



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e  
Clínica Integrada  
ISSN: 1519-0501  
apesb@terra.com.br  
Universidade Federal da Paraíba  
Brasil

Dantas BATISTA, André Ulisses; Lima Araújo SALES, João Paulo; FARIAS NETO,  
Arcelino; Fonte Porto CARREIRO, Adriana da  
Avaliação do Planejamento de Prótese Parcial Removível em Modelos Recebidos por  
Laboratórios de João Pessoa, PB  
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 1, enero-marzo,  
2011, pp. 53-58  
Universidade Federal da Paraíba  
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63719237008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# Avaliação do Planejamento de Prótese Parcial Removível em Modelos Recebidos por Laboratórios de João Pessoa, PB

## Evaluation of the Planning of Removable Partial Denture in Plaster Models Received from Prosthodontic Laboratories of the City of João Pessoa, PB, Brazil

André Ulisses Dantas BATISTA<sup>1</sup>, João Paulo Lima Araújo SALES<sup>2</sup>, Arcelino FARIAS NETO<sup>3</sup>, Adriana da Fonte Porto CARREIRO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professor Adjunto II do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

<sup>2</sup>Cirurgião-Dentista, João Pessoa/PB, Brasil.

<sup>3</sup>Mestre em Periodontia e Prótese Dentária pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.

<sup>4</sup>Professora Adjunta II do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o planejamento e a qualidade dos modelos destinados à confecção de prótese parcial removível recebidos por três laboratórios comerciais situados na cidade de João Pessoa (PB) e que realizam a etapa da fundição em suas dependências.

**Método:** Foram fotografados 40 modelos por laboratório, num total de 120 modelos de trabalho. A avaliação foi realizada através de dois questionários, um destinado ao técnico em prótese dentária, e outro, aplicado pelo pesquisador na avaliação visual dos modelos. Os dados obtidos foram submetidos ao programa SPSS versão 13.0.

**Resultados:** 92 modelos (76,7%) não apresentaram planejamento. Além disso, nenhum apresentou referências de plano de inserção ou presença de pinos guias. O cálculo do Índice de Preparo de Boca (IPB) para a avaliação da distribuição dos nichos ou descansos, oclusais e de cíngulo mostrou que 86 modelos (71,7%) foram classificados como Pobre, 23 modelos (19,2%) como Boa e apenas 11 modelos (9,2%) como Aceitável. Na avaliação da presença de defeitos, em 102 modelos (85%) foi encontrado algum tipo de defeito.

**Conclusão:** O clínico não está realizando o preparo de boca em seus pacientes, negligenciando o planejamento da prótese parcial removível, e deixando que o técnico em prótese dentária o faça. Além disso, a qualidade dos modelos enviados mostrou-se insatisfatória.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the planning and quality of plaster models for fabrication of removable partial dentures received from three commercial prosthodontic laboratories located in the city of João Pessoa, PB, Brazil, which perform the casting procedures in their facilities.

**Methods:** Forty 40 plaster models were photographed per laboratory, totaling 120 models. The evaluation was performed using two questionnaires, one designed for the dental prosthesis technicians, and another applied by the investigator for the visual evaluation of the models. Data were analyzed using the SPSS software version 13.0.

**Results:** Ninety-two (76.7%) models did not present planning. In addition, no model presented references of insertion plane or guide pins. Calculation of the mouth preparation index (MPI) to evaluate the distribution of the occlusal and cingulum abutments or rests showed that 86 (71.7%) models were classified as poor, 23 (19.2%) models as good and only 11 (9.2%) models as acceptable. Defects were found in 102 (85%) models.

**Conclusion:** The prosthodontists are not preparing the mouth of their patients, neglecting the planning of removable partial dentures, and passing this responsibility to the dental prosthesis technicians. In addition, the quality of the models sent to the laboratories was unsatisfactory.

### DESCRITORES

Prótese parcial removível; Planejamento de prótese dentária; Modelos dentários.

### KEYWORDS

Removable partial denture; Dental prosthesis design; Dental models.

## INTRODUÇÃO

A elaboração de uma Prótese Parcial Removível (PPR) enquadra-se num triângulo formado entre cirurgião-dentista (CD), técnico em prótese dentária (TPD) e paciente, em cuja base estão o CD, responsável pelo planejamento das etapas clínicas, e o TPD, pelas fases laboratoriais; e no topo, o paciente, portador de uma boca parcialmente desdentada, na condição de consumidor<sup>1</sup>.

O cirurgião-dentista que der início à reabilitação oral do paciente com uma PPR deve ser o responsável pelo desenho da mesma, cabendo ao TPD a responsabilidade sobre a confecção da estrutura indicada pelo CD, enviada juntamente com o modelo delineado. Sendo assim, o modelo de estudo delineado e a estrutura metálica da PPR desenhada representam a melhor prescrição para o laboratório<sup>2</sup>.

Uma PPR bem planejada, bem orientada e bem construída poderá contribuir para a preservação dos dentes remanescentes e dos tecidos de suporte<sup>3</sup>. Planejamentos incorretos e confecção inadequada de preparos de boca podem contribuir para o desenvolvimento de patologias.

São deploráveis as condições em que se encontram muitas bocas que receberam PPRs sem o devido preparo. Todavia, não é o fracasso do aparelho protético em si que gera alterações no sistema estomatognático, pois quem fracassam, na verdade, são os CDs que não planejam ou não realizam preparos de boca, ou então o próprio paciente, pela sua má higiene oral<sup>4</sup>. Além do mais, de nada adianta o cirurgião-dentista ser competente, realizando um copioso planejamento, se seu técnico não tem conhecimento nem capacidade de reproduzir o que foi solicitado.

Trabalhos de pesquisa realizados em diversos laboratórios comerciais brasileiros revelam que mais de 90% dos modelos enviados para confecção de uma PPR não apresentam qualquer preparo de boca ou planejamento do caso<sup>5-8</sup>, o que poderia justificar o preconceito estabelecido de que a prótese parcial removível fosse apenas uma transição entre a prótese fixa e a prótese total<sup>9</sup>.

A comunicação entre os CDs e os TPDs continua sendo inadequada, feita através de um simples contato telefônico e não por meio de documentos. Além disso, ficou constatado que os TPDs agem mais com a razão econômica do que com a consciência ética e profissional pelo fato de não devolverem modelos mal planejados e defeituosos<sup>6,10</sup>.

Falhas aparentemente inócuas ocorridas durante todas as fases de confecção da PPR podem ser acumuladas,

causando sérios problemas ao final do tratamento<sup>10</sup>.

Diante do exposto, existem poucas informações sobre qual é a condição de planejamento e qualidade de modelos enviados aos laboratórios de prótese dentária da cidade de João Pessoa pelos cirurgiões-dentistas. Assim, é de interesse determinar de que maneira está sendo realizado o planejamento e se os modelos enviados apresentam qualidade aceitável para a confecção laboratorial das próteses.

Portanto, o propósito deste trabalho é avaliar o planejamento (presença ou ausência) e a qualidade dos modelos de trabalho, para confecção de prótese parcial removível, enviados aos laboratórios comerciais da cidade de João Pessoa, Paraíba.

## METODOLOGIA

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo nº 307).

A amostra da pesquisa foi obtida a partir de uma visita ao Conselho Regional de Odontologia da Paraíba (CRO-PB), onde foi fornecida uma lista com os nomes, números de inscrição, endereços e telefones de todos os TPDs regularmente inscritos, que exercessem sua função no município de João Pessoa. A lista fornecida continha o registro de 67 protéticos.

Foram estabelecidos os contatos telefônicos para selecionar os laboratórios que realizassem o trabalho de fundição da armação metálica de PPR. Do total, apenas quatro laboratórios cadastrados no CRO-PB realizam o trabalho em questão. Foi feita então, uma primeira visita em cada estabelecimento escolhido, com a intenção de explicar e esclarecer as dúvidas sobre a pesquisa. Dos laboratórios visitados, três aceitaram participar da pesquisa. Após terem lido e assinado o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, foram aplicados os questionários e fotografados os modelos.

Cada um dos 3 laboratórios de prótese dentária da cidade de João Pessoa recebeu um código, representado pelos numerais romanos I, II e III. Eles foram visitados diariamente, por um período de 30 dias, nos quais foram analisados e fotografados, em cada, 40 modelos de trabalho em gesso, totalizando 120 modelos. O código utilizado para identificar os modelos em cada laboratório foi de 01 a 40 (números arábicos).

Para a obtenção das informações, foi entregue ao técnico o primeiro questionário, composto de 8 perguntas. Nele foram abordadas questões inerentes à região assistida pelo laboratório, ao tipo de cliente, ao número de próteses confeccionadas, entre outros. Este

questionário foi inspirado no questionário utilizado previamente<sup>11</sup>. Nas visitas seguintes, os questionários foram recolhidos e iniciou-se a análise dos modelos, para o qual foi utilizado um segundo questionário, composto de 15 perguntas, destinado à avaliação dos modelos. Além disso, cada um dos modelos foi fotografado com uma câmera digital (Sony Cyber-Shot DSC-S600, Sony Inc. Toquio, Japão).

No segundo questionário, foram registrados dados pertinentes ao tipo de arco, gênero do paciente, dentes ausentes e remanescentes, presença ou não de planejamento, forma de transferência do planejamento ao TPD, tipo de gesso usado para o vazamento (avaliação visual) e a presença de defeitos estruturais, dentre outros pontos. Para avaliação do preparo de boca, foram empregados escores, onde se utilizou apenas a sub-escala de avaliação da distribuição dos nichos ou descansos, oclusais e de cíngulo, seguindo o Índice de Preparo de Boca (IPB)<sup>9,12</sup>. Desta maneira foram atribuídos escores aos nichos ou descansos presentes, conforme os critérios descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios de avaliação da presença e distribuição dos nichos oclusais e de cíngulo.	
Escore	Critérios
2	POBRE: Na ausência de nichos; se os nichos não se situarem nas cristas marginais contíguas ao espaço protético em próteses dentossuportadas (exceto em molares com inclinação mesial); e nas cristas marginais distantes do espaço protético em próteses de extremidade livre.
1	ACEITÁVEL: Distribuição correta, e houver falha somente na localização de um ou mais nichos.
0	BOA: Se a distribuição satisfizer todas as características do princípio de fixação, incluindo a força de neutralização da rotação da prótese pelos apoios secundários.

Os modelos foram fotografados individualmente, devidamente codificados, segundo tomadas com vista oclusal, frontal, lateral esquerda e lateral direita. Quando a armação metálica acompanhava o modelo, era também fotografada por vista oclusal, para possibilitar sua avaliação.

Os dados obtidos foram tabulados através do programa SPSS versão 13.0 e analisados por meio da estatística descritiva.

## RESULTADOS

A quantidade média de estruturas metálicas produzidas mensalmente pelo laboratório I foi de 150

estruturas, 40 no laboratório II e 100 no laboratório III. Em relação aos tipos de clientes para os quais confeccionam PPRs, observou-se que os três laboratórios realizam trabalhos para consultórios particulares e serviços terceirizados a outros laboratórios, e apenas o laboratório I fez trabalhos para universidades ou escolas de ensino de próteses. Quanto ao uso do delineador, os laboratórios I e II indicaram sempre fazerem uso do mesmo, ao passo que o laboratório III não o faz.

Em relação aos tipos de arco, 55,8% deles foram arcos inferiores e 44,2%, superiores. A média de dentes presentes para a arcada superior foi de 7,9 dentes, enquanto que para a arcada inferior foi de 8,13 dentes. Na arcada inferior, a média de dentes presentes foi de 8,82 e de 7,24 dentes ausentes.

Nesta pesquisa, todos os modelos (100%) chegaram vazados aos laboratórios. Entretanto, apenas 28 modelos (23,3%) apresentaram o planejamento da estrutura metálica a ser executada, contra 92 modelos (76,7%), que não o apresentaram ficando toda a responsabilidade delegada aos TPDs. Dentre os modelos que apresentaram planejamento da estrutura, 24 (20%) foram por meio de desenho no modelo de trabalho, 3 (2,5%) por desenho no modelo de estudo, e apenas 1 (0,8%) através da antiga estrutura metálica.

Em nenhum dos modelos havia informações sobre qual seria o eixo de inserção e remoção determinado para confecção da prótese (pino guia de transferência). Pode-se observar também que aproximadamente metade dos modelos (49,2%) foi enviada junto com o modelo antagonista. Apenas 13,3% deles chegaram montados em articulador, sendo 100% destes do tipo charneira.

O Índice de Preparo de Boca (IPB) revelou que 71,7% dos modelos foram classificados como de qualidade "Pobre", 19,2% como "Boa" e apenas 9,2% como "Aceitável" (Tabela 1). Clinicamente isso significa que em 71,7% dos casos havia inexistência de preparo de nichos, preparos realizados em número insuficiente ou sem nenhum critério de localização. Em apenas 19,2% dos casos os nichos estavam corretamente preparados quanto à quantidade e localização. As Figuras de 1 a 3 ilustram os exemplos de modelos classificados pelo IPB.

**Tabela 1. Distribuição dos modelos segundo os critérios de avaliação da presença e distribuição dos nichos oclusais e de cíngulo.**

IPB	Frequência	
	n	%
Pobre	86	71,7
Boa	23	19,2
Aceitável	11	9,2
Total	120	100,0



Figura 1. Modelo de trabalho classificado pelo IPB como *Bom* – distribuição correta dos nichos.



Figura 2. Modelo de trabalho classificado pelo IPB como *Aceitável* – os nichos nos molares deveriam localizar-se na distal devido à inclinação para mesial.

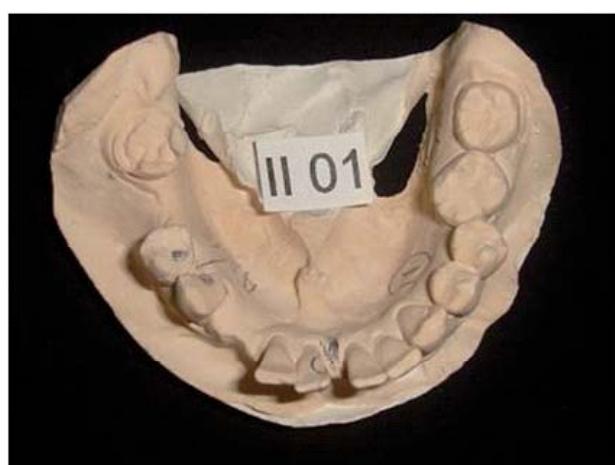


Figura 3. Modelo de trabalho classificado pelo IPB como *Pobre* – ausência total de preparo de nichos. Nota-se ainda a presença do dente 47 extensamente destruído.

Quando indagados sobre se iriam ou não realizar o trabalho solicitado pelo CD sobre os modelos recebidos, os TPDs responderam apenas em 3 casos (2,5%) que não iriam confeccionar a prótese em questão.

Para a obtenção dos modelos, foram utilizados os seguintes tipos de gesso: II, III e IV; não sendo levadas em consideração as bases dos modelos, que foram todas confeccionadas em gesso tipo II. Por isso, a área do modelo a qual vai ser trabalhada é a única que foi classificada quanto ao tipo de gesso, de interesse dessa pesquisa. Os resultados obtidos revelaram que a maior parte (58,3%) foi do tipo IV (Tabela 2).

**Tabela 2. Distribuição dos modelos segundo o tipo de gesso para vazamento.**

Tipo de Gesso	Frequência	
	n	%
IV	70	58,3
III	38	31,7
II	12	10,0
Total	120	100,0

Na avaliação da presença de defeitos, um grupo de 18 modelos (15%) apresentou-se sem defeito algum. No outro grupo, de 102 modelos (85%), foi encontrado algum tipo de defeito como: bolhas em positivo, bolhas em negativo, dentes fraturados, molde com sub-extensão, mau vazamento, a associação deles e outros defeitos como modelo extremamente sujo (presença de fungos, poeira, manchas e insetos minúsculos).

O defeito mais prevalente foi presença de bolhas (em negativo ou em positivo), sem associação com outro tipo de defeito, que respondeu por 67 modelos entre os defeituosos (65,7%), representando 55,8% do total. Em números absolutos, 87 modelos dentre os defeituosos (85,3%) apresentaram pelo menos um tipo de bolha, independente de estar associado a outros defeitos, representando 72,5% do total. Tratando-se de um defeito isoladamente, o de menor percentual ficou para o de dentes fraturados somente, representado por apenas 1 modelo (0,98%) dentre os modelos defeituosos, e 0,8% do total de modelos dos dois grupos.

## DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliadas a condição de planejamento e a qualidade de modelos enviados aos laboratórios de prótese dentária da cidade de João Pessoa pelos cirurgiões-dentistas. A literatura é carente quando se trata de trabalhos que tenham procurado avaliar o tema em questão.

Quando nos referimos à situação específica da cidade de João Pessoa/PB, foi localizado apenas um trabalho a respeito desse tema<sup>6</sup>. Os resultados foram semelhantes, com 88,1% dos modelos não apresentando nenhum tipo

de esboço que sugerisse um desenho ou planejamento da futura estrutura metálica, 9,4% dos casos apresentaram o planejamento incorreto, e apenas 2,5% apresentaram o planejamento totalmente correto. Observou-se que havia modelos com planejamentos unilaterais, desenhos em áreas muito retentivas e planejamentos envolvendo elementos sem nichos.

Em relação ao tipo de gesso utilizado, os resultados demonstraram diferenças de outros autores<sup>6</sup> que encontraram uma maior proporção de modelos confeccionados com gesso tipo III (54,2%) seguidos pelo gesso tipo IV (42,5%) e pelo gesso tipo II (3%). Os resultados demonstraram que a maioria dos modelos (58,3%) foi vazada com gesso tipo IV, o gesso idealmente preconizado. Em segundo lugar, os modelos vazados com o gesso tipo III, com 31,7%, e por último, com o gesso tipo II (10%). Este percentual encontrado para os modelos vazados com o gesso tipo II é considerado relativamente alto, indicando o uso de material contra-indicado para confecção futura da infra-estrutura metálica.

No que diz respeito ao local de vazamento do gesso (consultório ou no laboratório), observou-se que 100% dos modelos avaliados chegaram dos consultórios já vazados. Os resultados divergiram de outros autores<sup>6</sup>, que apontaram que apenas 56,3% foram vazados em consultório, sendo o restante enviados como moldes para vazamento no laboratório. Sabe-se que o alginato, material mais empregado para tal finalidade, é passível de embebição e sinérese, o que pode resultar em alterações dimensionais consideráveis, caso o vazamento do molde não seja feito em tempo adequado, após sua desinfecção e espera de aproximadamente 15 a 30 minutos<sup>13</sup>.

No tocante à maneira como os planejamentos foram transmitidos aos TPDs e a forma de comunicação entre CDs e TPDs, os dados de estudo prévio<sup>6</sup> mostram que em 87,3% dos casos houve comunicação verbal (recados pelo mensageiro ou através de telefonemas) entre eles, em 11,9% os CDs planejaram ou desenharam corretamente, e apenas 0,8% escreveram ou rabiscaram em pedaços de papel<sup>6</sup>. Os dados encontrados mostraram que a maioria dos modelos (76,7%) não apresentou nenhum planejamento da estrutura metálica, e este planejamento, quando presente, vem sendo transmitido aos TPDs basicamente através dos desenhos nos modelos de trabalho (20% dos casos) ou pelos modelos de estudo (2,5% dos casos). Na ausência de planejamento por parte do cirurgião-dentista, não é raro encontrarmos o TPD realizando-o por sua própria conta e risco, o que não deveria ser sua atribuição. Isso se confirmou no presente trabalho, quando ao serem indagados se iriam ou não realizar o trabalho solicitado pelo CD sobre os modelos recebidos, encontramos que a grande

maioria das próteses (97,5%) seriam confeccionadas, demonstrando dessa forma que uma atribuição exclusiva do CD (planejamento da estrutura metálica), vem sendo realizado pelo TPD.

Utilizando o IPB, outro estudo avaliou a forma e a distribuição dos descansos oclusais e de cíngulo dos modelos de trabalho de dois grupos: A - próteses confeccionadas na clínica de uma faculdade (Faculdade de Odontologia da USP-FOUSP) e B - próteses confeccionadas em laboratórios comerciais de São Paulo, encontrando que no grupo A, não houve nenhum modelo com critério de avaliação Pobre (0%), e apenas um com avaliação Aceitável (3%), diferente do grupo B, onde o índice de avaliação Pobre chegou a 68,75%, e Aceitável 16%, fazendo que estas próteses funcionassem fora dos padrões biomecânicos exigidos no planejamento e confecção de uma PPR<sup>9</sup>.

O presente trabalho não levou em consideração as formas dos descansos, avaliando portanto somente a localização dos mesmos quanto aos critérios *Boa*, *Aceitável* e *Pobre*. Os resultados foram semelhantes ao grupo B (laboratórios comerciais de São Paulo)<sup>9</sup>, com 71,7% dos modelos com índice de avaliação Pobre, 19,2% com índice Boa e 9,2% Aceitáveis, o que indica que os CDs não estão preocupados com a qualidade do planejamento de suas próteses parciais removíveis.

A ausência do plano guia, ou sua distribuição de forma deficiente, fará com que os componentes rígidos da prótese não exerçam uma de suas principais funções que é a estabilização horizontal da PPR. Uma das possíveis causas da omissão do preparo biostático dos dentes pilares se deve à deficiência ou ao eventual desconhecimento do CD da aplicação e da função do plano guia como elemento fundamental no âmbito do planejamento e preparo de boca do paciente, causando com isto, o fracasso da prótese<sup>3,9</sup>. Os achados da presente pesquisa mostram que, infelizmente, todos os modelos estudados não apresentaram planos guias, denotando que este é o meio mais lento, revoltante e enganoso de se extrair um dente<sup>7</sup> e que a PPR seja um tratamento transitório em direção à prótese total<sup>9</sup>.

Vários trabalhos de pesquisa realizados em diversos laboratórios comerciais brasileiros revelaram que mais de 90% dos modelos enviados para confecção de PPRs não apresentam qualquer preparo de boca ou planejamento do caso<sup>5-8</sup>. O percentual encontrado no presente trabalho, embora inferior (76,7%), ainda é considerado alarmante. Alarmante também foi a alta porcentagem de modelos apresentando defeitos estruturais (85%), pois o trabalho de confecção da estrutura metálica da prótese removível é uma fase laboriosa e de alto nível de exigência, podendo a baixa qualidade dos modelos afetar a qualidade das

próteses obtidas<sup>4</sup>.

Como pode-se observar, no âmbito da PPR, a falta de qualidade na execução dos trabalhos tem culminado com o fracasso dos aparelhos quando em uso. Para muitos autores, esta situação se deve à negligência do CD em relação aos princípios biomecânicos durante o planejamento da prótese<sup>3,5,7,14-17</sup>.

Em todos os laboratórios de prótese dentária visitados durante a coleta de dados desta pesquisa, os TPDs executaram, além de suas funções próprias, os planejamentos das PPRs que lhes eram encomendadas. Tal fato, segundo várias pesquisas, vem ocorrendo de forma corriqueira em todo Brasil<sup>1,5-7</sup>.

## CONCLUSÃO

Os modelos enviados aos laboratórios comerciais para a confecção de próteses parciais removíveis são, em sua ampla maioria, desprovidos de condições adequadas para essa função, devido à falta de nichos em número e localizações adequadas, o que caracteriza falta de preparo de boca básico; e à ausência de informações quanto ao planejamento da estrutura metálica pelo CD, deixando a cargo do TPD a realização do mesmo. Além disso, a qualidade dos modelos enviados mostrou-se insatisfatória, com a presença de defeitos estruturais, sendo alguns de tal magnitude que poderiam inviabilizar a confecção laboratorial adequada das próteses. Existe, portanto, necessidade de maior orientação aos cirurgiões-dentistas e técnicos em prótese dentária a respeito da importância desses fatores no sucesso do tratamento com prótese parcial removível.

## REFERÊNCIAS

1. Palomo E, Teixeira ML, Stegun RC. Avaliação do comportamento dos cirurgiões-dentistas e protéticos na confecção de estruturas metálicas de próteses parciais removíveis nos laboratórios comerciais da cidade de São Paulo. *PCL Rev Bras Prot Clin Lab* 2003; 5(27):425-31.
2. Cury AADR, Garcia RC MR. In: Domitti SS, Consani S. Prótese total articulada com prótese parcial removível. São Paulo: Santos, 2001. Cap. 6, p. 23-36.
3. Todescan R, Romanelli JH. Por que fracassam os aparelhos parciais removíveis. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1971; 25(1):13-22.
4. Kliemann C, Oliveira W. Manual de prótese parcial removível. São Paulo: Santos, 2002. 265p.
5. Bonachela WC, Di Credio RC. Insucessos das próteses removíveis: Por que ainda hoje as próteses parciais removíveis andam em descrédito? *RGO* 1990; 38(4):262-4.
6. Duarte ARC, Paiva HJ. Avaliação do nível de conhecimento e conscientização do cirurgião-dentista e do técnico em prótese dental, em relação ao planejamento e a execução de próteses parciais removíveis: Estudo laboratorial. *Rev ABO Nac* 2000; 8(4):232-7.

7. Vieira DF, Todescan R. Estarrecedora situação da prótese removível. Um alerta à profissão odontológica. *Rev Ass Paul Cir Dent* 1972; 26(6):299-319.
8. Mattos MGC, Brun CL, Matos RL, Pagnano VO, Ribeiro RF. Perfil dos laboratórios de prótese dental e dos trabalhos de prótese parcial removível. *PCL Rev Bras Prot Clin Lab* 2001; 3(16):505-10.
9. Morais HO. Estudo comparativo da qualidade de preparo de boca para prótese removível entre modelos de trabalho recolhidos da clínica de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e de alguns laboratórios comerciais da cidade de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. 2003.
10. Zavanelli RA, Hartmann R, Queiroz KV. Verificação do elo existente entre profissional e laboratório de prótese dental na confecção de próteses parciais removíveis na cidade de Goiânia/GO. *PCL Rev Iber-Amer Prot Clin Lab* 2004; 6(30):167-73.
11. Neves CF. Estudo da produção de prótese removível em laboratórios da cidade de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, universidade de São Paulo. 2005.
12. Gil C, Nakamae AEM. Índice de qualidade do trabalho protético (IQP): um estudo metodológico. *RPG* 2000; 7(1):38-46.
13. Anusavice KJ. Phillips - Materiais dentários. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 800p.
14. Bezzon OL, Mattos MGC, Ribeiro RF. Surveying removable partial dentures: the importance of guiding planes and path of insertion for stability. *J Prosthet Dent* 1997; 78(4):412-8.
15. DeFranco RL. Designing removable partial dentures. *Dent Clin North Am* 1984; 28(2):307-25.
16. Paulino SM, Vinha D, Panzeri H. Próteses parciais removíveis: análise de 105 peças em uso há mais de 5 anos. *Rev Paul Odontol* 2000; 22(1):18-25.
17. Rudd K. What I expect from a commercial laboratory. *J Dent Technol* 1998; 15(7):43.

Recebido/Received: 20/08/09

Revisado/Reviewed: 14/06/10

Aprovado/Approved: 02/09/10

### Correspondência:

André Ulisses Dantas Batista  
Universidade Federal da Paraíba  
Departamento de Odontologia Restauradora  
João Pessoa/PB CEP: 58051-900  
Telefone: (83) 3216-7250  
E-mail: andreulisses@yahoo.com.br