

Condição edêntula em pacientes periodontais: identificação da necessidade e substituição da prótese

Edentulous condition in periodontal patients: identification of the need for replacement of the prosthesis

Estela Santos Gusmão¹
Rodolfo Lopes Fernandes²
Carmeluce Barbosa³
Rosenês Lima dos Santos⁴
Cinthia Gusmão Ramos²

1 – Profa. Adjunto de Periodontia
FOP/UPE, Camaragibe, PE, Brasil
2 – Especialista em Periodontia
3 – Cirurgiã-dentista
4 – Profa. Adjunto UFPB, João Pessoa,
PB, Brasil

Correspondência:
Rua Olavo Bilac, 50/902
Boa Viagem, Recife-PE
e-mail:esg@nlink.com.br

INTRODUÇÃO

A literatura tem mostrado que em indivíduos a partir dos 30 anos de idade, o

RESUMO

Realizou-se um estudo cujo objetivo foi identificar nos pacientes inscritos para tratamento periodontal a presença ou não de rebordos edêntulos, para identificar se eram usuários ou não de aparelho protético e se necessitavam de substituição e ou recomposição protética; quais as arcadas edêntulas; quais os grupos de dentes perdidos, e qual razão da perda dentária, relacionando estas variáveis com a idade e o sexo dos pacientes. Para investigação destes parâmetros os pacientes foram examinados por dois profissionais (periodontista e protesista). A amostra foi constituída por 93 pacientes, e os resultados revelaram que 63,5% tinham necessidade de recompor o espaço edêntulo e 95% precisavam substituir a prótese utilizada; a maioria dos pacientes (68,8%) foi do sexo feminino, sendo a faixa etária prevalente a de 40 a 59 anos; houve associação significativa entre o uso de prótese e faixa etária ($p < 0,05$), aumentando a presença com elevação da faixa etária; a maior perda dentária ocorreu na arcada superior com diferença significativa ($p < 0,05$); entre os grupos de dentes perdidos, os molares obtiveram a média mais elevada, segundo teste F e através dos testes de comparações pareadas de Tukey; a principal razão da perda dentária, com 64,5%, foi cárie dentária, porém a única causa com associação significativa foi o trauma ($p > 0,05$), sendo mais prevalente entre os pacientes do sexo masculino. Na conclusão deste trabalho é possível confirmar que existe um grande número de indivíduos edêntulos não reabilitados proteticamente, e os que utilizavam prótese, apresentaram na maioria com baixa qualidade, tornando, assim, visível os efeitos tanto da falta do aparelho protético como da baixa qualidade destes.

Palavras-chaves: Rebordo edêntulo; Prótese dental; Perda dentária.

ABSTRACT

A study was carried out with patients enrolled for periodontal treatment for the purpose of identifying the presence or absence of toothless edges in order to elicit the following data: whether or not they used a prosthetic device and, if so, whether it needed to be replaced or reconstructed; which dental arches were edentulous; which groups of teeth were missing; and what was the reason for tooth loss, all these variables being correlated with the gender and age of the patients. For the investigation of these parameters, the patients were examined by two professionals (a periodontist and a prosthetist). The sample consisted of 93 patients and the results revealed that 63.5% needed a reconstruction of the edentulous space and 95% needed a replacement prosthesis. A majority (68.8%) of the patients were females and the most prevalent age group was 40 to 59 years. There was a significant association between the use of a prosthesis and age group ($p < 0.05$), the frequency of use increasing with advancing age. The greatest loss of teeth occurred in the upper arch, the difference being a significant one ($p < 0.05$). Among the groups of missing teeth, the molars showed the highest mean on the F test and Tukey's tests of paired comparisons. The main reason for tooth loss, accounting for 64.5%, was dental caries, but the only cause with a significant association was trauma ($p < 0.05$), which was more prevalent among the male patients. It was possible to confirm the existence of a large number of edentulous individuals who were not prosthetically rehabilitated, and most of the prosthetic devices in use were of poor quality.

Key words: Edentulous Rebord; Dental prothses; Tootl

número de extração dentária é substancial. A explicação para este fato é de que até nesta idade a população procura atendimento, mesmo tendo que enfrentar um sistema privado de prestação de serviços odontológicos, para recuperar as lesões acumuladas desde da infância. Como

os problemas não diminuem, sendo os cuidados requeridos cada vez mais dispendiosos, e por outro lado, tendo sido solucionados alguns dos dilemas da juventude como obtenção de emprego e casamento, gradativamente as extrações vão sendo aceitas como solução mais prática e mais econômica tanto para o paciente como para os profissionais¹. A classificação dos defeitos de rebordo tem interesse no prognóstico e na terapêutica. O objetivo a ser atingido, e os meios terapêuticos dependem da morfologia e do volume da perda de substância. A forma da crista edêntula é o resultado da sucessão das diferentes etapas da cicatrização após a perda do órgão dentário a partir de um periodonto sadio ou parcialmente deteriorado².

O profissional não deve se restringir somente ao exame dos dentes e do periodonto adjacente. Uma avaliação das áreas edêntulas e que terão dentes repostos por pânticos assume grande importância, principalmente nos casos onde a estética está envolvida. Deve-se avaliar as características do rebordo e a possível necessidade de correção cirúrgica com finalidade protética. Dois fatores são importantes para serem analisados: resiliência da fibromucosa e forma dos rebordos residuais^{3,4}.

A prótese muco-suportada vem sendo utilizada há muitos anos, requerendo na sua confecção obediência criteriosa dos passos clínicos e laboratoriais para que possa se integrar, de forma harmoniosa, aos movimentos mandibulares, restabelecendo a fisionomia e preservando as estruturas ósseas remanescentes do paciente. As próteses parciais removíveis devem preencher requisitos como: melhora da estética do paciente, adequações entre distintas áreas de suporte, retorno da eficiência mastigatória, correção de pequenas modificações de posição dos dentes, evitar a extrusão dos dentes antagonistas, correção de problemas oclusais e articulares, bem como de alterações da dimensão vertical do paciente, e evitar a perda de osso alveolar^{5,6}.

O tratamento de pacientes com rebordos alveolares reabsorvidos por meio de prótese total é um dos sérios problemas enfrentados pelos protesistas. Por isso, a manutenção dos dentes remanescentes para a sustentação e estabilização de prótese parcial removível de extremidades livres é uma alternativa que não deve ser

desprezada⁷. Segundo Leles, Compagnoni, Nakaoka⁸, a perda total de dentes é um achado em declínio, visto que cada vez mais adultos conseguem manter todos ou alguns dentes naturais ao longo dos anos. Para Grecca et al.⁹ a perda dos dentes naturais provoca distorção morfológica e funcional tanto em tecidos moles quanto no esqueleto facial. É necessário o conhecimento de que a prótese total tem como finalidade restabelecer a harmonia do sistema e que a mucosa bucal está sujeita a várias lesões provocadas pela mesma no que diz respeito ao tempo de uso, adaptação e higiene.

A etiologia dos rebordos edêntulos relaciona-se a várias causas ou fatores. As deformidades dos arcos parcialmente edêntulos podem ser resultadas de extrações traumáticas, trauma da face, defeitos de nascença, apicectomias, falhas no implante, ou doença periodontal avançada^{10,11}. Ainda, segundo Zanetti, Laganá³, a mucosa em si apresenta um comportamento de material visco-elástico. Se a força é aplicada por um curto espaço de tempo, esta se deforma elasticamente; já se a força é mantida, o líquido intersticial flui para um ponto e o seu retorno à normalidade é um processo lento, no entanto se a força ultrapassar o limite de elasticidade da mucosa, a sua deformação será permanente. Complementando e reforçando esta multiplicidade de etiologias de forma mais didática, Borghetti, Glise², relataram que os fatores etiológicos das perdas de substâncias das cristas edêntulas encontram-se relacionadas a: etiologia traumática (remoção acidental com brocas ósseas; fratura radicular e óssea; extração mal conduzida; prótese parcial removível mal adaptada); etiologia infecciosa (periodontite; lesão periapical de origem endodôntica que tenha destruído uma tábua óssea; problemas implantares; fissura longitudinal vestibular) e etiologia congênita.

Nessa perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi identificar na atualidade a presença de rebordo edêntulo em pacientes que procuraram tratamento periodontal, e se este rebordo encontrava-se ou não com prótese dentária, bem como avaliar a qualidade da mesma, a fim de verificar a necessidade ou não de substituí-la.

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi formada por 93 pacientes de ambos os sexos, na faixa etária entre 19

e 81 anos inscritos para tratamento na Clínica do Curso de Especialização em Periodontia, EAP/SCDP-ABO/PE. A amostra foi de conveniência, estando incluídos todos os pacientes que apresentavam espaços edêntulos na maxila e mandíbula, nas regiões anteriores e posteriores, recuperados ou não proteticamente com qualquer tipo de aparelho protético. Inicialmente todos os pacientes foram identificados, e em seguida examinados por dois profissionais (periodontista e protesista) através do exame clínico para a identificação das variáveis a serem investigadas. Os dados de cada paciente foram registrados na ficha elaborada especificamente para esta pesquisa. Os participantes foram informados sobre o objetivo deste estudo, e após autorização do que seria realizado, assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, de acordo com a Norma 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo, ainda, esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UPE, conforme parecer 042/05.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas das variáveis na escala nominal e as medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, desvio padrão e coeficiente de variação para a variável idade (Técnicas de estatística descritiva) e as técnicas de estatística inferencial através dos testes estatísticos: t-Student pareado, teste F (ANOVA), Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

Destaca-se que no caso de diferença significativa na utilização do teste F foram utilizados os testes de comparações pareadas de Tukey. Os dados foram digitados na planilha Excel e o "software" estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi SAS (Statistical Analysis System) na versão 8.0. O nível de significância de 5,0% foi considerado nas decisões dos testes estatísticos.

RESULTADOS

A Análise dos dados estatísticos caracterizou os 93 pacientes quanto a Idade, que variou de 19 a 81 anos, teve média de 48,56 anos, desvio padrão de 13,48 anos, coeficiente de variação de 27,76%, com idade mediana de 48,00 anos. A maioria da amostra (68,8%) foi formada

por pacientes do sexo feminino, e a faixa etária prevalente de 40 a 59 anos, representando mais da metade (57,0%) dos pesquisados, seguido dos que tinham de 19 a 39 anos (23,7%) e 60 ou mais com 19,3%. A maioria (63,5%) dos pacientes tinha necessidade de recompor o espaço edêntulo e 95,0% tinha a necessidade de substituição da prótese utilizada.

Na Tabela 1 são apresentadas as estatísticas do número de dentes perdidos segundo a arcada onde é possível verificar que a média e a mediana do número de dentes perdidos foram correspondentemente mais elevadas na arcada superior do que na arcada inferior e através do teste estatístico comprova-se diferença significativa ao nível de 5,0% ($p < 0,05$).

Tabela 1 – Estatísticas do número de dentes perdidos segundo a arcada dentária.

Estatísticas	Arcada Dentária		TOTAL	Valor de p
	Superior	Inferior		
Mínimo	0	0	1	$p^{(1)} = 0,0004^*$
Máximo	16	16	32	
Média	6,56	4,88	11,44	
Mediana	5,00	3,00	8,00	
Desvio padrão	5,72	4,38	9,20	

(*) – Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) – Através do teste t-Student pareado.

Na Tabela 2 verifica-se que a média e a mediana do número de dentes perdidos foram correspondentemente mais elevadas entre os molares, seguidos dos dentes pré-molares e menos elevadas entre os caninos. Através do teste F comprova-se diferenças significantes entre os grupos de dentes, e através dos testes de comparações pareadas de Tukey, com exceção dos incisivos e pré-molares, verifica-se diferença significativa entre os demais pares de grupos conforme indicam as letras entre parêntesis.

No Gráfico 1 são representadas as razões de perda dentária dos 93 pacientes examinados, sendo que a mais freqüente foi por cárie dentária com (64,5%), seguida de doença periodontal (30,1%), dor com (15,1%), por trauma e outras razões (7,5%) respectivamente, e por razões não definidas o percentual de perda foi representado por (6,5%) da amostra analisada.

Tabela 2 – Estatísticas do número de dentes perdidos segundo o grupo.

Estatísticas	Grupo de dentes				Valor de p
	Incisivos	Caninos	Pré-molar	Molares	
Mínimo	0	0	0	0	$p^{(1)} < 0,0001^*$
Máximo	8	4	8	12	
Média	2,27 ^(A)	0,85 ^(B)	3,12 ^(A)	5,20 ^(C)	
Mediana	1,00	0,00	3,00	4,00	
Desvio padrão	2,63	1,33	2,55	3,84	

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

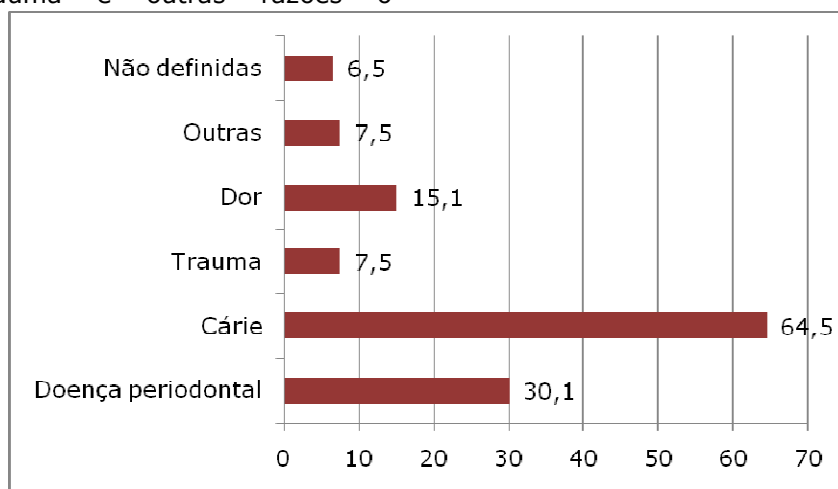
(1) – Através do teste F (ANOVA).

Obs.: Letras distintas entre parênteses indicam diferenças significativas entre parênteses.

Na Tabela 3 analisam-se as razões de perda dentária segundo o sexo. Desta tabela observa-se que para as razões cárie dentária, trauma e outras razões o

percentual foi mais elevado entre os pacientes do sexo masculino do que os do sexo feminino, e o contrário ocorreu com doença periodontal, dor e razões não definidas, entretanto a razão por trauma foi à única com associação significativa entre os sexos ($p > 0,05$).

A Tabela 4 mostra as razões de perda dentária em relação à faixa etária dos pacientes examinados. Não se comprova associação significativa entre faixa etária e nenhuma das razões, conforme os percentuais descritos. No entanto, destaca-se que a maior diferença significativa entre os percentuais ocorreu para a razão de perda por dor entre as faixas etárias de 19 a 30 e 40 a 59 (4,5% x 18,9%).

**Gráfico 1** – Avaliação percentual das causas de perda dentária**Tabela 3** – Avaliação das razões de perda dentária segundo o sexo.

Razão da perda dentária	Sexo				Grupo total		Valor de p
	n	Masculino %	n	Feminino %	n	%	
• Doença periodontal							
Sim	6	20,7	22	34,4	28	30,1	p ⁽¹⁾ = 0,1826
Não	23	79,3	42	65,6	65	69,9	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	
• Cárie dentária							
Sim	21	72,4	39	60,9	60	64,5	p ⁽¹⁾ = 0,2839
Não	8	27,6	25	39,1	33	35,5	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	
• Trauma							
Sim	5	17,2	2	3,1	7	7,5	p ⁽²⁾ = 0,0286*
Não	24	82,8	62	96,9	86	92,5	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	
• Dor							
Sim	3	10,3	11	17,2	14	15,1	p ⁽²⁾ = 0,5369
Não	26	89,7	53	82,8	79	84,9	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	
• Outras razões							
Sim	3	10,3	4	6,3	7	7,5	p ⁽²⁾ = 0,6732
Não	26	89,7	60	93,7	86	92,5	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	
• Razões não definidas							
Sim	-	-	6	9,4	6	6,5	p ⁽²⁾ = 0,1718
Não	29	100,0	58	90,6	87	93,5	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	

(*) – Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 4 – Avaliação das razões de perda dentária segundo a faixa etária.

Razão da perda dentária	Faixa etária (em anos)								Valor de p
	19 a 39		40 a 59		60 ou mais		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
• Doença periodontal									
Sim	5	22,7	17	32,1	6	33,3	28	30,1	$p^{(1)} = 0,6852$
Não	17	77,3	36	67,9	12	66,7	65	69,9	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	
• Cárie dentária									
Sim	13	59,1	37	69,8	10	55,6	60	64,5	$p^{(1)} = 0,4576$
Não	9	40,9	16	30,2	8	44,4	33	35,5	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	
• Trauma									
Sim	2	9,1	4	7,6	1	5,6	7	7,5	$p^{(2)} = 1,0000$
Não	20	90,9	49	92,5	17	94,4	86	92,5	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	
• Dor									
Sim	1	4,5	10	18,9	3	16,7	14	15,1	$p^{(2)} = 0,3177$
Não	21	95,5	43	81,1	15	83,3	79	84,9	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	
• Outras razões									
Sim	3	13,6	2	3,8	2	11,1	7	7,5	$p^{(2)} = 0,1863$
Não	19	86,4	51	96,2	16	88,9	86	92,5	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	
• Razões não definidas									
Sim	1	4,5	3	5,7	2	11,1	6	6,5	$p^{(2)} = 0,7201$
Não	21	95,5	50	94,3	16	88,9	87	93,5	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste Exato de Fisher.

Da Tabela 5 analisa-se a utilização de prótese em relação ao sexo dos pacientes. Desta Tabela pode-se verificar que o percentual de usuários de aparelho protético foi mais elevado entre os pacientes do sexo masculino do que os do sexo feminino (62,1% *versus* 45,3%), e através do teste Qui-quadrado de Pearson, não se comprovou associação significativa ao nível de 5,0%, entre o sexo feminino e masculino.

A Tabela 6 demonstra que o percentual de utilização de prótese aumentou com a faixa etária, sendo 22,7% na faixa de 19 a 39; 54,7% na faixa de 40 a 59 anos e 72,2% entre os que tinham 60 anos ou mais, resultados estes que indicam associação significativa entre uso de prótese e faixa etária ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Avaliação do uso de prótese segundo o sexo dos pacientes

Uso de prótese	Sexo				Grupo total		Valor de p
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%			
Sim	18	62,1	29	45,3	47	50,5	$p^{(1)} = 0,1343$
Não	11	37,9	35	54,7	46	49,5	
TOTAL	29	100,0	64	100,0	93	100,0	

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 6 – Avaliação do uso de prótese segundo a faixa etária (em anos)

Uso de prótese	Faixa etária (em anos)						Grupo total		Valor de p
	19 a 39		40 a 59		60 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	5	22,7	29	54,7	13	72,2	47	50,5	p ⁽¹⁾ = 0,0051*
Não	17	77,3	24	45,3	5	27,8	46	49,5	
TOTAL	22	100,0	53	100,0	18	100,0	93	100,0	

(*) – Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

É fato comprovado na literatura que a perda dentária quando não recuperada de imediato e de forma bem planejada causa alterações morfológicas e funcionais no rebordo edêntulo^{7,2,9,12}. A reabilitação protética independente do tipo para fins de prevenir conseqüências indesejáveis é de fundamental importância^{5,9,6}. Pegoraro⁴ et al.⁴ corroborando com Zanetti, Lagana³ e Sousa et al.¹³ relataram ser necessário avaliar a área edêntula, observando a resiliência da fibromucosa e a forma dos rebordos residuais, pois estes interferem na retenção e na estabilização das próteses. Segundo Lotufo, Lascala Jr¹² concordando com Zanetti, Lagana³ e Pegoraro⁴ et al.⁴, forças excessivas sobre o rebordo levam à deformação permanente tanto da mucosa como do tecido ósseo. Estas considerações colaboram com os dados obtidos durante o exame dos pacientes usuários de prótese, uma vez que 95,0% dos aparelhos protéticos deveriam ser substituídos.

O cirurgião-dentista deve ter o conhecimento sobre o planejamento da prótese e juntamente com o técnico em prótese dentária realizar um trabalho de qualidade para obtenção do sucesso do tratamento. No entanto, Sousa¹⁴ et al.¹⁴, Fernandes et al.¹⁵ descreveram que a maioria dos profissionais negligencia tais fatos, transferindo a responsabilidade do planejamento e desenho das próteses, em especial as parciais removíveis para o técnico de laboratório. Os resultados encontrados neste estudo em relação à baixa qualidade das próteses e a necessidade de substituí-las corroboram com os autores referenciados.

De acordo com alguns autores^{2,10,11,16}, diversos fatores são responsáveis pela destruição do periodonto, e como conseqüência à perda dentária é comum nos pacientes com periodontite crônica de moderada a severa. Os dados obtidos neste trabalho colaboram com as afirmativas de outros¹⁷⁻¹⁹, quando afirmaram ser a cárie dentária a principal razão de perda dentária, seguida pela doença periodontal e outras razões. Constatou-se nesta pesquisa que os dentes molares representaram maior percentual de perda, tantos superiores como inferiores.

Lotufo, Lascala Jr¹² em acordo com Leles, Compagnoni, Nakaoka⁸ afirmaram que o número de indivíduos totalmente edentados vem diminuindo significativamente ao longo dos anos. Em 2003, Scelza et al.¹, informaram que a partir

dos 30 anos de idade o número de extração dentária aumenta substancialmente, o que torna perceptível nos resultados desta pesquisa, que o uso de prótese aumentou com a idade, sendo concordante com os achados de Moimaz et al.¹⁸. O percentual de pacientes edêntulos encontrados na amostra analisada mostrou que este achado evidencia mais perda dos dentes, principalmente os que procuram atendimento odontológico especializado em serviços ambulatoriais, caracterizando deste modo baixas condições sócio-econômicas e demográficas, fatores de grande influência na qualidade de vida e saúde bucal da população.

Os resultados obtidos nesta pesquisa mostraram a necessidade de substituição das próteses utilizadas pelos pacientes, corroborando com os dados referenciados na literatura^{1,9,20}, os quais demonstraram que as próteses em uso estavam em estado parcialmente satisfatório, porém as parciais, classe II de Kennedy, foram mais defeituosas, confirmados, ainda, por Gil, Nakamae, Mori²¹. Ao contrário do que foi constatado por Scelza et al.¹ e Moimaz et al.¹⁸, esta pesquisa mostrou maior necessidade de reabilitação protética no arco superior.

Normalmente, verifica-se na maioria dos estudos que a população feminina é a que mais procura tratamento odontológico, sendo assim, o percentual nas pesquisas em relação ao uso e necessidade de reabilitação protética foi maior para o sexo feminino^{8,19}. Nesta pesquisa apesar da amostra ser constituída mais por mulheres, o percentual de homens usando prótese e necessitando de substituição foi maior, não havendo, no entanto diferença significativa entre os sexos. Em acordo com o que foi detectado nesta pesquisa e corroborando com outros^{5,9,13,22-24}, é necessário que os profissionais após instalação das próteses, orientem os pacientes como utilizá-las adequadamente, sobre como higienizá-las, e tenham sobre tudo um programa de acompanhamento periódico para garantir as condições funcionais das mesmas.

CONCLUSÕES

Mediante os resultados conclui-se que: a média do número de dentes perdidos foi mais elevada na arcada superior do que na arcada inferior e os molares foram os dentes com maior número de perda, seguido dos pré-molares, incisivos e caninos; a principal

razão da perda dentária foi à cárie, doença periodontal e outras razões; a prótese total foi mais prevalente no arco superior e a parcial muco-dento-suportada na inferior; o percentual de utilização de prótese aumentou com a faixa etária e, a maioria dos pacientes apresentou necessidade de recompor o espaço edêntulo e ou substituir a prótese utilizada.

REFERÊNCIAS

1. Scelza MFZ et al. Status protético e alterações bucais dos pacientes do programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. 2003. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=443>>. Acesso em: 17.03.2005.
2. Borghetti A, Glise JM Adequação da crista edêntula à prótese fixada em pilares naturais. In: Borghetti A, Monnet-Corti V Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 21, 387-417.
3. Zanetti AL, Laganá DC Planejamento: Prótese Parcial Removível. São Paulo: Sarvier, 1988. 150p.
4. Pegoraro LF et al. Prótese Fixa – EAP-APCD. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 313p.
5. Oliveira TRC et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais, 2000. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=490>>. Acesso em: 14.03.2005.
6. Montenegro FLB, Manetta CE, Todescan R Estudo da reabsorção óssea sob as selas de próteses parciais removíveis em extremidades livres bilaterais. 2004. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=426>>. Acesso em 14.03.2005.
7. Garcia AR et al. Extremidade livre: período médio para re-embasamento. Rev Odontol da UNESP 1994; 23:307-11.
8. Leles CR, Compagnoni MA, Nakaoka MM Estudo dos pacientes desdentados totais atendidos na disciplina de prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 1987 a 1997. Rev Fac Odontol de São José dos Campos 1998; 1:27-34.
9. Grecca KAM et al. Uso de próteses totais e lesões em tecidos moles na terceira idade. Rev Bras Prot Clin Lab 2002; 4:496-501.
10. Abrams H, Kopczyk RA, Kaplan AL Incidence of anterior ridge deformities in partially edentulous patients. J Prosth Dent 1987; 57:191-94.
11. Rodrigues AS et al. Aumento e reconstrução estética de rebordo alveolar parcialmente edêntulo através de enxerto de tecido mole. Rev Odontol da UNICID 2002; 14:127-134.
12. Lotufo RFM, Lascala JR NT Periodontia e Implantodontia: Desmistificando a Ciência. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 542p.
13. Souza V et al. Mandíbula totalmente desdentada em oposição a dentes naturais: avaliação da reabsorção mandibular por radiografia panorâmica. Rev Ciênc Odontol 1998; 1:41-6.
14. Sousa V et al. Barra palatina anterior: consequências e alternativas. Rev Odontol da UNESP 1993; 22:277-284.
15. Fernandes EL et al. Avaliação do material enviado pelos cirurgiões dentistas aos laboratórios de prótese para confecção de próteses parciais removíveis. Rev Faculd Odontol de Porto Alegre 2004; 45:14-16.
16. Figueredo CMS, Fischer RG Regeneração tecidual guiada. Utilização de uma membrana absorvível de colágeno no tratamento de defeitos ósseos angulares: um estudo em cães beagles. 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=111>>. Acesso em 17.03.2005.
17. Manetta CE, Montenegro FLB, Brunetti RF Odontologia geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=227>>. Acesso em: 17.03.2005.
18. Moimaz SAS et al. Prótese dentária: avaliação do uso e necessidade em população adulta. Rev Paul Odontol 2002; 24:31-4.
19. Alves NC, Gonçalves HHSB Avaliação das causas da perda dentária, dificuldades e expectativas dos pacientes em relação à prótese total. J Bras Clín Odontol Integr 2003; 7:50-54.
20. Gil C, NakamaE AEM Avaliação da terapia protética em pacientes portadores de prótese parcial removível: um estudo transversal. RPG 2000; 7:341-48.
21. Gil C; Nakamae AEM; Mori M. Ocorrência de sintomatologia dolorosa em áreas associadas não pertencentes ao aparelho mastigatório em pacientes portadores de prótese parcial removível: um estudo comparativo baseado nas diferentes classes de Kennedy. RPG 1998; 5:56-63.
22. Gonçalves LPV et al. Estudo Clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. Rev Bras Odontol 2005; 52:9-12.
23. Zuim PRJ et al. Influência de higiene oral e do planejamento da estrutura metálica nas condições periodontais dos dentes suportes em casos de próteses parciais removíveis de extremidade livre. Rev Odontol da UNESP 1996; 25:49-59.
24. Brito AM, Veloso KMM Lesões causadas por próteses totais mal adaptadas em pacientes idosos: relato de casos clínicos. 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=189>>. Acesso em: 17.03.2005.