

Condição de envio dos modelos de trabalho e comunicação entre Cirurgiões-Dentistas e Técnicos em Prótese Dentária do município de Aracaju-Sergipe na confecção de prótese fixa metalocerâmica.

Transportation Conditions of Work Models and communication between Surgeon-Dentists and Technicians in Dental Prosthesis of the city of Aracaju-Sergipe in the making of metallo-ceramics fixed prosthesis.

Rosemília Milet Passos Machado¹, José Rogério Vieira De Almeida², Fábio Martins³, Cyntia Ferreira Ribeiro¹, Herika Kris Tirzah Cruz Lima⁴

¹Professora do Curso de Especialização em Prótese Dentária da FUNORTE/SE;

²Professor Adjunto da Disciplina – Prótese Fixa – Departamento de Prótese Dentária Universidade Federal de Sergipe – SE/Brasil

³Professor Adjunto da Disciplina – Prótese Parcial Removível – Departamento de Prótese Dentária Universidade Federal de Sergipe – SE/Brasil;

⁴Acadêmica do curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe.

DESCRIPTORIOS:

Laboratório; Prótese Parcial Fixa; Comunicação; Relações Interprofissionais.

Keywords:

laboratory; denture partial fixed; communication; interprofessional relationship

RESUMO

O presente trabalho objetivou avaliar a condição de envio dos modelos de trabalho e a comunicação entre Cirurgiões-Dentistas e Técnicos em Prótese Dentária na confecção de prótese fixa metalocerâmica no município de Aracaju/SE. Para tal, foi realizada uma pesquisa de campo por meio de um questionário com os Técnicos em Prótese Dentária cadastrados no Conselho Regional de Odontologia - Seção Sergipe, atuantes no município de Aracaju. Responderam a este 12 técnicos que realizam prótese metalocerâmica rotineiramente, em seus laboratórios. Com base nos dados coletados, 75% dos entrevistados afirmaram receber os trabalhos protéticos já em modelos, sendo 100% desses modelos vazados com gesso tipo especial. Metade dos entrevistados respondeu receber menos de 50% dos modelos articulados, e 84% responderam receber menos de 10% dos trabalhos com os dentes pilares troquelizados. Entretanto, em relação à comunicação escrita entre o Cirurgião-Dentista e o Técnico em Prótese Dentária, observou-se que a maioria das prescrições enviadas ao laboratório não obtinham informações necessárias para a realização da prótese, necessitando frequentemente o Técnico de contatar com o Cirurgião-Dentista. Observou-se que as condições dos modelos de trabalho e a comunicação entre Cirurgiões-Dentistas e o Técnico em Prótese Dentária ainda se encontram deficientes.

Abstract

The current work has the goal of assessing the condition of the work models' transportation and the communication between Surgeon-Dentists and Technicians in Dental Prosthesis, in the making of metallo-ceramics fixed prosthesis in Aracaju-SE. A field research was performed through a questionnaire with the Technicians in Dental Prosthesis registered at the Dentrist Regional Council – Section Sergipe, operating in Aracaju city. Twelve technicians who used to perform metallo-ceramics in their laboratories answered to this questionnaire. Based on collected data base, 75% of the interviewed ones affirmed that are receiving prosthesis works already in models, being 100% of these models casted with this special kind of gypsum. Half of the interviewed ones answered that are receiving less of 50% of the articulated models and 84% answered that are receiving less than 10% of the works with troquelized pillar teeth. As far as the written communication is concerned between the Surgeon-Dentist and the Technician in Dental Prosthesis, it was observed that most of the prescriptions sent to the laboratory did not have the necessary information for doing the prosthesis. Therefore, the technician often needed to contact the Surgeon-Dentist. However, it was observed that the conditions of the work models and the communication between Surgeon-Dentists and the Technician in Dental Prosthesis are somehow deficient.

Endereço para correspondência

Rosemília Milet Passos Machado
Rua Cedro 82 /1201 - São José - Aracaju - SE - CEP: 49015-150
Fone: (79) 9134-1774 / 3271-7386
Email: milet1@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A comunicação eficiente é o segredo do sucesso do trabalho em equipe^{1,2}. No caso da prótese dentária, a qualidade final do trabalho protético está diretamente relacionada à fase clínica, de responsabilidade do Cirurgião-Dentista (CD), e à fase laboratorial, desenvolvida pelo Técnico em Prótese Dentária (TPD). Com isso, a comunicação existente entre esses dois profissionais deve-

rá ser estreita e harmônica, para que se obtenha sucesso no trabalho final^{3,4}.

Com a evolução das técnicas e dos materiais odontológicos, a substituição de dentes ausentes tem se tornado cada vez mais fácil, e, com isso, as reabilitações orais por meio de próteses estão mais acessíveis à população⁵.

Devido à conveniência e às vantagens psicológicas

e sociais, os indivíduos estão preferindo próteses fixas a removíveis, e o sucesso ou fracasso desse tipo de reabilitação é fortemente influenciado por fatores biológicos e técnicos que devem ser considerados ainda no planejamento¹. Apesar do grau de aprimoramento das ligas metálicas e das cerâmicas, a longevidade dos trabalhos protéticos ainda é motivo de grande preocupação tanto por parte do CD quanto do indivíduo^{6,7,8}.

Entretanto, a longevidade das próteses fixas depende de muitos fatores que vão desde a sua confecção até o cuidado com que o indivíduo a preserva, tais como: correto planejamento da infraestrutura metálica; qualidade da liga metálica utilizada; compatibilidade entre a cerâmica e a liga metálica escolhida; integridade estrutural; estado biológico dos dentes pilares e tecidos periodontais; grau de carga funcional e/ou parafuncional exercida sobre as restaurações; manutenção apropriada; controle de biofilme realizado pelo indivíduo bem como a precisão com a qual o TPD e o CD executam todas as fases de sua confecção^{9,10}.

O conhecimento a respeito de complicações clínicas que podem ocorrer em próteses fixas aprimora o CD para elaborar um correto diagnóstico, desenvolver um plano de tratamento mais adequado e oferecer expectativas reais aos indivíduos¹¹, fornecendo um prognóstico satisfatório para tais elementos dentários. Para isso, o CD deve criar mecanismo de boa comunicação tanto com o indivíduo quanto com o TPD, pois a responsabilidade sobre o trabalho executado sempre recai sobre o CD, e é a este que o indivíduo irá reclamar eventuais reparos¹².

Além disso, o conhecimento das causas que levam ao fracasso das próteses fixas ajudaria o CD a dispor de meios mais eficazes de tratamento e a prognosticar com maior segurança. O CD deve ainda estar ciente da longevidade média dos vários tipos de próteses e dos materiais mais indicados para a construção e cimentação destas¹³.

A confecção criteriosa de modelos de trabalho bem como uma correta delimitação do término do preparo pelos CD é outro fator determinante para a correta adaptação da futura prótese. Aliado a isso, deve existir entre o CD e o TPD um bom relacionamento, boa comunicação, organização e métodos auxiliares, como: modelos de gesso bem confeccionados e demarcados, fichas (contendo materiais, ligas, cores dos dentes, observações clínicas), desenhos, o acompanhamento do clínico nas etapas laboratoriais e vice-versa para que o trabalho reabilitador com prótese fixa metalocerâmica possua longevidade clínica^{13,14}.

O objetivo desta pesquisa foi o de avaliar, por meio de um questionário, a condição de envio dos modelos de trabalho e a comunicação entre CD e TPD do município de Aracaju/Sergipe para confecção de prótese fixa metalocerâmica.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, inicialmente, fez-se uma revisão de literatura acerca da importância da comunicação entre CD e TPD. Em seguida, foi feita uma pesquisa de campo por meio da aplicação de um questionário composto por perguntas de múltipla escolha, com os TPD cadastrados no Conselho Regional de Odontologia - Seção Sergipe (CRO-SE), atuantes no município de Aracaju.

Esse questionário foi formulado a partir de uma pesquisa nos centros de dados da Bireme e PubMed,

promovendo-se algumas modificações devido à dificuldade em encontrar questionários com perguntas que se adequasse à confecção de prótese fixa metalocerâmica. Compunha-se de 03 partes, sendo elas: dados referentes ao laboratório; forma de comunicação para a realização dos trabalhos de prótese fixa metalocerâmica e forma de recebimento dos modelos (Protocolo de pesquisa).

Para seleção dos participantes da pesquisa, foi analisada a lista¹⁵ dos TPD inscritos no CRO-SE (n=50). Após análise, verificou-se que 06 TPD residiam no interior, e isso não era o alvo da pesquisa; 03 encontravam-se cancelados; 02 falecidos; 02 transferidos para outro estado; 07 mudaram de endereço e não foram encontrados; 02 não responderam o questionário; 16 não trabalham confeccionando prótese fixa metalocerâmica. Responderam ao questionário 12 TPD que realizam trabalhos protéticos metalocerâmicos rotineiramente, em seus laboratórios. O nome de cada entrevistado bem como do laboratório foi omitido para preservação da identidade. Convém salientar que, para participar do estudo, todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) sobre o estudo, que previamente foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob registro N° CAAE – 00016.0.107.000-09.

Apenas um entrevistador coletou e fez a análise dos dados. Como a amostra foi composta por 12 TPD, optou-se por uma análise com valores percentuais, visto que não teria nenhum fundamento estatístico a realização de uma análise por amostragem em função do número reduzido da amostra, sendo, desse modo, desnecessária a realização de qualquer teste estatístico.

Protocolo de pesquisa

CONDIÇÃO DE ENVIO DOS MODELOS DE TRABALHO E COMUNICAÇÃO ENTRE CIRURGIÕES-DENTISTAS E TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SERGIPE NA CONFEÇÃO DE PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA

LABORATÓRIO N° _____

PARTE 01 – LABORATÓRIO

1 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA:

() MENOS DE 1 ANO () ENTRE 1 E 5 ANOS

() ENTRE 5 E 10 ANOS () MAIS DE 10 ANOS

2 – NÚMERO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS COM QUE TRABALHA:

() MENOS DE 15 () ENTRE 16 E 30

() ENTRE 31 E 45 () MAIS DE 45

3 – VÍNCULO COM ENTIDADE DE ENSINO:

() SIM () NÃO

4 – NÚMERO DE PEÇAS PROTÉTICAS PRODUZIDAS MENSALMENTE:

() MENOS DE 20 () ENTRE 21 E 40

() ENTRE 41 E 60 () MAIS DE 60

5 – NÚMERO DE PRÓTESES FIXAS METALOCERÂMICAS PRODUZIDAS MENSALMENTE:

() MENOS DE 15 () ENTRE 16 E 30

() ENTRE 31 E 45 () MAIS DE 45

6 – TEMPO DE CONFEÇÃO DE UMA PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA A PARTIR DO MODELO DE TRABALHO:

() MENOS DE 5 DIAS () DE 5 A 8 DIAS () MAIS DE 8 DIAS

PARTE 02 – FORMA DE COMUNICAÇÃO

1 – COMO RECEBE A SOLICITAÇÃO DO TRABALHO? (EM PORCENTAGEM/NÚMEROS APROXIMADOS)

() AINDA EM MOLDE () MODELO

2 – SE AINDA EM MOLDE, QUAL O MATERIAL?

3- E, EM QUANTO TEMPO APÓS CHEGAR AO LABORATÓRIO, É REALIZADO O VAZAMENTO DO MODELO?

- 4 – SE MODELO, QUAL TIPO DE GESSO? (EM PORCENTAGEM/NÚMEROS APROXIMADOS)
 COMUM/PARIS PEDRA ESPECIAL
- 5 – VEM COM ANTAGONISTA? (EM PORCENTAGEM/NÚMEROS APROXIMADOS)
 SIM NÃO
- 6 – RECUSA ALGUM MODELO?
 SIM NÃO MOTIVO:
- 7 – FAZ DESINFECÇÃO DOS MODELOS?
 SIM, SEMPRE SIM, ALGUNS CASOS NUNCA
- 8 – CASO AFIRMATIVO, QUAL SUBSTÂNCIA UTILIZA?
 HIPOCLORITO DE SÓDIO ÁLCOOL 70%
 ÁLCOOL 96% CLOREXIDINA GLUTARALDEÍDO
 OUTROS
- 9- QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE AS PRESCRIÇÕES DE PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA ENVIADAS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS AO SEU LABORATÓRIO?
 COMPLETAS PARA PROPORCIONAREM INFORMAÇÕES PARA VOCÊ REALIZAR O MELHOR SERVIÇO.
 CONTÉM SOMENTE UM MÍNIMO DE INFORMAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO.
 FREQUENTEMENTE VOCÊ TEM DE CONTATAR O CIRURGIÃO-DENTISTA A FIM DE OBTER AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DA PRÓTESE.
 NÃO SÃO ENVIADAS DE FORMA APROPRIADA.
 OUTRAS

PARTE 03 – FORMA DE RECEBIMENTO DOS MODELOS

- 1 – RECEBE OS MODELOS ARTICULADOS? (EM PORCENTAGEM/NÚMERO APROXIMADO)
 SEMPRE MAIS DE 50% MENOS DE 50%
 NUNCA
- 2 – SE AFIRMATIVO, QUAL TIPO DE ARTICULADOR?
 NÃO AJUSTÁVEL SEMIAJUSTÁVEL TOTALMENTE AJUSTÁVEL
- 3 – SE AFIRMATIVO, RECEBE O MODELO MONTADO EM MOLDEIRA ESPECIAL PARA TROQUELIZAÇÃO?
 SEMPRE MAIS DE 50% MENOS DE 50%
 NUNCA
- 4 – DOS MODELOS QUE VOCÊ RECEBE PARA A CONFECÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA DA PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA, QUAL A PORCENTAGEM DE CASOS QUE APRESENTAM OS DENTES PILARES TROQUELIZADOS?
 MENOS DO QUE 10%
 DE 10 A 24%
 DE 25 A 49%
 DE 50 A 74%
 DE 75 A 100%
- 5 – O CIRURGIÃO-DENTISTA ENVIA O TROQUEL COM O SUPER-BOND APLICADO NO DENTE PREPARADO?
 SIM, SEMPRE SIM, ALGUNS CASOS NUNCA
- 6 – OBSERVA QUE ALGUNS TÉRMINOS NÃO FORAM COPIADOS ADEQUADAMENTE?
 SEMPRE MAIS DE 50% MENOS DE 50%
 NUNCA
- 7- DAS INFRAESTRUTURAS METÁLICAS PARA PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA QUE VOCÊ CONFECCIONA, QUAL A PORCENTAGEM QUE DEVE SER REFEITA, PORQUE O CIRURGIÃO-DENTISTA RELATA QUE A ESTRUTURA NÃO ADAPTA BEM?
 MENOS DE 5% DE 5 A 10% DE 11 A 20%
 MAIS DE 20%

RESULTADOS

Após a aplicação do questionário, os dados foram organizados e avaliados por meio de análise descritiva bem como representados em gráficos.

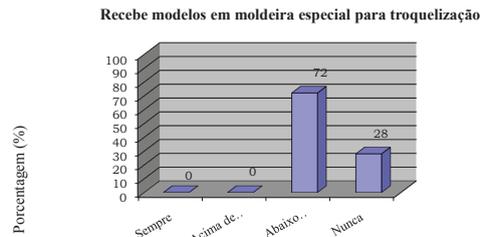
Com base nos dados coletados, 75% dos TPD afirmaram receber os trabalhos protéticos já em modelos, sendo 100% desses modelos vazados com gesso pedra tipo especial e todos acompanhados com seus respectivos antagonistas.

Com relação à recusa dos modelos, todos os en-

trevistados responderam recusar alguns modelos. Os principais motivos da recusa se referiam a problemas na nitidez do preparo (58%) e modelos apresentando bolhas (42%).

Ao analisar a forma de recebimento dos modelos, somente 8.5% dos entrevistados responderam sempre receber os modelos articulados, sendo estes montados em articulador semiajustável (86%). Quando foi avaliado, se estes modelos estavam montados em moldeira especial para troquelização, foi observado que 72% dos TPD recebem menos de 50% dos seus trabalhos montados em tais moldeiras (Gráfico 1).

Gráfico 1



Durante a avaliação dos dentes pilares nos modelos, somente 25% dos entrevistados responderam que observavam em mais de 50% dos trabalhos recebidos cópia inadequada do término (Gráfico 2); 84% dos entrevistados afirmaram receber menos de 10% dos trabalhos com os dentes pilares troquelizados (Gráfico 3), e 67% nunca receberam o troquel com o super bonder aplicado no dente preparado (Gráfico 4).

Gráfico 2

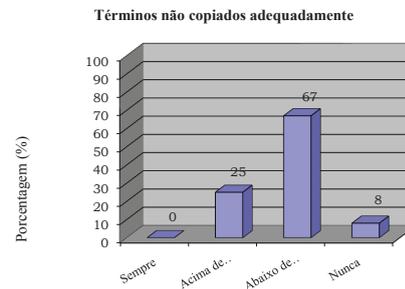


Gráfico 3

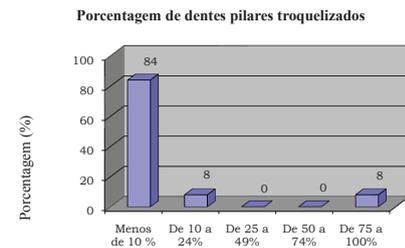
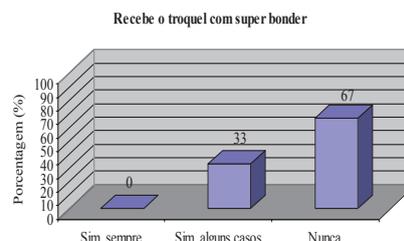


Gráfico 4



Quando foi questionado a respeito da comunicação escrita entre o CD e o TPD, observou-se que a maioria das prescrições (59%) enviadas pelos CD ao laboratório não obtinha informações necessárias para a realização da prótese, necessitando frequentemente o laboratório contatar com o CD para obter melhores informações, enquanto que somente 8% recebiam todas as informações necessárias para a confecção da prótese fixa metalocerâmica (Gráfico 5).

Já com relação à repetição da infraestrutura metálica solicitada pelo CD devido à não adaptação correta da estrutura, 59% dos TPD responderam que só repetem menos de 5% dos seus trabalhos (Gráfico 6).

Gráfico 5

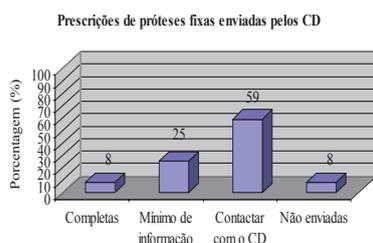
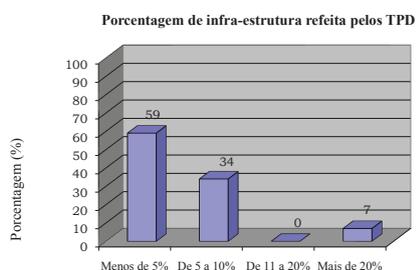


Gráfico 6



260

DISCUSSÃO

Para que uma prótese fixa de boa qualidade seja confeccionada, todos os membros da equipe odontológica devem compreender o que precisam esperar uns dos outros. Geralmente ambos trabalham separadamente, quando deveriam estar estreitamente ligados, como afirma Lynch et al.¹⁶.

Uma pesquisa realizada por Aquilino e Taylor¹⁷ sobre os laboratórios de prótese fixa revelou que os dentistas delegam uma porção significativa desta responsabilidade aos TPD. Isso foi confirmado também no presente estudo em que 59% dos TPD tinham que contatar com o profissional para obter informações necessárias à realização da prótese. Os resultados deste estudo também foram de encontro com o trabalho referido anteriormente no qual os TPD entrevistados geralmente mostravam insatisfação com a qualidade dos trabalhos recebidos. As queixas incluíam problemas na nitidez do término (58%) e gesso apresentando bolhas (42%).

Vários fatores devem ser observados durante a confecção das coroas metalocerâmicas. São eles: saúde gengival, preparo do dente, seleção do material de moldagem, correto vazamento do gesso para evitar aparecimento de bolhas, montagem destes em articulador semiajustável, confecção do troquel, delimitação da margem cervical, dentre outros. Seguindo devidamente todos os passos, Ramos e Miranda¹⁸ afirmam que será fácil obter um correto modelo de trabalho bem como um

sucesso no tratamento protético.

O primeiro fator a ser observado de acordo com Lopes et al.¹⁹, Pegoraro²⁰, Rodríguez et al.²¹ e Rosenstiel et al.²² é o preparo dentário. Este deve obedecer aos princípios mecânicos, biológicos e estéticos e apresentar uma linha de terminação nítida, uniforme e contínua. Como se pôde perceber, 25% dos entrevistados desta pesquisa afirmaram observar que alguns termos não foram copiados adequadamente em mais de 50% dos trabalhos que adentraram em seus laboratórios. Isso faz com que as etapas subsequentes não possam ser realizadas de forma adequada.

Além disso, segundo Neto e Matson²³ e Jenkins et al.²⁴, o material de moldagem e o gesso utilizado é outro fator importante durante a confecção de restaurações protéticas. Foi encontrado na referida pesquisa que os CD do município de Aracaju utilizam o gesso pedra especial no vazamento de seus moldes, pois o questionário revelou que os TPD recebem 100% dos modelos em gesso pedra especial para confeccionar as próteses fixas metalocerâmicas.

A confecção criteriosa de modelos de trabalho bem como uma correta delimitação dos termos pelos CD é um fator determinante para o sucesso do tratamento protético. Aliado a isso, Gouvêa et al.³, Jenkins et al.²⁴, Ribeiro et al.²⁵ e Rosenstiel et al.²² afirmaram existir uma boa comunicação entre o CD e o TPD, para que o trabalho reabilitador com prótese fixa metalocerâmica possua longevidade clínica.

Em relação aos modelos de trabalho, Rodríguez et al.²¹ relatam ser comum os laboratórios de prótese receber dos CD apenas o molde do preparo protético, para que os modelos sejam vazados, e as próteses, planejadas pelos próprios TPD. Contudo na referida pesquisa, 25% dos entrevistados responderam receber os trabalhos ainda em molde.

Se os dentes estiverem adequadamente preparados, e a moldagem for precisa, as margens do preparo devem estar nítidas, o que torna o procedimento de troquelização mais fácil para o CD. Esse tipo de procedimento deve ser realizado sempre pelo CD, contudo 84% dos entrevistados responderam que menos de 10% dos trabalhos vem troquelizados. Isso confirma os achados do trabalho de Jenkins et al.²⁴ em que afirmam que o CD ainda delega essa etapa do procedimento ao TPD.

De acordo com o trabalho de Lopes et al.¹⁹, o uso do cianocrilato (super bonder) sobre o troquel de gesso tem a função de alívio, além de aumentar a resistência do gesso, prevenindo a abrasão da superfície do gesso durante as manobras de enceramento e ajuste da infraestrutura metálica ou ainda a fratura dele. No presente estudo, verificou-se que 67% dos técnicos nunca recebiam os modelos com super bonder aplicado após finalização do troquel.

Quanto ao uso de articuladores, a precisão da montagem é de inteira responsabilidade do CD. Grande parte dos CD não realizam montagem dos modelos em articulador (Matos et al.⁶). Esses achados estão de acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa. Isso, segundo Ferencz⁹ e Murphy⁴ e Lovadino²⁶, compromete muito o trabalho, pois podem ocorrer implicações na execução laboratorial e interferências no número e tipos de ajustes clínicos e na qualidade final das restaurações elaboradas.

O papel desempenhado pelo TPD é de fundamental importância para o bom êxito do tratamento reabilitador. Para Matos et al.⁶ e Zavanelli et al.¹³, é imprescindível que o CD envie todas as informações necessárias

ao laboratório, para que assim o TPD possa realizar o trabalho seguindo sempre os dados clínicos emitidos pelo profissional. Dessa forma, é evidente que o bom relacionamento entre ambas as partes influencia demasiadamente a qualidade do trabalho protético (Rodríguez et al.²¹). Na presente pesquisa, foi observado que somente 8% dos CD enviam as informações completas, proporcionando, assim, a melhor realização do trabalho. A maioria (59%) dos entrevistados relata que necessitam contatar frequentemente com o profissional para obter as informações necessárias. Isso também está de acordo com o trabalho de Aquilino e Taylor¹⁷. Em outros estudos e opiniões sobre a interação entre estes dois profissionais, independentemente de serem escritos por TPD ou CD, autores, como Lopes et al.¹⁹ e Rodríguez et al.²¹, chamam a atenção, declarando que os melhores resultados são obtidos apenas quando a comunicação é enfatizada. Contudo, para Drago²⁷, Jenkins et al.²⁴ e Rhoads⁷, essa comunicação evolui, se o CD e o TPD discutem juntos cada caso em particular, ao invés de se comunicarem por meio de uma frase escrita no formulário de autorização do trabalho.

A comunicação entre o laboratório e o profissional deve ser a melhor possível, de acordo com Chiche²⁸ e Hochman²⁹ e Walton et al.³⁰, visando à melhoria do trabalho final e a um menor desgaste da relação e diminuição de ajustes e repetições. No presente estudo, 59% dos entrevistados responderam repetir menos de 5% dos seus trabalhos.

Diante dos dados encontrados, torna-se imprescindível que o conhecimento mútuo de limitações individuais seja essencial e que o CD que não compreende e aprecia os desafios enfrentados pelo TPD esteja em séria desvantagem, quando prescreve e delega procedimentos ao laboratório e que, com respeito mútuo e esforço coordenado, cada qual contribui para o tratamento do indivíduo e, ao mesmo tempo, mantém a possibilidade mínima de fracasso do tratamento.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo pode-se concluir que as condições dos modelos de trabalho e a comunicação entre Cirurgiões-Dentistas e o Técnico em Prótese Dentária do município de Aracaju estão deficientes. Dessa forma, estas questões devem ser discutidas cautelosamente, entre ambos, analisando-se os pontos positivos e os negativos melhorando, assim, o resultado final das próteses fixas metalocerâmicas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Samuel de Oliveira Ribeiro pela colaboração durante a análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Gleghorn T. Improving communication with the laboratory when fabricating porcelain veneers. *J Am Dent Assoc.* 1997; 128(11): 1571-2.
2. Small BW. Laboratory communication for esthetic success. *Gen Dent.* 1998; 46(6): 566-74.
3. Gouvêa CVD, Faria MA, Paula LD. Avaliação da relação profissional entre o cirurgião-dentista e o técnico em prótese dental, interferindo na qualidade final da prótese. *Clín-Cientif.* 2006; 5(3): 215-221.
4. Murphy MT. Collaborative interdisciplinary agree-

ments: A new paradigm in laboratory and specialist communication and patient care. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137: 1164-1167.

5. Pineli LAP, Mara J, Fais LMG, Silva RHBT, Guaglianoni DG. Análise da condição de higiene oral de pacientes usuários de prótese parcial fixa. *Robrac.* 2007; 16 (42): 01-06.

6. Matos RL, Pagnano VO, Ribeiro RF, Mattos MGC. Avaliação da interação cirurgião-dentista/técnico no processo de confecção de prótese parcial removível. *RPG.* 2002; 9(1): 63-69.

7. Rhoads B. Dental Laboratory owner's perspectives: factors in selection and termination of business relationships. *Gen Dent.* 1994; 42(1): 24-29.

8. Schwartz NL, Whitsett LD, Berry TG, Stewart JL. Unserviceable crowns and fixed partial dentures: life- and causes for loss of serviceability. *J. Amer. dent. Ass* 1970; 81(6): 1395-401.

9. Ferencz JL. Maintaining and enhancing gingival architecture in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 1991; 65(5): 650-7.

10. Preston J. Fourth symposium on dental ceramics, Chicago: Quintessence Co., 1988.

11. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J. Prosthet. Dent.* 2003; 90(1): 31-41.

12. Santos CN, Kato MT, Conti PCR. Avaliação das condutas adotadas por profissionais na utilização de coroas metalocerâmicas. *J Appl Oral Sci.* 2003; 11(4).

13. Zavanelli RA, Hatmann 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.* 2004; 6(30): 167-173.

14. Mendelson MR. Effective laboratory communication...it's a two-way street. *Dent Today.* 2006; 25(7): 96-98. Disponível em URL: <http://www.cro-se.com.br/consultaprofissional.asp>. Acesso em: 29 04 2009.

16. Lynch CD; McConnell RJ; Allen PF. Trends in indirect dentistry: 7. Communicating design features for fixed and removable prostheses. *Dent Update.* 2005. 32(9): 502-4, 506, 508-10.

17. Aquilino SA, Taylor TD. Prosthodontic laboratory and curriculum survey. Part III: fixed prosthodontic laboratory survey. *J Prosthet Dent.* 1984; 52(6): 879-85.

18. Ramos JR L, Miranda ME. A importância da saúde gengival na prótese fixa. <http://www.aboe.com.br/trabalhos/importancia-da-saude.doc>.

19. Lopes LAZ, Mezzomo E, Nieckele FAN, Russomanno RP. Avaliação da adaptação cervical de casquetes metálicos em função da presença ou não de alívio nos troqueis de gesso. *PCL.* 2006. 8(40): 186-191.

20. Pegoraro LF. Prótese Fixa. 3ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

21. Rodríguez JEC, Yoshida H, Contin I, Mori M, Campos TN. Precauções na confecção do troquel de gesso pós-moldagem com silicone: posicionamento do pino metálico. *Rev Odont Univ São Paulo.* 2006; 18(3): 239-243.

22. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. Prótese Fixa Contemporânea. São Paulo: Editora Santos; 2002.

23. Neto AR, Matson E. Contribuição para o estudo da alteração dimensional de alguns gessos especiais para troquel. *Odonto.* 1999; 7(16): 35-41.

24. Jenkins SJ, Lynch CD, Sloan AJ, Gilmour ASM. Quality of prescription and fabrication of single-unit crowns by general dental practitioners in Wales. *J Oral Rehab.* 2009. 36: 150-156.

25. Ribeiro CF, Rode SM, Neves ACC, Filho AF, Melo AUC. Formas e características da infraestrutura metálica das restaurações metalocerâmicas convencionais. *Rev biociên.* 2005. 11 (1-2): 77-83.
26. Lovadino JR. Precisão cervical de infra-estruturas para metalocerâmicas, segundo revestimentos e técnicas de expansão. *Revista da FOB.* 2004; 2(1): 58-62.
27. Drago CJ. Clinical and laboratory parameters in fixed prosthodontic treatment. *J Prosthet Dent.* 1996; 76(3): 233-238.
28. Chiche GJ, Pinalt A. Estética em próteses fixas anteriores. *EUA, Quintessence,* 1996. p. 115- 42.
29. Hochman N, Mitelman L, Hadant PE, Zalkind M. A clinical and radiographic evaluation of fixed partial dentures (FPDs) prepared by dental school students: a retrospective study. *J Oral Rehabil.* 2003; 30(2): 165-70.
30. Walton JN, Gardner MF; Agar JR. A survey of crown and fixed partial denture failures: length of service and reasons for replacement. *J Prosthet Dent.* 1986; 56(4):416-21.