</sup>

A reabilitação oral com próteses móveis não é um procedimento simples, tampouco previsível, no que concerne ao fluxo de trabalho clínico e laboratorial. Várias consultas são necessárias antes e após a instalação das próteses.<sup>6-9</sup> Próteses totais (PT) e próteses parciais removíveis (PPR) têm diferentes especificidades que podem influenciar o número de consultas do tratamento e o tempo de adaptação.<sup>7</sup> Além do mais, procedimentos de outras áreas podem ser necessários previamente a confecção da prótese, como periodontia, cirurgia e outros.<sup>10</sup> Com o propósito de evitar expectativas irreais por parte dos pacientes, e conscientizar acerca do processo que pretende iniciar é importante que toda informação relevante (número de consultas, duração de tratamento, tempo médio para total adaptação, necessidade de tratamentos suplementares) seja esclarecida ao paciente logo nas primeiras consultas.<sup>11,12</sup>

O número de consultas após a instalação de próteses móveis é uma informação importante que pode ser utilizada como um indicador de adaptação do paciente ao tratamento realizado<sup>13</sup>, ou mesmo como preditor de desistência do uso da prótese.<sup>9</sup> D'Souza et al (2003) identificou que tratamentos com próteses móveis necessitam em média 1 à 3 consultas posteriores à instalação para completa adaptação. Entretanto, não é possível extrapolar esses resultados aos portadores de PT, pois apenas pacientes com PPR fizeram parte da

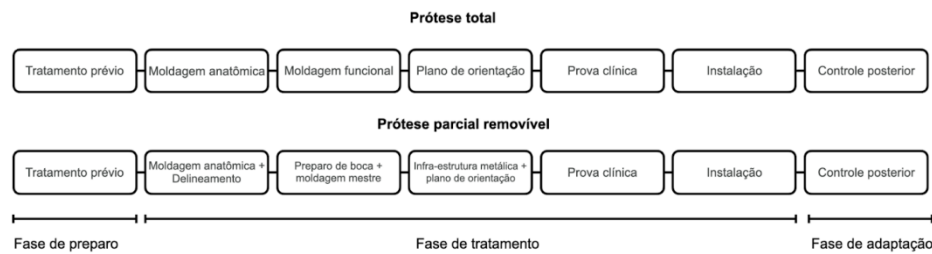
amostra.<sup>9</sup> Em contraste, Sadr et al (2011) avaliou exclusivamente portadores de PT e identificou a necessidade de 4 à 6 consultas para adaptação de PT maxilares e mandibulares, respectivamente.<sup>6</sup> Por fim, Panek et al (2006) avaliou indivíduos com diferentes combinações de próteses, e identificou que aqueles que utilizavam PT e PPR, simultaneamente, tiveram mais dificuldade no processo de adaptação, necessitando de mais consultas.<sup>13</sup> Em razão da falta de consenso acerca do assunto, justifica-se a investigação.

Outro assunto controverso na literatura é a participação de fatores associados no processo de adaptação de próteses móveis. Os resultados dos trabalhos supracitados não chegaram à um consenso acerca da associação entre sexo, idade, presença de doença crônica, uso de medicamentos e a adaptação de próteses móveis.<sup>8,13-15</sup>

Considerando a alta prevalência do edentulismo na população brasileira, suas comorbidades, e a importância do conhecimento de aspectos relacionados aos tratamentos reabilitadores protéticos, o presente trabalho teve os seguintes objetivos: comparar o número de consultas e tempo necessários para a confecção e adaptação de PT e PPR, e identificar fatores associados.

## MÉTODOS

O projeto da presente pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê de ética (CAAE: 65649922.5.0000.5539) e obedeceu às diretrizes STROBE.<sup>16</sup> Tratou-se de uma pesquisa observacional retrospectiva que analisou prontuários clínicos de uma população reabilitada com PT e PPR, na disciplina de Próteses Removíveis de um centro universitário da cidade de Maringá-PR. Os critérios de inclusão foram: ter recebido PT e/ou PPR em pelo menos um arco entre 2020 e 2022. Os critérios de exclusão foram: falta de dados relevantes nos registros clínicos. O fluxograma de tratamento adotado pela disciplina de Próteses Removíveis é apresentado na figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma de tratamento com próteses removíveis

Fonte: Os autores.

O cálculo amostral foi realizado com dados obtidos de 10 prontuários, em estudo piloto anterior. Estes fizeram parte da amostra total, uma vez que não houve alteração de metodologia. Para um poder de teste a priori de 80%, erro tipo I de 5%, para identificar diferenças entre número de consultas e duração, pré e pós-instalação (grupos não pareados).

Os dados foram coletados por dois pesquisadores (TRH e JVZ) e supervisionados por um terceiro (RIR). As variáveis coletadas foram classificadas em (1) variáveis de agrupamento e (2) de desfecho. As de agrupamento foram: sexo, idade, doença presente, medicação em uso, tabagismo, tipo de prótese (total ou parcial), arco envolvido (maxila e/ou mandíbula). As variáveis de desfecho foram: quantidade de consultas e tempo de tratamento (de moldagem primária à instalação), e quantidade de consultas e tempo de adaptação (após instalação até última consulta de adaptação). As variáveis “tempo e quantidade de consultas de tratamento” também foram consideradas como preditoras para avaliar a relação com o “tempo e quantidade de consultas de adaptação”.

Como um mesmo indivíduo poderia ter recebido PT e PPR, foram formados grupos com as possíveis combinações: PT superior e inferior (PTS/PTI), PT superior e PPR inferior (PTS/PPRI), PT superior e dentado inferior (PTS/DENTI), PPR superior e inferior (PPRs/PPRI) e PPR superior e dentado inferior (PPRs/DENTI). Além disso, também foram analisados grupos de pacientes que receberam exclusivamente PT ou PPR. Por último, as próteses foram agrupadas de acordo

com seu tipo de suporte, sendo muco suportadas (MS), dento suportadas (DS) e muco dento suportadas (MDS). Esta última análise pretendeu testar a hipótese nula de que não existem diferenças entre o tipo de suporte e a adaptação das próteses dentárias.

A comparação dos grupos combinados (PTS, PTI, PPRS, PPRI, DENTI) e dos grupos de tipo de suporte (MS, DS, MDS) foi realizada por análise de variância (ANOVA), teste de comparações múltiplas (teste de Tukey) e correção de Bonferroni. A comparação dos grupos de próteses (PT/PPR) foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. A análise de associação entre agrupamento e variáveis de desfecho foi realizada por meio de testes de correlação (Pearson, Spearman e qui-quadrado). Todas as variáveis numéricas foram analisadas quanto à sua normalidade e homocedasticidade. O nível de significância utilizado foi de 95 % ( $p < 0,05$ ). As análises estatísticas foram realizadas nos *softwares* Jamovi (versão 2.3.21.0), *Past4* (versão 4.13), e o cálculo amostral e poder de teste no *G\*Power* (versão 3.1.9.6).

## RESULTADOS

As características da amostra estão detalhadas na tabela 1. Ao todo, 56 prontuários de participantes foram analisados (totalizando 38 PTS, 18 PTI, 18 PPRS, 21 PPRI). Os participantes foram distribuídos nos seguintes grupos: PTS/PTI ( $n = 18$ ), PTS/PPRI ( $n = 9$ ), PTS/DENTI ( $n = 12$ ), PPRS/PPRI ( $n = 12$ ) e PPRS/DENTI ( $n = 6$ ).

**Tabela 1.** Características da amostra.

	N	(%)
N	56	100
Idade	63,7±10,45*	-
Casado(a)	19	33,9
Solteiro(a)	13	23,2
Divorciado(a)	2	3,6
Viúvo(a)	7	12,5
Doente (autodeclarado)	28	50
Em tratamento médico	14	25
Uso de medicamento contínuo	32	57,1
Doença autodeclarada (n=28)		
Hipertensão	18	32
Diabetes	13	23,2
Doença respiratória	6	10,7
Doença cardíaca	5	8,9
Doença neurológica	5	8,9
Medicamento em uso		
Anti-hipertensivo	17	30,4
Repositor hormonal	8	14,3
Antidiabético	7	12,5
Diurético	5	8,9
Antidepressivo	4	7,1

\*média ± desvio-padrão.

Acerca do número de consultas e tempo de tratamento, observou-se que os grupos com PTS/PTI e PPRS/PPRI apresentaram diferença estatística a propósito do número de consultas de tratamento ( $p=0,03$ ;  $d$  de Cohen = 1,17;  $1-\beta \geq 0,8$ ). Sendo assim, a diferença estatística ocorreu entre os grupos com exclusivamente PT e PPR. O grupo composto por PT ( $n=30$  pacientes) apresentou maior número de consultas. Quando os grupos foram analisados segundo o tipo de suporte (MS, DS, MDS,  $n=39$  pacientes), também identificou-se diferença estatística apenas na quantidade de consultas de tratamento ( $p>0,001$ ;  $d$  de Cohen: 1,48 IC95% 0,65-2,31), entre os grupos MS e DS. O grupo MS foi o que apresentou maior número de consultas, mas sem diferença com o grupo

DMS. Quando comparou-se exclusivamente os tipos de prótese com poder de teste (*a posteriori*)  $>80\%$ , PT necessitou de mais consultas de tratamento ( $p>0,001$ ; correlação bisserial 0,59) e de preservação ( $p=0,046$ ; correlação bisserial 0,31) comparado com PPR. Os resultados supracitados foram detalhados na tabela 2, com exceção dos grupos combinados.

**Tabela 2.** Número de consultas e duração de tratamento e preservação, segundo os tipos de prótese e de suporte.

	N (%)	Consultas de tratamento média ± DP	Duração de tratamento (em dias) mediana(AIQ)	Consultas de preservação mediana(AIQ)	Duração de preservação* mediana(AIQ)
<b>Tipos de próteses</b>					
PT	30 (63)	7,83 ± 2,28 †	79,50 (36,50)	0,5 (1,75) §	0 (14)
PPR	17 (36)	5,41 ± 1,66 †	70 (33)	0 (0) §	0 (0)
p	-	<0,001	0,182	0,046	0,111
<b>Tipos de suporte</b>					
MS	30 (63)	7,83 ± 2,28 §	79,50 (36,50)	0,5 (1,75)	0 (14)
DS	9 (19)	4,78 ± 1,39 §	55 (24)	0 (1)	0 (7)
MDS	8 (17)	6,13 ± 1,73	82,50 (35)	0 (0)	0 (0)
p	-	0,001	0,128	0,136	0,362

DP: desvio-padrão; AIQ: amplitude inter-quartilica; PT: prótese total; PPR: prótese parcial removível; MS: muco-suportada; DS: dento-suportada; MDS: muco-dento-suportada.

† Teste de Mann-Whitney; § ANOVA com correção de Bonferroni.

Sobre os fatores correlacionados, identificou-se associação positiva entre o uso de medicação antidiabética e a quantidade consultas e duração durante a preservação ( $r=0,3$ ;  $p=0,02$ ;  $1-\beta \geq 0,8$ ). Não foram identificadas associações significativas ( $p > 0,05$ ) entre a quantidade de consultas de tratamento e de preservação com as seguintes variáveis: sexo, idade, tabagismo, uso contínuo de medicamentos, hipertensão, diabetes, problemas respiratórios, problemas cardíacos,

problemas neurológicos, uso de medicação anti-hipertensiva, terapia de reposição hormonal, uso de diuréticos e uso de antidepressivos.

Os tratamentos pré protéticos realizados estão descritos na tabela 3. Segundo análise de associação, tratamento prévio periodontal ( $p < 0,001$ ; OR=13,81 IC95% 2,39-53,12) e restaurador ( $p=0,007$ ; OR=7,88 IC95% 1,51-41,03) apresentaram associação significativa com tratamentos envolvendo exclusivamente PPR.

**Tabela 3.** Distribuição dos procedimentos pré-protéticos realizados segundo combinações de próteses removíveis.

	PTS/PTI N (%)	PTS/PPI N (%)	PTS/DENTI N (%)	PPS/PPI N (%)	PPS/DENTI N (%)
Periodontia	0 (0)	2	1	2	2
Dentística	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2
Cirurgia	3	0 (0)	0 (0)	1	1
Periodontia + Dentística	2	0 (0)	0 (0)	1	0 (0)
Periodontia + Cirurgia	2	3	2	1	0 (0)
Periodontia + Dentística + Cirurgia	4	4	0 (0)	1	0 (0)
Periodontia + Dentística + Cirurgia + Endodontia	0 (0)	1	0 (0)	0	0 (0)
Total	11 (100)	6 (100)	3 (100)	6 (100)	5 (100)

PTS: prótese total superior; PTI: prótese total inferior; PPRS: prótese parcial removível superior; PPRI: prótese parcial removível inferior; DENTI: dentado inferior.

## DISCUSSÃO

O presente estudo investigou as diferenças entre PT e PPR, acerca da confecção e do tempo de adaptação. PT demandou mais tempo para confecção e adaptação. Também foi observado associação positiva entre o uso de medicamento antidiabético e o maior tempo de adaptação para ambas as próteses, PT e PPR. Por fim, observou-se que indivíduos que receberam PPR tiveram mais chance de necessitar tratamento periodontal e restaurador antes da instalação das próteses.

Segundo os prontuários, todos pacientes tinham mais de 60 anos, e em sua maioria, eram mulheres. Isso é esperado, uma vez que a necessidade de prótese dentária aumenta expressivamente com o aumento da idade.<sup>2</sup> Outros trabalhos sugerem que mulheres são mais atentas a assuntos relacionados à saúde.<sup>14,15</sup> Entretanto, tampouco a idade e o sexo dos participantes apresentaram associação com o tempo de confecção e adaptação às próteses, ou maior prevalência de algum tratamento prévio.

Poljak-Guberina et al (2022) estudaram 60 indivíduos reabilitados com PT por 5 anos.<sup>15</sup> Os autores identificaram que mulheres adaptaram-se mais facilmente às próteses nos primeiros 15 dias após instalação, porém, sem diferença após esse período. Em contraste, Panek et al (2006) acompanharam 300 indivíduos que receberam PT e PPR, e observou que os homens adaptaram-se mais rápido que as mulheres.<sup>13</sup> Embora não haja consenso sobre sexo e toletência às próteses, homens ou mulheres necessitam de controle pós-instalação.

A maioria da amostra (89%) se autodeclarou doente e/ou fazer uso contínuo de algum tipo de medicamento. Respectivamente, as maiores prevalências de doenças e medicamentos foram a hipertensão e anti-hipertensivos. Porém, nenhuma doença presente apresentou associação com o processo de confecção e adaptação das próteses. O único medicamento que apresentou

associação com a quantidade de consultas e tempo na fase de adaptação foi o grupo de antidiabético ( $r=0,3$ ;  $p=0,02$ ). Foi identificada associação entre diabéticos e o uso de antidiabéticos (V de Cramer=0,69;  $p<0,01$ ), mas não entre diabéticos e tempo de adaptação. Diversos trabalhos relatam manifestações orais causadas pela diabetes,<sup>17-19</sup> mas não por antidiabéticos. Sendo assim, essa associação deve ser considerada com cautela.

Não foram identificadas associações significativas entre os demais medicamentos com as variáveis estudadas. Entretanto, a falta de achado clínico pode estar relacionada com a falta de poder estatístico, por conta do pequeno tamanho amostral para este fim. Apenas a variável “uso de diuréticos” apresentou poder de teste retrospectivo acima de 80%, confirmando a ausência de correlação entre as variáveis. Sendo assim, recomenda-se que novos trabalhos sejam realizados com maior tamanho amostral para o propósito mencionado.

Nos prontuários examinados não havia informações acerca do fluxo salivar dos pacientes. Anti-hipertensivos e medicamentos para o sistema nervoso reduzem o fluxo salivar<sup>20</sup>, conseqüentemente, aumentando a frequência de ulceração nos tecidos de suporte de próteses móveis. Além do mais, ulceração pode levar a dificuldades na fala e mastigação, principalmente em idosos.<sup>21</sup> Sendo assim, o presente estudo evidencia a importância do controle posterior em pacientes idosos submetidos à tratamento com próteses móveis

Os achados deste trabalho sugerem que grande parte dos pacientes com prótese dentária pode apresentar, e/ou fazer uso contínuo de medicamentos, mas isso não contra-indicará o tratamento. Porém, o conhecimento acerca das possíveis reações adversas desses (doença e medicamento) poderá influenciar o plano de tratamento e o prognóstico da terapia pretendida.

O tratamento com PT apresentou em média 2,5 consultas a mais que tratamentos com PPR. Essa diferença pode ser justificada por (1)

ausência de moldagem funcional em casos de próteses dento-suportadas; (2) em próteses muco-dento-suportadas, a moldagem funcional ser realizada na mesma etapa da prova clínica; (3) a moldagem funcional em prótese total ser realizada em mais de uma sessão, quando os dois arcos eram envolvidos. Em contraste, o tempo do tratamento com PT e PPR não foi estatisticamente diferente, e variou de 66 a 90 dias. A confecção da infraestrutura metálica de PPR demora mais tempo para ser concluída, informação essa importante tanto para dentistas quanto para pacientes. Afinal, o planejamento financeiro de um tratamento também leva em consideração o tempo necessário para sua conclusão.<sup>22</sup>

Um ponto importante, não levantado na presente pesquisa, foi o tempo necessário para a preparar os tecidos de suporte para receber próteses móveis, como durante controle do biofilme dental, e procedimentos restauradores, endodônticos e cirúrgicos. Para fins de padronização, a contagem do tempo de tratamento, e do número de consultas, iniciou no ato da moldagem preliminar e finalizou na adaptação/aceitação total das próteses. Sendo assim, o tempo para conclusão de uma prótese parcial removível, levando em consideração o preparo prévio, pode ser muito maior que o apresentado na presente pesquisa.

PT apresentou significativamente maior número de consultas após instalação que PPR. Isso pode ser explicado pelo fato das PT serem exclusivamente mucossuportadas, favorecendo lesões nos tecidos subjacentes. Entretanto, PPR muco dento suportadas não apresentaram diferenças significativas com PPR dentossuportada. Possivelmente a maior estabilidade dessas tenha favorecido este resultado. Panek et al. (2006) identificaram que indivíduos com PT em maxila e mandíbula adaptaram-se mais rápido, quando comparados aos que receberam ao menos uma PPR. Seus resultados podem ser explicados pelo tipo de PPR realizada no estudo. As próteses foram construídas exclusivamente em acrílico, sem

estrutura de suporte dentário, resultando em concentração de forças no rebordo alveolar e menor estabilidade.

A literatura apresenta que a individualização dos planos de orientação e a experiência do operador podem influenciar positivamente a adaptação das próteses.<sup>7,23</sup> Kimoto et al. (2007) identificaram que próteses realizadas por profissionais com mais de 10 anos de experiência resultaram em menos consultas de tratamento e adaptação ( $p < 0,001$ ).<sup>23</sup> Similarmente, Keshtgar et al. (2020) identificaram que a individualização de planos de orientação, em PPR, resultou em menor número de consultas no controle posterior.<sup>7</sup>

No presente estudo, todas as etapas do fluxo de tratamento e adaptação foram realizadas por alunos com pouco ou nenhuma experiência. No entanto, todos procedimentos foram supervisionados por profissionais experientes. A individualização dos planos de orientação é essencial em todos tratamentos com próteses móveis. Ademais, não há progressão no tratamento se os critérios esperados para cada etapa não forem atingidos. Possivelmente, esses fatores podem ter contribuído para o alto número de consultas de tratamento e o baixo número de consultas de adaptação.

Participantes com PPR tiveram mais chance de necessitar tratamento periodontal e restaurador prévios ao tratamento protético. Segundo a última edição da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, apenas 1,8% de idosos não apresentam problemas periodontais.<sup>2</sup> Apesar do controle do biofilme dental ser extremamente importante para a longevidade do tratamento com próteses parciais removíveis,<sup>24</sup> a destreza manual do indivíduo sofre declínio com o envelhecimento,<sup>25</sup> podendo impactar negativamente no auto controle do biofilme dental. Ademais, PPR podem influenciar o acúmulo de biofilme sobre estruturas dentais e periodontais.<sup>24</sup> Steele et al (2002) identificaram que a ingestão de açúcar, o uso de PPR e o alto

índice de placa, mais que dobram o risco de desenvolver cáries.<sup>26</sup> Sendo assim, o controle periodontal nesses pacientes deve ser realizado sistematicamente antes e após o tratamento protético.

A alta demanda por tratamentos restauradores prévios nessa população, pode estar relacionada a necessidade de preparo dos dentes pilares diretos e indiretos, que sustentarão a futura prótese parcial removível. A realização de nichos e planos-guia tem a finalidade de direcionar as forças de mastigação aplicadas sobre os dentes pilares, estabilizar a prótese e favorecer na retenção.<sup>27</sup> Entretanto, o preparo de nichos em dentes íntegros resulta em alta prevalência de exposição dentinária.<sup>28</sup> Restaurações estratégicas são realizadas previamente ao preparo de nichos para evitar essa exposição.

A principal limitação da presente pesquisa foi o pequeno tamanho amostral para os objetivos secundários. Porém, a presente amostra foi suficiente para testar a hipótese nula de igualdade, entre o número de consultas de tratamento e adaptação entre os grupos de PT e PPR. Sendo assim, os achados apresentados devem ser considerados com cautela.

## CONCLUSÃO

PT demandou mais consultas para ser concluída, e, aparente, foi mais difícil de adaptar-se, quando comparada à PPR. No entanto, PPR exigiu mais cuidados prévios, principalmente periodontal e restaurador. Por fim, medicamentos antidiabéticos influenciaram negativamente o processo de adaptação de próteses móveis. Entretanto, novos estudos devem ser realizados para comprovar esse achado.

Parte final do artigo, na qual se apresentam as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses, apresentados na introdução. Aqui são apresentadas as respostas aos problemas de pesquisa, se os objetivos do artigo foram

alcançados e se as hipóteses levantadas (quando houver) foram ou não confirmadas. Podem ser incluídas breves recomendações, bem como sugestões para trabalhos futuros.

## REFERÊNCIAS

1. Peltzer K, Hewlett S, Yawson A, Moynihan P, Preet R, Wu F, et al. Prevalence of Loss of All Teeth (Edentulism) and Associated Factors in Older Adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *IJERPH*. 2014;11:11308-11324. <https://doi.org/10.3390/ijerph111111308>
2. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSDM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública*. 2013 Dez;47(suppl3):78-89. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004226>
3. Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos D, Haro J, Kassebaum N, Chrepa V, et al. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci. Rep.* 2010;6. <https://doi.org/10.1038/srep37083>
4. Kumar, L. Biomechanics and clinical implications of complete edentulous state. *JGG*. 2014; 5:101-104. <https://doi.org/10.1016/J.JCGG.2014.03.001>
5. Romandini, M, Baima, G, Antonoglou, G, Bueno, J, Figuero, E, & Sanz, M. Periodontitis, Edentulism, and Risk of Mortality: A Systematic Review with Meta-analyses. *J. Dent. Res.* 2020;100:37-49. <https://doi.org/10.1177/0022034520952401>
6. Sadr K, Mahboob F, Rikhtegar E. Frequency of Traumatic Ulcerations and Post-insertion Adjustment Recall Visits in Complete Denture Patients in an Iranian Faculty of Dentistry. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2011 Jun;5(2):46-50. doi: <http://dx.doi.org/10.5681/joddd.2011.010>
7. Keshtgar S, Tosson F, Mavani D, Sadhia Hussain R, Movahedi S, Austin R. Service Evaluation of Recording Jaw Registrations



- for Removable Partial Dentures in NHS General Dental Practices. *Prim Dent J* 2020 Mar;9(1):49–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2050168420911030>
8. Saraswati S, Razdan P, Smita Aggarwal M; Bhowmick D; Priyadarshni P. Traumatic Ulcerations Frequencies and Postinsertion Adjustment Appointments in Complete Denture Patients. *J Pharm Bioallied Sci.* 2021 Nov;13(Suppl 2):S1375-S1380. doi: [http://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs\\_207\\_21](http://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_207_21)
  9. D'Souza NL, Hajhamid B, Somogyi-Ganss E. Postinsertion adjustment appointments and their association with cast removable partial denture survival. *J Prosthet Dent.* 2023 Aug;130(2):238.e1-238.e7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2023.05.003>
  10. Isa Z, Yusof Z. Other dental treatment needs in patients who requested removable partial dentures. *J of Oral Rehabilitation.* 1990 Nov;17(6):541–50. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.1990.tb01425.x>
  11. Mazurat NM, Mazurat RD. Discuss Before Fabricating: Communicating the Realities of Partial Denture Therapy. Part I: Patient Expectations. *J Can Dent Assoc.* 2003 Feb;69(2):90-4. PMID: 12559057
  12. Mazurat NM, Mazurat RD. Discuss Before Fabricating: Communicating the Realities of Partial Denture Therapy. Part II: Clinical Outcomes. *J Can Dent Assoc.* 2003 Feb;69(2):96-100. PMID: 12559058
  13. Panek H, Krawczykowska H, Dobosz A, Napadłek P, Panek BA, Sosna-Gramza M. Follow-up visits as a measure of adaptation process to removable prostheses. *Gerodontology.* 2006 Jun;23(2):87–92. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2006.00091.x>
  14. Rezende RI, Mori AA, Gonçalves CL, Pavan AJ. Prótese dentária na saúde pública: resultados de um centro de especialidades odontológicas no município de Maringá - PR. *Rev Odontol UNESP.* 2011 Fev;40(1):12–7. ISSN 1807-2577.
  15. Poljak-Guberina R, Poklepović-Peričić T, Guberina M, Čelebić A. Duration and length of adaptation to new complete dentures: a survey based on patients' self-reported outcomes. *EDUJ.* 2022;9(1):45–53. Doi: [https://doi.org/10.25241/stomaeduj.2022.9\(1\).art.5](https://doi.org/10.25241/stomaeduj.2022.9(1).art.5)
  16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFPD. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública.* 2010 Jun;44(3):559–65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
  17. Negrato CA, Tarzia O. Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetol Metab Syndr* 2010.Dez;2(1):3. doi: <https://doi.org/10.1186/1758-5996-2-3>
  18. González-Serrano J, Serrano J, López-Pintor RM, Paredes VM, Casañas E, Hernández G. Prevalence of Oral Mucosal Disorders in Diabetes Mellitus Patients Compared with a Control Group. *J Diabetes Res.* 2016;2016:5048967. doi: <https://doi.org/10.1155/2016/5048967>.
  19. Salci MA, Silva DMGVD, Meirelles BHS, Rêgo ADS, Radovanovic CAT, Carreira L, et al. Diabetes mellitus e saúde bucal: a complexa relação desta assistência na atenção primária à saúde. *SaudPesq.* 2020 jun;13(2):265–72. doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p265-272>
  20. Laugisch O, Holtfreter B, Pink C, Samietz S, Völzke H, Kocher T. Polypharmacy and saliva volumes in the northeast of Germany – The Study of Health in Pomerania. *Comm Dent Oral Epid.* 2022 Abr;50(2):139–46. doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12644>.
  21. Arslan A, Orhan K, Canpolat C, Delilbasi Ç, Dural S. Impact of xerostomia on oral complaints in a group of elderly Turkish removable denture wearers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 Sep-Oct;49(2):263-267. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.008>.
  22. Tuominen R, Tuominen M. Relative value of dental procedures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22:319-322. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1994.tb02060.x>

23. Kimoto S, Kimoto K, Tanaka K, Takeo A, Sugimura K, Imamichi Y, et al. Effect of Clinicians' Experience on Chair Time and the Number of Denture Adjustment Visits Required for Complete Denture Treatment. *Prosthodont Res Pract.* 2007 May;6:166-172. Doi: <https://doi.org/0.2186/prp.6.166>
24. Mengatto C, Marchini L, Bernardes L, Gomes S, Silva A, Rizzatti-Barbosa, C. Partial denture metal framework may harbor potentially pathogenic bacteria. *J Adv Prosthodont.* 2015;7:468-474. <https://doi.org/10.4047/jap.2015.7.6.468>
25. Martin J, Ramsay J, Hughes C, Peters D, Edwards M. Age and Grip Strength Predict Hand Dexterity in Adults. *PLoS One.* 2015;10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117598>
26. Steele J, Sheiham A, Marcenes W, Fay N, Walls A. Clinical and behavioral risk indicators for root caries in older people. *Gerodontology.* 2001;18 2, 95-101. <https://doi.org/10.1111/J.1741-2358.2001.00095.X>
27. Rudd R, Bange A, Rudd K, Montalvo R. Preparing teeth to receive a removable partial denture.. *J. Prosthet. Dent.* 1999; 82 5:536-49. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(99\)70052-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(99)70052-1)
28. Jone RM, Goodacre CJ, Brown DT, Munoz CA, Rake PC. Dentin exposure and decay incidence when removable partial denture rest seats are prepared in tooth structure. *Int J Prosthodont.* 1992 May;5(3):227-36. PMID: 1524645

Recebido: 06 dez. 2023

Aceito: 08 fev. 2024