

Ana Angelina Fernandes Seixas Carlos Palancha

Médico-Dentista / Laboratório de Prótese Dentária: Comunicação e Conhecimento

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Ana Angelina Fernandes Seixas Carlos Palancha

Médico-Dentista / Laboratório de Prótese Dentária: Comunicação e Conhecimento

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Ana Angelina Fernandes Seixas Carlos Palancha

Médico-Dentista / Laboratório de Prótese Dentária: Comunicação e Conhecimento

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Licenciatura em Medicina Dentária.

Resumo

Para que o sucesso de uma reabilitação oral seja alcançado é necessário que o Médico-Dentista e o Técnico de Prótese Dentária estabeleçam uma relação de trabalho baseada numa comunicação clara e efectiva. No entanto, na prática clínica esta comunicação é muitas vezes desvalorizada, resultando frequentemente numa sucessão de mal-entendidos que em nada beneficiam o trabalho final.

Com base numa pesquisa bibliográfica alusiva à importância da comunicação entre os Consultórios e os Laboratórios de Prótese Dentária, utilizando as palavras-chave “*dentist*”, “*tecnician*”, “*communication*” e “*relationship*”, e através dos motores de busca Science Direct e Pubmed, foi realizado um estudo observacional com o intuito de identificar e avaliar o tipo de comunicação entre Médicos-Dentistas e os Técnicos de Prótese Dentária. Procurou-se caracterizar e compreender o nível de conhecimentos dos primeiros acerca do trabalho laboratorial, e dos segundos sobre os procedimentos clínicos, assim como estimar a razão de Técnicos de Prótese Dentária que executam actos clínicos, no seu próprio Laboratório ou em Clínicas dirigidas por Médicos-Dentistas.

Neste sentido foi utilizada a técnica de questionário através da aplicação de inquéritos individuais a 99 Médicos-Dentistas e a 55 Técnicos de Prótese Dentária, entre Julho e Fevereiro de 2009.

Após a análise estatística verificou-se que ambos os grupos profissionais elegem o telefone (54%) como o meio de contacto habitual, seguindo-se a ficha de acompanhamento de trabalho (19%). Para os Médicos-Dentistas a principal razão para trabalhar ou mudar de Laboratório prende-se com a incapacidade dos laboratórios em satisfazer os requisitos técnicos de cada trabalho (32,3%) e com a qualidade de trabalho (58%), enquanto os Técnicos de Prótese Dentária entendem ser o preço praticado em cada uma das áreas da prótese (52,7% e 72%, respectivamente). Também se verificou que um número considerável de Médicos-Dentistas (48%) tem um Técnico de Prótese Dentária a realizar tarefas clínicas no seu consultório. No entanto, a maioria (80,8%)

afirmou não aprovar que os Técnicos de Prótese Dentária executem procedimentos clínicos. Por seu lado, os TPDs são da opinião que os devem executar (67,3%).

Concluiu-se para a amostra estudada que, actualmente, existem obstáculos que impedem que a comunicação seja clara, eficiente e eficaz. A má qualidade da informação escrita na PDT constitui um destes obstáculos. Os resultados obtidos mostram que as duas classes profissionais não conhecem ou não agem de acordo os limites das suas competências. As questões levantadas neste estudo carecem de uma cuidadosa reflexão pelas duas classes profissionais, de forma a melhorar a qualidade final das reabilitações protéticas, pois uma verdadeira parceria beneficia o consultório, o laboratório e, principalmente, os pacientes.

Abstract

For the achievement of a successful oral rehabilitation it is necessary that the Dentist and Dental Technician establish a working relationship based on clear and effective communication. However, in practice this communication is often depreciated, resulting in a series of misunderstandings which would not benefit the final work.

Based on a literature search concerning to the value of communication between the Office and Dental Laboratories and using the keywords "*dentist*", "*technician*", "*communication*" and "*relationship*", through search engines and Science Direct Pubmed, an observational study was delivered in order to identify and evaluate the type of communication between Dentists and Dental Technicians. We pursued to characterize and understand the level of knowledge of the Dentists about the laboratory stages, and the level of knowledge of the Dental Technicians about clinical procedures; and estimate the ratio of Dental Technicians that perform medical acts, in their own laboratory or in clinics run by Dentists.

The technique used was the application of a individual questionnaire survey to 99 Dentists and 55 Dental Technicians, between July and February 2009.

After a statistical analysis it was found out that both professional groups elect the phone (54%) as the usual means of contact, followed by the work prescription (19%). For Dentists the main reason to work or change of laboratory deals with the inability of laboratories to meet the technical requirements of each job (32,3%) and the quality of work (58%), while the Dental Technician means to be the price in each area of the prosthesis (52,7% and 72%, respectively). It was also found that a substantial number of Dentists (48%) has a Dental Technician that performs tasks in their Dental Office. However, the majority (80.8%) said that does not approve the Dental Technicians to perform clinical procedures. On the other hand, the TPDs stand for that they should perform it (67.3%).

For the studied sample we can accomplish that there are obstacles that restrain the communication to be clear, efficient and effective. The poor quality of written information in PDT is one of these barriers.

The results show that the two professional groups do not know or do not act according to the limits of their skills. The issues raised in this study require a careful reflection by the two professional classes, in order to improve the final quality of the prosthodontic rehabilitation, as a true partnership benefits the Office, the Laboratory and especially the patients.

Dedicatória

Aos meus filhos, Mariana e Duarte, por me fazerem acreditar que tomei a decisão certa.

Índice

| | |
|---|------|
| Índice de Figuras | ii |
| Índice de Tabelas | iii |
| Lista de Abreviaturas | v |
| Introdução | 1 |
| Desenvolvimento | 4 |
| Capítulo I - Revisão Bibliográfica | 4 |
| I.1.- Perspectiva histórica | 4 |
| I.2. – Competências dos Profissionais | 6 |
| I.2.1. -Competências do Médico-Dentista | 6 |
| I.2.2. - Competências do Técnico de Prótese Dentária | 8 |
| I.3. - A Prescrição de Trabalho | 10 |
| I.3.1. - Como Elemento de Comunicação | 10 |
| I.3.2. - Aspectos Legais | 12 |
| I.4. – A Comunicação entre o Médico-Dentista e o Laboratório | 12 |
| I.4.1. - Erros de Comunicação | 14 |
| I.4.2. - Estratégias de Comunicação | 16 |
| I.4.2.1. - Parâmetros de Comunicação – Médico-Dentista | 17 |
| I.4.2.1. - Parâmetros de Comunicação – Laboratório de Prótese Dentária..... | 18 |
| Capítulo II – Investigação Científica | 20 |
| II.1. – Objectivos e Questões do Estudo | 20 |
| II.2. -Materiais e Métodos | 22 |
| II.2.1. - Tipo de Estudo | 22 |
| II.2.2. - População-alvo | 22 |
| II. 2.3. - Os Instrumentos de Recolha de Dados | 22 |
| II.2.4. - Caracterização da Amostra | 23 |
| II.2.5. - Critérios de Inclusão | 23 |
| II.2.6.- Critérios de Exclusão | 24 |
| II.3. – Resultados | 25 |
| II.4 – Discussão | 46 |
| II. 5 – Limitações do estudo | 52 |
| Conclusão | 53 |
| Bibliografia | 55 |
| Anexos | |
| Anexo I | |
| Anexo II | |
| Anexo III | |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Distribuição da amostra por género..... | 25 |
| Figura 2 – Distribuição da amostra por distrito onde exerce a actividade..... | 27 |
| Figura 3 – Distribuição da amostra por instituição de formação..... | 28 |
| Figura 4 – Distribuição da amostra por nível de formação..... | 29 |
| Figura 5 – Distribuição da amostra por realização de trabalhos de reabilitação protética..... | 29 |
| Figura 6 – Distribuição da amostra por formação específica na área de Prostodontia.... | 30 |
| Figura 7 – Distribuição da amostra por modalidades de contacto habitual..... | 30 |
| Figura 8 – Distribuição da amostra por modalidade de contacto excepcional..... | 31 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela I - Distribuição da amostra por género..... | 26 |
| Tabela II - Distribuição da amostra por ano de conclusão da licenciatura ou de início da actividade..... | 26 |
| Tabela III – Análise descritiva da idade da amostra..... | 27 |
| Tabela IV – Análise descritiva do número de laboratórios/consultórios de contacto... | 32 |
| Tabela V – Análise das frequências das respostas à questão: Porque se trabalha com mais do que um laboratório..... | 33 |
| Tabela VI – Comparação das respostas dos dois grupos “Porque se trabalha com mais do que um laboratório?”..... | 33 |
| Tabela VII – Análise das frequências de resposta à questão “Quais factores que considera mais importantes na escolha de um laboratório de prótese?”..... | 34 |
| Tabela VIII - Comparação das respostas dos dois grupos à questão “Quais os factores que considera mais importantes na escolha de um laboratório de prótese?”..... | 35 |
| Tabela IX – Análise das frequências de resposta à questão “Por que razão mudou ou experimentou um novo laboratório, nos últimos dois anos?”..... | 36 |
| Tabela X – Comparação das respostas “Por que razão mudou ou experimentou um novo laboratório, nos últimos dois anos?”..... | 36 |
| Tabela XI – Análise das frequências de resposta à questão “Tem algum laboratório/técnico de prótese que trabalhe na sua clínica?”..... | 37 |
| Tabela XII – Análise das frequências das respostas à questão: “Como chega a maioria dos trabalhos ao seu laboratório?”..... | 38 |
| Tabela XIII – Análise das frequências de resposta à questão “se trabalha nas instalações de uma clínica ou consultório, quais os passos que executa?”..... | 38 |
| Tabela XIV – Análise das frequências da resposta à questão “Num trabalho de prótese fixa, habitualmente, quem escolhe a cor?”..... | 39 |

| | |
|---|----|
| Tabela XV – Análise das frequências da resposta à questão “Num trabalho de prótese removível, habitualmente, quem escolhe a cor?” | 39 |
| Tabela XVI – Análise das frequências da resposta à questão “Num trabalho de prótese quem deve decidir o número de provas clínicas necessárias?” | 40 |
| Tabela XVII – Análise das frequências de resposta à questão “Como avalia os conhecimentos, competências e responsabilidade dos MP e TP?” | 40 |
| Tabela XVIII – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o seu grau de conhecimentos sobre as etapas clínicas/laboratoriais de uma reabilitação protética?”.. | 41 |
| Tabela XIX – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual a opinião sobre o nível de conhecimentos clínicos/laboratoriais dos TPDs e MDs?” | 41 |
| Tabela XX – Análise das frequências de resposta à questão: “Como classifica o grau de conhecimentos obtidos durante a formação/licenciatura?” | 42 |
| Tabela XXI – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o grau de importância da presença do TP na prova estética e funcional?” | 42 |
| Tabela XXII – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o grau de importância do TP na escolha da cor?” | 43 |
| Tabela XXIII - Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o grau de importância da presença do TPD na escolha da cor?” | 43 |
| Tabela XXIV – Análise das frequências de resposta à questão: “Que influencia atribui ao trabalho do TP no sucesso de uma reabilitação protética?” | 44 |
| Tabela XXV – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual a responsabilidade do TPD/laboratório num trabalho após este ter sido colocado pelo MD?” | 45 |
| Tabela XXVI – Análise das frequências de resposta à questão: “Aprova a execução de procedimentos clínicos pelo TPD?” | 45 |

Lista de Abreviaturas

MD - Médico- Dentista

PDT - Prescrição de Trabalho

PPF – Prótese Parcial Fixa

PPR – Prótese Parcial Removível

PT - Prótese Total

TPD - Técnico de Prótese Dentária

Introdução

Num ambiente ideal, o Médico-Dentista e o Técnico de Prótese Dentária devem ter uma relação de trabalho baseada numa comunicação clara e efectiva, para que o sucesso da reabilitação e o bem-estar do paciente sejam alcançados. No entanto, na prática clínica esta comunicação é muitas vezes desvalorizada. O que deveria ser uma colaboração interdisciplinar, resulta frequentemente numa sucessão de mal-entendidos que em nada beneficiam o trabalho final (Napier, 2008; Mendelson, 2006).

Este trabalho monográfico, com o título “Médico-Dentista/Laboratório de Prótese Dentária: Comunicação e Conhecimento”, e que se desenvolve no âmbito da interrelação da Medicina Dentária com a Prótese Dentária, tem os seguintes objectivos:

1º - Identificar e avaliar o tipo de comunicação entre Médicos-Dentistas e os Laboratórios de Prótese Dentária.

2º- Caracterizar e compreender o nível de conhecimentos dos Médicos-Dentistas acerca do trabalho laboratorial, e dos Técnicos de Prótese Dentária sobre os procedimentos clínicos.

3º - Estimar a razão de Técnicos de Prótese Dentária que executam actos clínicos, no seu próprio Laboratório ou em Clínicas dirigidas por Médicos-Dentistas.

De facto, algumas questões se levantam: “Que tipo de comunicação existe entre os Médicos-Dentistas e os Laboratórios de Prótese Dentária?”, “Será que essa comunicação, ou a sua falta, influencia o resultado final de uma reabilitação protética?”. A partir destas, outras questões vão surgindo: “Quais as diferenças de comunicação no sentido “Médico-Dentista-Laboratório” e vice-versa?”, “Ao nível Técnico e clínico, como se complementam as duas actividades profissionais?”, “Que ingerências existem ao nível das competências profissionais das duas actividades, ou seja, mais

objectivamente, até que ponto os Técnicos de Prótese Dentária realizam procedimentos clínicos, com ou sem a “protecção” dos Médicos-Dentistas?”

O facto deste tema ainda não ter sido alvo de uma intensa e sistemática investigação faz com que este estudo se torne um desafio, na medida em que se procura analisar uma temática algo subjectiva de uma forma objectiva e quantitativa.

A pesquisa bibliográfica de acompanhamento do estudo foi realizada entre Março de 2008 e Fevereiro de 2009, utilizando as palavras-chave “*dentist*”, “*tecnician*”, “*communication*” e “*relationship*”, e através dos motores de busca Science Direct e Pubmed. A recolha de dados foi realizada entre Julho e Fevereiro de 2009, utilizando a técnica de questionário através da aplicação de inquéritos individuais a Médicos-Dentistas e Técnicos de Prótese Dentária.

A formação na área da prótese dentária e os conhecimentos que a autora tem sobre a deficiente comunicação entre os Médicos-Dentistas e os Laboratórios de Prótese Dentária, tendo como suporte o conhecimento que a mesma possui das duas actividades profissionais, foram a base do despertar para a realização de um estudo que avaliasse a comunicação entre os Médicos-Dentistas e os Técnicos de Prótese Dentária e as consequências dessa mesma comunicação em termos de concretização dos objectivos das reabilitações protéticas.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira faz-se o enquadramento teórico, de forma a contextualizar o tema em questão. Na segunda parte é referida a metodologia utilizada no estudo e serão apresentados, discutidos e analisados os dados obtidos no mesmo.

Na presente investigação pareceu adequado optar por um **estudo observacional descritivo transversal**, uma vez que, a caracterização e avaliação da comunicação entre o Médico-Dentista e o Laboratório de Prótese Dentária, assim como a interpretação do nível de conhecimentos e as competências de cada actividade, foram realizadas num período delimitado de tempo, pretendendo-se obter respostas para as questões propostas

sem exercer qualquer tipo de controlo sobre a situação observada, bem como obter um produto final de natureza descritiva e analítica.

Desenvolvimento

Capítulo I – Revisão Bibliográfica

I.1. - Perspectiva histórica

A Medicina Dentária, designada na sua origem como “Arte Dentária”, remonta à Pré-História, onde é quase impossível determinar uma divisão real entre esta actividade e a Medicina (Silva, 2007). De facto, inicialmente a prática odontológica era considerada rudimentar e primária, chegando a ser utilizada em algumas sociedades como um meio de castigo a quem infringisse as leis da época (Hiramatsu *et alii*, 2007).

Por outro lado, Carvalho (2003) refere que desde o início do seu desenvolvimento, a Medicina Dentária foi vista como uma actividade onde, ao contrário da Medicina, predominava uma função mais cosmética do que medicinal. Apesar de a sua finalidade ser o tratamento das doenças orais e dentárias, o seu carácter “artesanal” concedia-lhe um distanciamento das ciências médicas e um estatuto inferior em relação ao conhecimento biomédico e científico. Na verdade, a natureza do trabalho assentava em tarefas manuais, centradas na extracção de dentes (sem anestesia) e na sua reposição, ou seja, na actividade cirúrgica e protética.

De acordo com Hillam (*cit. in* Carvalho, 2003), o universo social dos praticantes da Arte Dentária era imenso. Desde médicos, cirurgiões, boticários, ourives, ferreiros e barbeiros, citando apenas os mais usuais, qualquer um, com ou sem qualificação, podia exercer a prática odontológica, com limites evidentemente sombrios entre eles. Consequentemente, pode afirmar-se que a Odontologia e a Prótese Dentária evoluíram a partir de vários grupos de praticantes, que disputavam entre si o controlo profissional.

Até ao século XVI, a procura dos serviços odontológicos era escassa. À excepção da dor de dentes, os problemas orais não eram considerados essenciais. A perda e a substituição de dentes não constituíam uma prioridade, sendo socialmente aceites, uma vez que a população era, na sua maioria, de origem muito pobre (Carvalho, 2003).

Com o decorrer dos tempos, a Arte Dentária passa por um período de evolução até chegar a uma época pré-científica, no século XVII, em que novos horizontes se abrem, em que surgem as publicações, possibilitando novas abordagens e perspectivas. É neste contexto que a Europa é considerada o berço da Odontologia (Silva, 2007).

No século XVIII, com a melhoria na qualidade de vida das populações, e com a crescente preocupação com a aparência e com a estética, a actividade odontológica sofreu uma mudança significativa (Carvalho, 2003). De acordo com o historiador Woodforde (*cit. in* Carvalho 2003), os primeiros dentes artificiais foram inspirados na vaidade, e não na necessidade de mastigar melhor...

Segundo Hillam (*cit. in* Carvalho 2003), os progressos na área da prótese dentária nos séculos XVIII e XIX, foram responsáveis pelo aumento da procura dos serviços odontológicos. É em meados do século XIX que esta actividade profissional é sujeita a transformações que possibilitam proporcionar cuidados dentários a um público mais abrangente.¹

Em 1883 surge o primeiro laboratório de prótese dentária, fundado pelo Dr. W. H. Stowe. Médico de profissão, era conhecido pela sua habilidade em confeccionar artefactos dentários, pelo que a sua prática se concentrava em fabricar próteses dentárias destinadas a outros dentistas. Foi a procura dos seus serviços que impulsionou os profissionais a deixarem de produzir as próteses dos seus pacientes, levando-os a requisitar os serviços de profissionais mais especializados (Prats, 2008). Pode dizer-se então que foi pela mão do Dr. Stowe que as duas actividades, a Medicina Dentária e a Prótese Dentária, seguiram percursos distintos.

Prats, no seu artigo de 2007, afirma que em 1910 os Laboratórios de Prótese Dentária já eram administrados por Técnicos de Prótese Dentária (TPD). Tal facto levou a que o

¹ Em 1846 foi introduzida a anestesia e em 1851 foi descoberta a vulcanite, uma substância em borracha que começou a ser utilizada como base nas próteses, em substituição do ouro. Estes avanços permitiram uma alternativa razoável às pessoas com menos recursos (Carvalho, 2003).

técnico dentário se tornasse imprescindível sempre que o paciente necessitava de reabilitação protética, tornando-o numa parte integrante da equipa profissional dentária.

Conforme Reeson (2005) argumenta, “(...) o conceito de equipa dentária veio para ficar.” Para que exista um verdadeiro trabalho de equipa, os intervenientes têm que compreender reciprocamente as suas funções, isto é, cada um deve ter conhecimentos acerca do trabalho do outro, para que o resultado seja a melhoria dos cuidados de saúde oral.

I.2. – Competências dos Profissionais

De acordo com Davenport *et alii* (2000), existem quatro factores dos quais depende a construção de uma prótese. Estes factores estão descritos no seu artigo como conhecimento e treino clínico, uma anamnese rigorosa do paciente, um plano de tratamento adequado, e uma experiência e conhecimento técnicos das propriedades dos materiais utilizados. Os três primeiros estão directamente relacionados com o Médico-Dentista (MD), enquanto o quarto se relaciona com o TPD.

I.2.1. - Competências do Médico-Dentista

Drago (1996), afirma que a responsabilidade do MD pode ser dividida em duas categorias: técnica e académica. As considerações técnicas abrangem os procedimentos envolvidos na preparação dentária, impressões, modelos e instruções para o laboratório, de forma a alcançar uma prótese biocompatível. No que diz respeito à responsabilidade académica, esta relaciona-se com uma avaliação física e na tomada de decisões, no diagnóstico, no plano de tratamento...

Conforme Carneiro (2006), o MD tem a responsabilidade de examinar e fazer o plano de tratamento dos pacientes que necessitem de qualquer procedimento reabilitador, assim como também lhe compete tomar as decisões clínicas respeitantes à escolha da cor, forma, e disposição dos dentes numa prótese parcial removível (PPR), e principalmente, é a ele que lhe compete a realização do estudo de uma PPR. Avaliando

estudos semelhantes ao seu, Carneiro (2006) mostra que esta responsabilidade é muitas vezes negligenciada ou delegada no TPD, o que resulta num decréscimo da qualidade do trabalho final e num colapso extenso a nível periodontal, pouco tempo após a inserção de uma prótese. Também Zavanelli (2004) reforça o mesmo aspecto. De facto, o MD é o único profissional com habilitações para tratar as diversas condições orais e os problemas que lhe estão associados, e cabe-lhe direccionar o TPD na fabricação das PPRs ou das próteses totais (PT) (Klein, 1976, *cit. in* Carneiro, 2006). As orientações da Sociedade Britânica para o Estudo da Dentisteria Prostodontica advertem “(...)the design of a partial denture is the duty and responsibility of the clinician...” (*cit in* Radhi, Lynch e Hannigan, 2007). O MD pode solicitar sugestões ou ideias ao TPD mas, mesmo assim, é responsável pelo resultado final.

Em relação aos trabalhos de Prótese Fixa, é da responsabilidade ética e legal do MD a escolha da liga a utilizar, a escolha da cor, a identificação das superfícies que devem ser revestidas com cerâmica, e dar instruções precisas ao TPD para actuar de acordo com a sua avaliação (Afsharzand *et alii* 2006 a; Jasiñevicius *et alii*, 2008; Lynch e Allen, 2005). De acordo com a Directiva de Instrumentos Médicos da União Europeia (Directiva 93/42/EEC), estão estabelecidas as normas para que os clínicos forneçam instruções escritas e claras quando requisitam uma prótese dentária, e o laboratório deve agir de acordo com estas instruções (Jenkins *et alii*, 2009; Lynch e Allen, 2005; Radhi *et alii*, 2007).

Jenkins *et alii*, 2009, referem que o MD tem uma obrigação ética de prescrever uma prótese parcial fixa (PPF) adequada ao paciente, de forma a não causar efeitos nocivos na sua saúde oral. Em 80 por cento da amostra ($n=97$), os mesmos autores mencionam que não houve uma prescrição do material usado no revestimento de PPF, nas faces oclusais. A decisão do desenho de uma PPF não deve ser deixada ao critério do TPD, uma vez que este não tem acesso à informação clínica respeitante ao paciente, nem tem tão pouco as habilitações para avaliar condições clínicas como abrasão, atrição ou bruxismo.

Conforme Radhi *et alii*, 2007, as responsabilidades do MD para com o TPD incluem dar instruções escritas que especifiquem que materiais devem ser utilizados no fabrico

da prótese e fornecer impressões de boa qualidade, modelos oponentes e registos interoclusais. Também deve haver o cuidado de enviar as impressões depois de um adequado processo de desinfecção.

Em resumo, as competências do MD, relacionadas com a Prostodontia, baseiam-se (Davenport *et alii*, 2005):

- No conhecimento dos factores biológicos, processos patológicos e na provável preponderância dos factores mecânicos no sistema estomatognático;
- Na capacidade de efectuar um rigoroso exame clínico da cavidade oral;
- No conhecimento da história clínica do paciente e na capacidade para avaliar os aspectos que são significativos na reabilitação protética;
- Na aptidão para modificar o meio oral, de modo a melhorar a eficácia duma prótese dentária;
- Na capacidade para prever futuras alterações no meio oral, que devem ser levadas em conta ao prescrever uma prótese.

I.2.2. - Competências do Técnico de Prótese Dentária

Uma das principais características do tratamento prostodontico é ter uma grande parcela de aspectos tecnológicos que são executados por técnicos especializados, nos Laboratórios de Prótese Dentária. Os laboratórios e os TPD são, conseqüentemente, de vital importância na execução de um artefacto dentário. Pode dizer-se que a qualidade de um tratamento de reabilitação depende em grande parte da qualidade do trabalho laboratorial (Owall *et alii*, 1996, p.16).

Em primeiro lugar, o TPD é responsável por realizar um trabalho protético segundo as instruções do MD, especificadas na prescrição de trabalho. Deve estar preparado para fazer uma avaliação crítica desta prescrição e das impressões ou modelos de trabalho. É também da responsabilidade do TPD advertir o MD dos problemas técnicos específicos de cada trabalho. Nos casos em que a impressão ou o modelo não se encontra em condições aceitáveis, é necessário contactar o MD e explicar os problemas, uma vez que não é obrigado a realizar o trabalho nestas condições. Muitas vezes, os TPDs não exercem este direito de recusa, pois podem perder um cliente (Adams, 2006 b; Drago, 1996) .

O Laboratório é responsável por usar os materiais e as instruções ministradas pelo MD, de modo a conseguir fabricar uma prótese dentária num período de tempo razoável. Portanto, a restauração protética pode e deve ser desenhada pelo MD, seguindo parâmetros estéticos, funcionais e biológicos, e então ser delegada ao TPD para que este fabrique uma restauração de acordo com as necessidades do paciente (Afsharzand *et alii*, 2006 a; Carneiro, 2006).

De acordo com Prats (2008), um TPD tem deveres primordiais: seguir as instruções escritas na folha de prescrição do paciente, identificar defeitos nas impressões ou modelos recebidos do MD, utilizar os materiais adequados, de forma a minimizar a distorção, utilizar métodos de desinfecção apropriados quando o trabalho entra ou sai do laboratório e negociar uma tabela de preços, prazos de entrega e sistema de entrega e recolha dos trabalhos com o MD. Por fim, este autor refere que o TPD deve estar actualizado no que respeita a novas técnicas e materiais, através de uma formação contínua.

Em suma, as competências do TPD fundamentam-se (Davenport *et alii*, 2005):

- Na capacidade de transferir desenhos bi-dimensionais, diagramas e instruções escritas, num produto tri-dimensional, real, de acordo com os princípios mecânicos e biológicos;

- No conhecimento das técnicas e materiais apropriados para a concepção de uma prótese ou aparelho dentário.

I.3. - A Prescrição de Trabalho

I.3.1. - Como elemento de comunicação

A autorização ou prescrição de trabalho (PDT) é um documento legal que contém instruções escritas para se realizarem os diversos procedimentos laboratoriais, fornecendo um meio de comunicação entre o MD e o TPD (McCraken, 2005, p.357). Conforme Afsharzand *et alii* (2006 a, b), na verdade esta tem sido a forma mais vezes utilizada para comunicar entre o MD e o laboratório.

Segundo McCraken (2005, p.357), a informação compreendida na PDT deve abranger o nome e morada do Laboratório Dentário e do MD que envia o trabalho, a sua assinatura e número da cédula profissional, a identificação do paciente, a data de início e entrega do trabalho e instruções específicas acerca do trabalho a realizar. O mesmo autor refere ainda 4 funções da PDT:

1. Fornecer instruções finais para os procedimentos laboratoriais, e comprometer as expectativas a um nível de qualidade aceitável para o trabalho a ser apresentado;
2. Delinear as responsabilidades tanto do MD como do TPD;
3. Proteger os pacientes da prática ilegal da Medicina Dentária;
4. Ser um documento legal de características proteccionistas para o MD e TPD.

Reeson (2005), afirma que, ao longo do tempo, a relação profissional entre MDs e TPDs tem dependido na informação escrita nas PDTs, sem diálogo entre ambos. Ambas as partes fazem suposições sobre a abordagem ao paciente, baseadas na sua própria experiência, o que resulta numa qualidade de serviço inconstante. Por outro lado, a

literatura é unânime em afirmar que a comunicação entre o MD e o TPD através da PDT é determinante para uma prótese dentária bem executada (Afsharzand *et alii*, 2006, Radhi *et alii*, 2007).

Em 1990, Arnault e Allen realizaram um estudo para avaliar as PDTs enviadas a 103 laboratórios no Estado do Texas, Estados Unidos da América. Nas PDTs recebidas, o laboratório teve que perguntar qual o género (53,0%) e idade (47,0 %) do paciente, para conseguir realizar o trabalho correctamente. Também não foi mencionada a escala de cor usada, em 75,0% dos casos.

Mendelson (2006) sugere seguir os seguintes pontos, para melhorar as instruções contidas na PDT:

- Escrever uma data de entrega do trabalho. Isto possibilita que o laboratório informe o MD no caso de não conseguir cumprir o prazo por alguma razão. Desta forma, o MD ajuda a gerir o seu tempo e o do laboratório;
- Escrever com uma caligrafia legível.
- Não utilizar termos que não sejam técnicos. Termos que possam causar dúvidas são uma fonte dispendiosa de tempo se o TPD tiver que telefonar ao MD para os esclarecer;
- Enviar uma lista com os artigos que acompanham o caso: evita que falte algum do material necessário ao embalar o trabalho e permite ao laboratório verificar se o material recebido está correcto;
- Especificar o tipo e o desenho da restauração. Desta forma evita-se que o TPD decida pelo MD, podendo fazer a escolha errada se, por exemplo, o paciente for alérgico a um determinado tipo de metal.

- Uma PDT deve ser clara, legível, sucinta e facilmente compreendida. A informação incluída deve possibilitar ao TPD compreender e executar o pedido. Uma vez que qualquer tipo de prótese é composta por várias fases, de cada vez que o trabalho volta para o laboratório, deve ser acompanhado por uma nova PDT (Drago, 1996; Lynch e Allen, 2005; McCracken, 2005, p.357). Se a PDT não é explícita, o TPD pode ser forçado a contactar o MD pelo telefone, ou a tomar decisões sem ter a informação necessária. Materdomini (*cit in* Drago, 1996) verificou que, quando um MD solicita na PDT que lhe telefonem a pedir instruções, isso significa que se avizinham complicações substanciais...

I.3.2. - Aspectos Legais

Para Carneiro (2006), a prescrição de trabalho tem sido considerada um requisito ético na transmissão de instruções de trabalho e actua como um documento que protege tanto os MDs como os TPDs, delineando as responsabilidades inerentes a cada profissional.

Uma PDT bem executada serve para documentar a comunicação e proteger a relação profissional entre o MD e o TPD. Em alguns estados dos Estados Unidos é obrigatório que esta seja feita em duplicado, e que tanto o laboratório como o MD guardem uma cópia durante um período específico de tempo (McCracken, 2005, p.360). O mesmo autor refere ainda que o MD é responsável por todas as fases de um tratamento protético (assumindo esta responsabilidade quando preenche uma PDT), embora o TPD possa solicitado para executar algumas partes técnicas do trabalho. Não obstante, o TPD é responsável apenas perante o MD, e nunca perante o paciente.

I.4. – A Comunicação entre o Médico-Dentista e o Laboratório

Radhi *et alii* (2007), afirmam que a literatura publicada consegue mostrar de forma consistente que a comunicação acerca do desenho de PPR ou PPF é deficiente. Existem vários estudos (Jenkins *et alii*, 2009) que mostram a preocupação acerca desta comunicação, apesar das responsabilidades éticas e legais inerentes ao MD. A qualidade de uma coroa ou qualquer outra restauração deve fornecer aos pacientes os requisitos de

estética, função e biocompatibilidade. Tal facto pode ser o reflexo da habilidade tanto do MD como do TPD, e da comunicação efectiva entre ambos. Enquanto o MD possui as habilitações e o treino necessário para a prevenção ou diagnóstico das patologias orais, o TPD conhece as técnicas de confecção de qualquer de prótese dentária de um modo pormenorizado. No entanto, a fronteira das responsabilidades entre MDs e TPDs está deficientemente definida (Christensen, 2005).

Alguns clínicos delegam no TPD algumas funções, como a escolha da cor de uma prótese, fixa ou removível, uma vez que é o TPD que a irá fabricar (Jasinevicius *et alii*, 2008). Devido a condicionantes de tempo, existem MDs que tentam abreviar passos clínicos e incumbem o TPD de realizar tarefas que são da responsabilidade do MD. A maior parte dos laboratórios assume estas funções, num esforço para agradar ao MD mas, por outro lado, está na posição de poder observar se as instruções fornecidas são suficientes, para que se consiga evoluir para o trabalho final (Afsharzand *et alii*, 2006).

Tem sido discutido na literatura a razão pela qual tal facto acontece. Napier (2008) alega que, actualmente, os estabelecimentos de ensino não ensinam os procedimentos laboratoriais ao mesmo nível de outrora. Isto tem como consequência o facto de os MDs não acompanharem a evolução da tecnologia dentária, deixando aos TPDs a responsabilidade de tomar decisões a que são alheios. O resultado é muitas vezes a confecção de uma prótese que não tem em conta os parâmetros clínicos e biológicos. (Davenport *et alii*, 2005).

Uma comunicação apropriada e efectiva é essencial para uma restauração de sucesso. É da responsabilidade do TPD fabricar uma prótese de acordo com as especificações do MD. Este, por seu lado, tem o conhecimento e a autoridade para delegar procedimentos laboratoriais. Portanto, cabe ao MD o desenho final da prótese, sem procurar a ajuda do laboratório (Afsharzand *et alii*, 2006).

Um trabalho de equipa interdisciplinar irá reduzir o stress inerente ao trabalho do MD, e contribuir para taxas de sucesso mais elevadas para o paciente (Adams, 2006 a). Uma relação de confiança irá permitir ao MD e ao TPD comunicar de modo mais eficaz. Por

parte do Laboratório, deve haver a responsabilidade de transmitir os seus problemas ao MD, tal como este tem a responsabilidade de dar instruções precisas e detalhadas sobre o que de facto pretende de um trabalho (Mendelson, 2006).

I.4.1. - Erros de Comunicação

Actualmente sabe-se que o sucesso de uma reabilitação oral passa pela integridade, conhecimentos e aptidões de toda a equipa envolvida. Um dos factores que põe em causa este facto é o hábito de abreviar passos de um determinado procedimento clínico ou laboratorial. Estes “atalhos” são apenas tentativas arriscadas de modificar uma técnica já comprovada, pois o acréscimo do tempo de consulta necessário para ajustar uma prótese mal adaptada mostra que, na realidade, raramente resulta numa economia de tempo (Rudd e Rudd, 2001).

Murphy e Polansky (2004), relatam que em vários estudos os TPDs descrevem altas incidências de más impressões, preparações dentárias inadequadas e registos de mordida incorrectos. Por sua vez, Lynch e Allen (2005), referem que, no seu estudo efectuado no Reino Unido e na Irlanda, com uma amostra de 241 questionários, mais de metade dos casos eram acompanhados por poucas ou nenhuma instruções escritas, sendo necessário contactar o MD em 14% dos casos.

De acordo com a Sociedade Britânica para o Estudo da Dentisteria Prostodontica (*cit. in* Ahmar *et alii*, 2007), uma impressão definitiva deve ser precisa e registar toda a área de base funcional de modo a assegurar o máximo de retenção, suporte e estabilidade da prótese aquando do seu uso mas, apesar da introdução destas orientações, estudos prévios (Radhi *et alii*, 2007) mostram que existem falhas por parte dos clínicos no que diz respeito ao desenho e confecção de vários tipos de prótese: fixa e removível.

Em relação à prótese fixa, podem descrever-se dez dos erros mais frequentemente encontrados no laboratório, nomeadamente (Adams, 2004 a; Jenkins *et alii*, 2008):

1. Linhas de ângulo agudas;

2. Margens biseladas;
3. Margem em forma de “J”;
4. Ombros incompletos ou irregulares;
5. Ombros rugosos;
6. Junção da parede axial com o ombro demasiado angulada;
7. Redução oclusal inadequada ou sobre-reduzida;
8. Ombro reduzido em excesso;
9. Falta de um preparo anatómico;
10. Preparo inadequado nas zonas interproximais²;

Na verdade, estes erros estão associados a soluções que apenas requerem a percepção do problema, mas implicam muitas vezes uma série de telefonemas para os esclarecer, levando desta forma não só a um decréscimo da produtividade, como também a um tempo de cadeira prolongado (Adams, 2004 a).

O mesmo autor (Adams, 2006 b) menciona que “(...)uma distorção aparentemente mínima é uma fonte de grandes problemas de adaptação e de repetições dispendiosas para o consultório e para o laboratório dentário”. De facto, o MD e o TPD devem avaliar as implicações inerentes à distorção das impressões, uma vez que este factor pode ser considerado o maior responsável por destruir uma relação de trabalho e baixar

² O autor faz referência ao encerramento de diastemas, no caso das facetas em porcelana. Um dos desafios do TPD é conseguir um ponto de contacto com o dente adjacente que resulte estético e natural, minimizando os triângulos negros (Adams, 2004 a).

os lucros e a auto-estima profissional. Pode dizer-se que as preparações dentárias são bem executadas apenas quando se consegue uma boa impressão, ou seja, um trabalho com margens de qualidade, adaptação e funcionalmente correcto, só pode ser feito utilizando impressões precisas, livres de distorção.

Muitas vezes, no consultório e no laboratório, é necessário “abrandar”. Tendo em conta o exposto, o tempo que levará a corrigir a distorção das impressões na prática diária será retribuído através de uma melhoria da qualidade e consistência do trabalho final. (Adams, 2005)

I.4.2. - Estratégias de Comunicação

De que forma pode o laboratório apoiar o MD nas fases de planeamento e execução de um trabalho? Quais são os métodos de comunicação efectiva disponíveis? Como se consegue comunicar verdadeiramente, usando a prescrição de trabalho de uma maneira clara e precisa (Mendelson, 2006)?

Uma boa técnica é que todos os elementos envolvidos num trabalho de prótese tenham a mesma terminologia (Afsharzand *et alii*, 2006; Davenport, *et alii*, 2000; Mendelson, 2006), saibam ouvir-se mutuamente e, principalmente, que haja confiança de parte a parte, trabalhando em equipa, de modo a atingir o mesmo objectivo: a satisfação do paciente (Mendelson, 2006). De uma forma mais detalhada, o trabalho em equipa deve começar no plano de tratamento e terminar na colocação da prótese e nos conselhos ao paciente, tendo em conta os aspectos técnicos e clínicos de cada reabilitação.

Os procedimentos utilizados devem ser frequentemente revistos por todos os membros da equipa (Rudd e Rudd, 2001). Por parte do MD, este deve pedir uma opinião acerca das suas preparações e impressões (Adams, 2004 a).

Parece haver consenso científico acerca de vários parâmetros de comunicação (Adams, 2004 a, b; Gleghorn, 1997; Kurtzman, 2008; Mendelson, 2006; Murphy e Polansky, 2004), os quais podem ser repartidos pelo MD e pelo laboratório.

I.4.2.1. - Parâmetros de Comunicação – Médico-Dentista

Habitualmente, o MD envia para o laboratório uma impressão ou modelo definitivo, um modelo antagonista, um registo de mordida, e a prescrição de trabalho, ou seja, na maior parte das vezes, o TDP apenas possui a informação contida nestes elementos (Mendelson, 2006). Esta informação é obviamente limitada, mas pode ser ampliada se o MD fornecer alguma informação extra, que pode ser na forma de:

- Modelos de estudo: estes fornecem alguma informação que se perde ao fazer as preparações, nomeadamente a posição do bordo incisal, a largura original de diastemas, ou a evidência de parafunções (Koth e Malone, 1994, p.297; Kratochvil, 1989; Mendelson, 2006);
- Enceramentos de diagnóstico: possibilitam ao paciente explicar o que lhe agrada e o que lhe desagrade, e podem elucidar tanto o MD como o paciente o que o laboratório pode conseguir com os diversos materiais restauradores, conduzindo a uma economia de custos relativos a repetições com origem em má comunicação acerca da forma, cor e tamanho dos dentes (Mendelson, 2006; Pompeu, 2004; Reshad *et alii*, 2008);
- Modelos das restaurações provisórias: ajudam o laboratório a proporcionar a forma, tamanho e cor previamente aprovados pelo MD e pelo paciente (Mendelson, 2006);
- Fotografias: são uma fonte de comunicação incalculável, quer sejam em suporte digital ou de papel. Podem fornecer informação prévia ao tratamento, sobre o contorno e anatomia, e acerca do enquadramento de uma reabilitação na face do paciente (Gleghorn, 1997; Killian, 2006; Mendelson, 2006). Na verdade, as fotografias após a colocação conseguem motivar o TPD para um resultado de melhor qualidade, ao saber que o trabalho por si realizado não se destina somente a um modelo de gesso (Adams, 2004 a; Ward, 2007);

- Escolha da cor através de guias de cor adequados: o guia de cor utilizado deve permitir comunicar as diferentes variantes de cor, como o bordo incisal, textura da superfície ou linhas de fractura (Jarad *et alii*, 2007; Kurtzman, 2008; Miller *et alii*, 1993). Também é possível usar diagramas representativos da face vestibular e interproximal do dente em questão (Afsharzand *et alii*, 2006; Miller *et alii*, 1993).

I.4.2.2.- Parâmetros de Comunicação – Laboratório de Prótese Dentária

- Assistência por parte do Laboratório no processo de escolha dos materiais: o TPD pode oferecer uma valiosa contribuição nas propriedades dos materiais e nas suas aplicações intraorais, nas suas técnicas e limitações (Levin, 2008; Mendelson, 2006);
- Restaurações provisórias fabricadas no laboratório: permitem ao paciente avaliar a função e a estética durante um curto período de tempo, tornando mais fácil transmitir ao MD algo específico a alterar (Mendelson, 2006);
- Chaves-guia feitas no laboratório: estas conseguem quantificar a quantidade de redução necessária para alcançar o resultado esperado pelo paciente e pelo MD (Mendelson, 2006).

Acresce ainda dizer que os métodos disponíveis hoje em dia modificam o modo de comunicação entre MDs e TPDs. A internet, a fotografia digital vieram abreviar o caminho percorrido pela informação (Murphy e Polansky, 2004). Koth e Malone (1994, p.297), constatam que, muitas vezes, é frequente e necessário a comunicação por telefone.

Segundo Levin (2008), o Laboratório é um parceiro fundamental para o êxito da actividade de Medicina Dentária. A relação estabelecida entre o MD e o TPD tem um impacto evidente na qualidade do tratamento e na calendarização de consultas, sendo essencial criar uma relação forte e sustentada com um ou mais laboratórios.

Adams (2006 a), Davenport *et alii* (2000), e Levin (2008) entendem que existem estratégias que ajudam a manter e a estimular a relação com um Laboratório Dentário: o MD deve fornecer instruções claras e detalhadas e deve acompanhar as várias fases laboratoriais para se assegurar que as suas orientações foram compreendidas, a comunicação deve ser frequente e feita “cara-a-cara”, discutindo com o Laboratório todos os assuntos relacionados com o mesmo. Estes autores também sugerem que o MD expresse periodicamente o seu agradecimento ao laboratório, quando este produz um trabalho consistente, previsível e de qualidade. Uma verdadeira parceria beneficia o Consultório, o Laboratório e os pacientes.

Capítulo II – Investigação Científica

“Todo o conhecimento genuíno tem origem na experiência directa”

Mao Tse-Tung (1893-1976)

II.1. – Objectivos e Questões do Estudo

Tal como foi observado anteriormente, o Médico-Dentista e o Técnico de Prótese Dentária devem ter uma relação de trabalho baseada numa comunicação clara e efectiva, para que o sucesso da reabilitação e o bem-estar do paciente sejam alcançados. Tendo como base o descrito na revisão bibliográfica, elaboraram-se os seguintes objectivos de investigação:

Objectivo 1 - Identificar e avaliar o tipo de comunicação entre Médicos-Dentistas e os Laboratórios de Prótese Dentária.

Objectivo 2 - Caracterizar e compreender o nível de conhecimentos dos Médicos-Dentistas acerca do trabalho laboratorial, e dos Técnicos de Prótese Dentária sobre os procedimentos clínicos.

Objectivo 3 - Estimar a razão de Técnicos de Prótese Dentária que executam actos clínicos, no seu próprio Laboratório ou em Clínicas dirigidas por Médicos-Dentistas.

Desta forma, para efectivar estes objectivos do estudo, foram estabelecidas as seguintes questões de investigação:

Questão 1: “Que tipo de comunicação existe entre os Médicos-Dentistas e os Laboratórios de Prótese Dentária?”,

Questão 2: “Será que essa comunicação, ou a sua falta, influencia o resultado final de uma reabilitação protética?”,

Questão 3: “Quais as diferenças de comunicação no sentido “Médico-Dentista/Laboratório” e vice-versa?”

Questão 4: “Ao nível técnico e clínico, como se complementam as duas actividades profissionais?”

Questão 5: “Que ingerências existem ao nível das competências profissionais das duas actividades, ou seja, mais objectivamente, até que ponto os Técnicos de Prótese Dentária realizam procedimentos clínicos, com ou sem a “protecção” dos Médicos-Dentistas?”

II.2. -Materiais e Métodos

II.2.1. - Tipo de Estudo

Na presente investigação pareceu adequado optar por um estudo observacional descritivo transversal, uma vez que, a caracterização e avaliação da comunicação entre o Médico-Dentista e o Laboratório de Prótese Dentária, assim como a interpretação do nível de conhecimentos e as competências de cada actividade, foram realizadas num período delimitado de tempo, pretendendo-se obter respostas para as questões propostas sem exercer qualquer tipo de controlo sobre a situação observada, bem como obter um produto final de natureza descritiva e analítica.

II.2.2. - População-alvo

A população corresponde à totalidade de pessoas, grupos, objectos ou observações que apresentam características comuns de acordo com os critérios estabelecidos para o estudo (Fortin 1999; Miaoulis e Michener *cit. in* Ribeiro 2007).

Esta investigação, por estudar dois grupos populacionais, tem como populações-alvo os Médicos-Dentistas e Estomatologistas, e Técnicos de Prótese Dentária a exercer a sua actividade profissional em Portugal, devidamente credenciados, e que tenham obtido as suas qualificações quer em Portugal quer no estrangeiro.

II.2.3. - Os instrumentos de recolha de dados

Serão utilizados neste estudo, como principais métodos de recolha de dados, a pesquisa documental e o inquérito na forma de questionário (Anexo I).

Através do questionário, a pessoa interrogada manifesta o significado que dá às suas práticas, a sua percepção de um acontecimento ou de uma situação, a sua interpretação de uma experiência, ou ainda, as representações acerca do que a cerca. Por outro lado, o

investigador tem um objectivo imediato: levá-lo a reflexões mais profundas orientadas para a temática da investigação (Hill, 2005).

Nesta investigação foram aplicados dois questionários distintos (Anexo I), um aos Médicos-Dentistas, e outro a Técnicos de Prótese Dentária, constituídos por questões fechadas relativas a dados pessoais e a aspectos relacionados com a comunicação, conhecimentos e competências dos dois grupos analisados. As questões abordadas são idênticas nos dois questionários, mas adaptadas a cada actividade profissional.

Para verificar o questionário, relativamente à clareza das suas questões e à sua compreensão por parte dos inquiridos, este foi aplicado a dois grupos de teste, constituídos por 10 MDs e 10 TPDs.

II.2.4. - Caracterização da Amostra

A amostra de conveniência é constituída por Médicos-Dentistas e Técnicos de Prótese Dentária, a exercer a sua actividade profissional em Portugal Continental e Ilhas.

Foram entregues 120 questionários a Médicos-Dentistas (grupo 1) e 90 questionários a Técnicos de Prótese (grupo 2). Destes, foram devolvidos 100 questionários por parte do grupo 1, e 55 questionários por parte do grupo 2. A recolha de questionários desenvolveu-se entre os meses de Setembro de 2008 e Março de 2009.

II.2.5. - Critérios de Inclusão

Grupo 1

- Ser Médico-Dentista e/ou

- Ser Estomatologista.

- Exercer a actividade de Medicina Dentária em Portugal.
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos Dentistas ou na Ordem dos Médicos.

Grupo 2

- Ser Técnico de Prótese Dentária.
- Exercer a actividade de Prótese Dentária em Portugal.
- Estar inscrito numa das Associações de Prótese Dentária existentes em Portugal.

II.2.6.- Critérios de Exclusão

Grupo 1

- Não executar trabalhos de reabilitação protética.

Grupo 2

- Sem qualquer critério de exclusão.

II.3. - Resultados

Os resultados obtidos neste estudo foram compilados directamente numa base de dados do programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)* vs. 15.0 for Windows. Todos os procedimentos de análise estatística também foram executados neste programa, através das ferramentas adequadas.

Para a análise de dados considerou-se um nível de significância de 0,05 (correspondente a 95% de confiança), ou seja, foram identificadas diferenças significativas em todas as situações em que a probabilidade associada à estatística de teste (p) fosse inferior a 0,05.

O capítulo dos Resultados será iniciado com uma breve descrição da amostra e posteriormente seguir-se-á a ordem das questões no questionário. Sempre que possível foram aplicados testes estatísticos, sobretudo, para perceber a magnitude das diferenças entre as respostas dos dois grupos em estudo.

A distribuição da amostra por géneros mostra que, na generalidade, existem mais mulheres na amostra (64,0%) do que homens (36,0%), sendo que 67% do total de mulheres é Médica-Dentista (Figura 1, Tabela I).

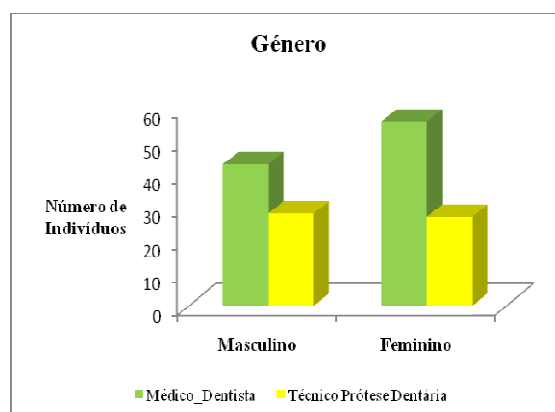


Figura 1 – Distribuição da amostra por género

Tabela I - Distribuição da amostra por género.

| | Género | |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| | Masculino | Feminino |
| Médico-Dentista | 43 | 56 |
| Técnico Prótese Dentária | 28 | 27 |
| Total | 71 | 83 |

O ano de conclusão da licenciatura MD ou de início da actividade de Prótese Dentária situa-se entre 1979 e 2008, sendo o ano de 2001 o que apresenta maior frequência (Tabela II). No entanto, 12 inquiridos não indicaram esta informação.

Tabela II- Distribuição da amostra por ano de conclusão da licenciatura ou de início da actividade.

| Ano | MD | | TP | |
|------|----|------|-----|------|
| | N | % | N | % |
| 1979 | 1 | 1,0 | --- | --- |
| 1980 | 1 | 1,0 | 2 | 3,6 |
| 1985 | 2 | 2,0 | --- | -- |
| 1986 | 2 | 2,0 | 1 | 1,8 |
| 1987 | 1 | 1,0 | --- | --- |
| 1988 | 2 | 2,0 | --- | --- |
| 1989 | 3 | 3,0 | 6 | 10,9 |
| 1990 | 2 | 2,0 | 3 | 5,5 |
| 1991 | 1 | 1,0 | 2 | 3,6 |
| 1992 | 2 | 2,0 | 4 | 5,5 |
| 1993 | 3 | 3,0 | 3 | 3,6 |
| 1994 | 2 | 2,0 | 1 | 1,8 |
| 1995 | 2 | 2,0 | 2 | 3,6 |
| 1996 | 3 | 3,0 | 1 | 1,8 |
| 1997 | 3 | 3,0 | 1 | 1,8 |
| 1998 | 3 | 3,0 | 2 | 3,6 |
| 1999 | 3 | 3,0 | --- | --- |
| 2000 | 14 | 14,1 | 4 | 7,3 |
| 2001 | 5 | 5,1 | 5 | 9,1 |
| 2002 | 2 | 2,0 | 4 | 7,3 |
| 2003 | 3 | 3,0 | 1 | 1,8 |
| 2004 | 4 | 4,0 | 1 | 1,8 |
| 2005 | 8 | 8,1 | 4 | 7,3 |
| 2006 | 11 | 11,1 | 2 | 3,6 |
| 2007 | 4 | 4,0 | 3 | 5,5 |
| 2008 | 3 | 3,0 | --- | --- |
| N.R. | 9 | 9,1 | 3 | 5,5 |

Em termos de idade, verificamos que a média de idade da amostra é aproximadamente de 35 anos, sendo que o inquirido mais jovem tinha 24 anos e o mais velho 55 anos, ambos MDs (Tabela III).

Tabela III– Análise descritiva da idade da amostra.

| | Idade | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|--------|-------|---------------|
| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
| Total da Amostra | 154 | 24 | 55 | 34,74 | 6,804 |
| Médico-Dentista | 99 | 24 | 55 | 34,23 | 6,772 |
| Técnico Prótese Dentária | 55 | 25 | 50 | 35,64 | 6,830 |

As características da amostra condicionaram, de certo modo, esta variável, na medida em que seria de esperar que os TPDs apresentassem uma média de idade mais baixa, devido à menor morosidade da formação e ao facto de este curso ser mais recente em Portugal que o de Medicina Dentária.

A distribuição da amostra por distrito onde exerce a actividade reflecte mais a área de abrangência do estudo do que a distribuição natural deste tipo de serviço de saúde, porque a maioria das ofertas de saúde tende a concentrar-se nas maiores cidades do país, Lisboa e Porto. Assim, a maior frequência de MDs em Leiria não deve ser entendida como uma maior concentração destes profissionais nesta cidade (Figura 2).

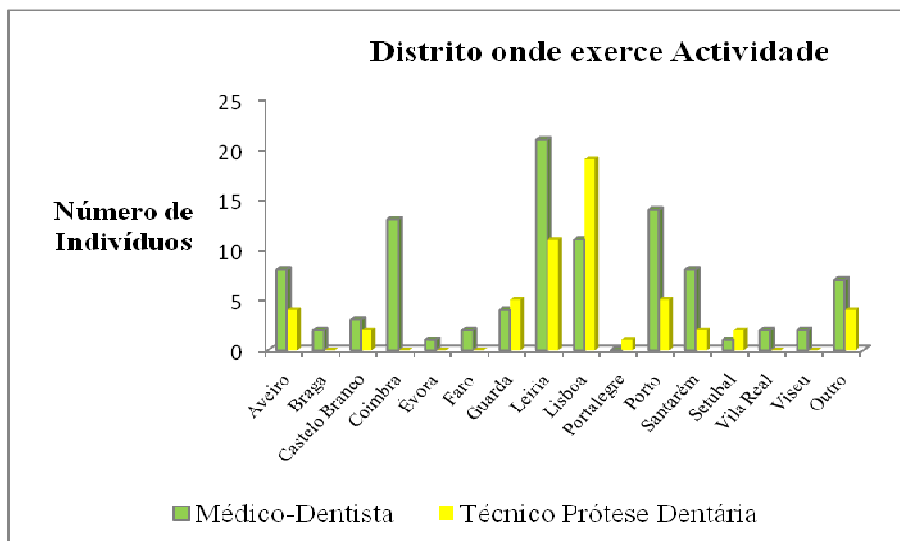


Figura 2 – Distribuição da amostra por distrito onde exerce a actividade.

Na generalidade, os MDs da amostra obtiveram a sua licenciatura numa de três instituições: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (31,3%) Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (21,2%), e Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (20,2%). Por sua vez, os TPDs obtiveram a sua formação na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (43,6%), no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul (34,5%) ou no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (14,5%) (Figura 3).

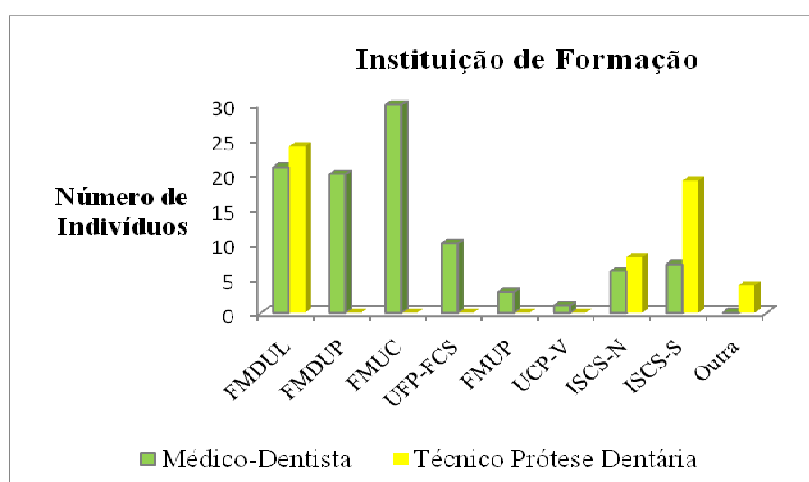


Figura 3 – Distribuição da amostra por instituição de formação.

A maioria da amostra (81%) tem como nível de formação a licenciatura, sendo que todos os MDs têm este nível de formação. A maioria da variação na formação corresponde assim aos TPDs, sendo que 10% concluiu o bacharelato, 8% possui formação profissional, 0,5% efectuou doutoramento e 0,5% afirma ter outra formação (Figura 4).

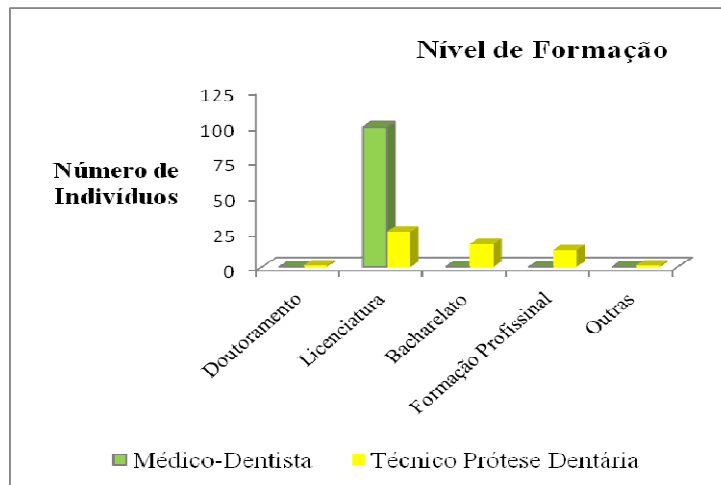


Figura 4 – Distribuição da amostra por nível de formação.

Salienta-se a elevada qualificação dos TPDs da amostra, na medida em que se trata de uma profissão que pode ser exercida com um menor grau de formação.

Quando se questionaram os MDs sobre se executam, na sua prática clínica, trabalhos de reabilitação protética, observamos que 94,0% da amostra respondeu afirmativamente e 6,0% negou esta prática (Figura 5).

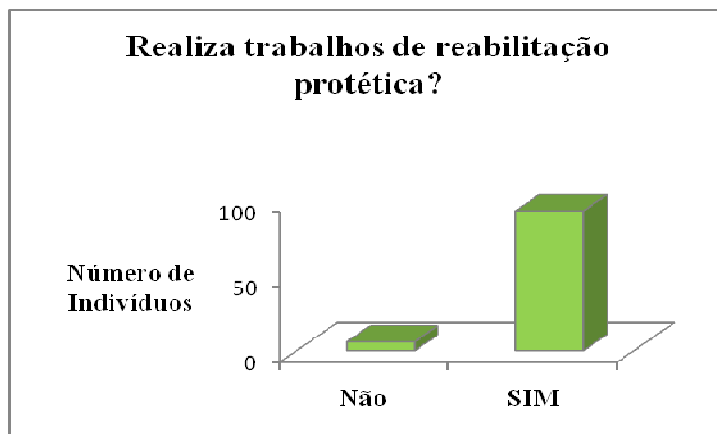


Figura 5 – Distribuição da amostra por realização de trabalhos de reabilitação protésica.

Contudo, a maioria dos MDs que realizam trabalhos de reabilitação protética afirmam não possuir formação específica na área de Prostodontia (61,0%), sendo que somente 33% realizaram algum tipo de formação específica. Destes, 18 efectuaram uma pós-graduação na área de Prostodontia (55,0%), 7 realizaram mestrado (21,0%) e 8 concluíram doutoramento nesta mesma área (24,0%) (Figura 6).

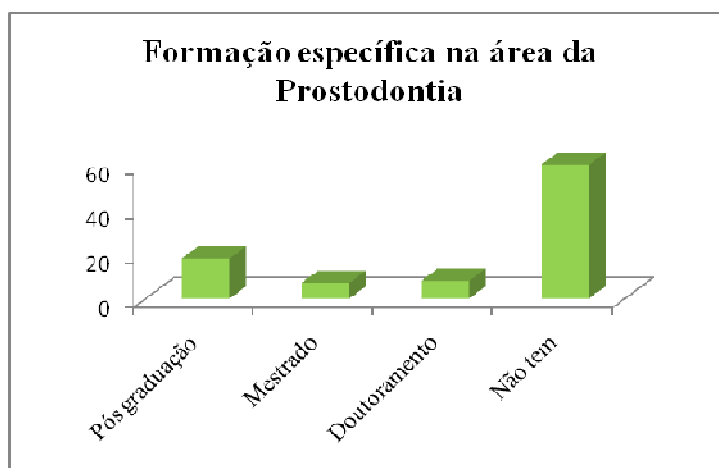


Figura 6 – Distribuição da amostra por formação específica na área de Prostodontia.

No que se refere às modalidades de contacto, verificamos que ambos os grupos profissionais elegem o telefone (54%) como o meio de contacto que habitualmente utilizam, seguindo-se a ficha de acompanhamento de trabalho (19%) e o contacto

presencial, com deslocação do técnico ao consultório (12%). As modalidades menos utilizadas são o contacto presencial, com deslocação do médico ao laboratório (6%) e os emails (5%) (Figura 7).

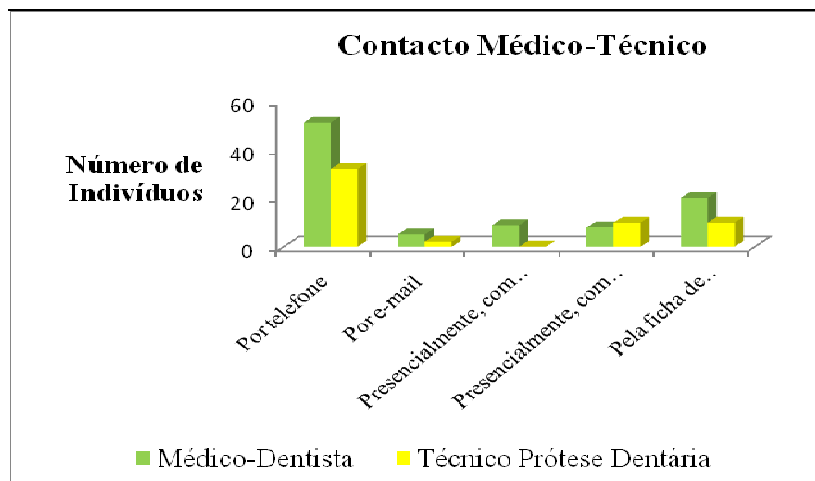


Figura 7 – Distribuição da amostra por modalidades de contacto habitual.

Nos casos em que surgem dúvidas sobre um trabalho de prótese, a modalidade de contacto mais utilizada continua a ser o telefone (62%), seguida do contacto presencial, com deslocação do técnico ao consultório (14%). A modalidade menos utilizada continua a ser o envio de emails (4%). Verifica-se ainda um menor recurso à ficha de acompanhamento de trabalho (5%) (Figura 8).

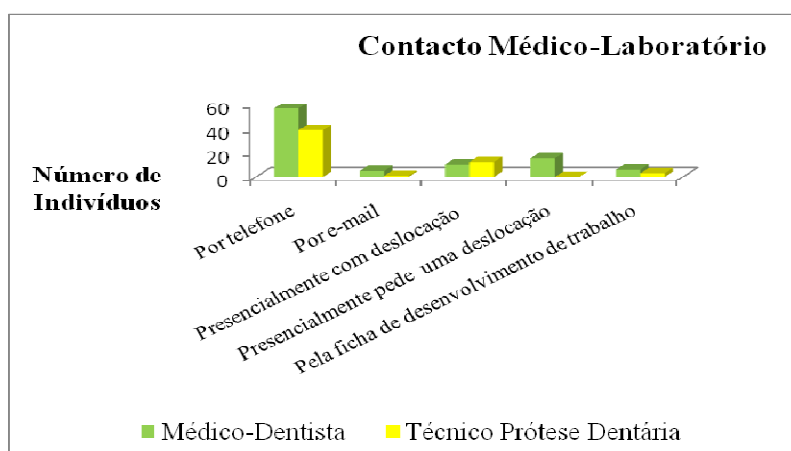


Figura 8 – Distribuição da amostra por modalidade de contacto excepcional.

Na generalidade, tanto os MDs como os TPDs trabalham com vários laboratórios/consultórios. Somente 19% da amostra de MDs afirma trabalhar com apenas um Laboratório e apenas 4% da amostra TPDs declaram trabalhar com um único consultório de Medicina Dentária. A Tabela III mostra que, em média, os MDs trabalham com dois laboratórios e os TPDs trabalham, aproximadamente, com 11 MDs (Tabela IV).

Tabela IV – Análise descritiva do número de laboratórios/MDs de contacto.

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|-------------------------------|----------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| Número de Laboratórios | 91 | 1 | 7 | 2,37 | 1,180 |
| Número de MDs | 55 | 1 | 22 | 11,22 | 5,283 |

Enquanto os MDs apontam como principal razão para trabalharem com mais do que um laboratório a incapacidade dos laboratórios em satisfazer os requisitos técnicos de cada trabalho (32,3%), os TPDs entendem que a razão que leva um MD a trabalhar com vários laboratórios é o preço praticado (52,7%) em cada uma das áreas da prótese (Tabela V).

Tabela V – Análise das frequências das respostas à questão: “Porque se trabalha com mais do que um laboratório?”

| Razões para se trabalhar com mais do que um laboratório | MD | | TP | |
|--|----|-------------|-----|-------------|
| | N | % | N | % |
| Incapacidade do laboratório pelo volume de trabalho | 11 | 11,1 | 5 | 9,1 |
| Incapacidade do laboratório em satisfazer os requisitos técnicos | 32 | 32,3 | 9 | 16,4 |
| Localização - distância | 13 | 13,1 | 12 | 21,8 |
| Preços praticados | 22 | 22,2 | 29 | 52,7 |
| Não responde | 7 | 7,1 | --- | --- |

Para confirmar se a diferença entre os dois grupos, no que se refere à razão apresentada para os MDs trabalharem com mais do que um Laboratório, tinha um significado estatístico realizou-se o teste de Mann-Whitney. De acordo com a Tabela VI podemos afirmar que as diferenças de opinião são estatisticamente significativas, com os MDs a indicarem as incapacidades técnicas dos laboratórios, enquanto os TPDs realçam a questão dos preços, verificando-se uma expressiva diferença de opinião entre os dois grupos.

Tabela VI – Comparação das respostas dos dois grupos (Teste de Mann-Whitney)
Porque se trabalha com mais do que um laboratório?

| | N | U | p |
|-----------------------------|----|--------|-------|
| Médico-Dentista | 92 | 1482,5 | 0,000 |
| Técnico de Prótese Dentária | 55 | | |

Quando questionados sobre quais os factores que consideram mais importantes na escolha de um Laboratório de Prótese Dentária, verifica-se que existe alguma

discrepância nos factores enumerados por um e outro grupo profissional. Enquanto os MDs indicam a qualidade do trabalho (58%), a boa relação de trabalho (34%), a tabela de preços (27%) e a pontualidade na entrega dos trabalhos (27%), os TPDs referem, em primeiro lugar a tabela de preços (72%), seguida do tempo de execução do trabalho (36%) e da pontualidade na entrega dos trabalhos (35%) (Tabela VII).

Tabela VII – Análise das frequências de resposta à questão “Quais factores que considera mais importantes na escolha de um laboratório de prótese?”

| Factores | MD | | | | | | | | TPD | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|----|----|----|----|----|---|-------|-----------|----|----|----|---|---|----|-------|
| | Maior | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Menor | Maior | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Menor |
| Proximidade... | 21 | 24 | 12 | 7 | 10 | 7 | 6 | 4 | 12 | 15 | 8 | 8 | 2 | 3 | 1 | 6 |
| Tabela de preços | 27 | 29 | 9 | 5 | 5 | 11 | 4 | 3 | 40 | 7 | 3 | 3 | - | 2 | - | - |
| Qualidade de trabalho | 57 | 12 | 7 | 7 | 3 | 2 | 4 | - | 13 | 19 | 12 | 6 | 1 | 3 | 1 | - |
| Materiais utilizados | 11 | 25 | 8 | 16 | 10 | 10 | 5 | 8 | 2 | 8 | 11 | 9 | 6 | 5 | 3 | 11 |
| Reputação do laboratório | 10 | 18 | 9 | 9 | 15 | 6 | 8 | 18 | 6 | 9 | 7 | 12 | 6 | 5 | 1 | 9 |
| Pontualidade na entrega... | 27 | 28 | 12 | 11 | 3 | 5 | 4 | 3 | 19 | 13 | 10 | 8 | 1 | 4 | - | - |
| Tempo de execução... | 26 | 23 | 17 | 8 | 7 | 7 | 3 | 2 | 20 | 11 | 11 | 2 | 8 | 1 | 2 | - |
| Boa relação de trabalho | 34 | 19 | 14 | 5 | 3 | 2 | 7 | 8 | 7 | 14 | 7 | 8 | 2 | 4 | 12 | 1 |

No sentido de testar a diferença de resposta dos grupos estudados aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos dois grupos profissionais ao nível da importância da tabela de preços que é valorizada pelos TPDs; da qualidade de trabalho, dos materiais utilizados e da boa relação de trabalho realçadas pelos MDs (Tabela VIII).

Tabela VIII – Comparação das respostas dos dois grupos (Teste de Mann-Whitney)
 “Quais factores que considera mais importantes na escolha de um laboratório de prótese?”

| | Proximidade | Preço | Qualidade | Materiais | Reputação | Pontualidade | Tempo | Relação |
|----------|-------------|--------------|--------------|--------------|-----------|--------------|--------|--------------|
| U | 2501,5 | 1375,5 | 1710,0 | 2016,5 | 2394,5 | 2393,0 | 2328,5 | 1851,0 |
| p | 0,997 | 0,000 | 0,000 | 0,030 | 0,513 | 0,501 | 0,351 | 0,006 |

Contudo, torna-se necessário salientar que há alguma concordância relativamente ao facto de ambos os grupos profissionais considerarem que a reputação do Laboratório é um factor de menor importância na escolha de um Laboratório de Prótese.

Relativamente à necessidade de mudar ou experimentar um novo Laboratório, observa-se que 26 MDs afirmaram não ter mudado de laboratório nos últimos dois anos, 5 não responderam a esta questão, 3 não enumeraram razões, declarando que não sabem porque mudaram ou experimentaram um novo Laboratório e 1 afirmou que a questão não se aplica ao seu caso.

Das 64 respostas obtidas, observou-se que a principal razão referida foi a recomendação de um colega (21,9%), seguida pela falha nas necessidades técnicas (20,3%) e pelo não cumprimento das instruções de trabalho (20,3%).

Para os TPDs, a principal razão que leva o MD a mudar ou experimentar um novo laboratório é o preço (49,1%) e a recomendação de um colega (18,2%).

As razões menos referidas pelos MDs são as falhas na comunicação (5,1%) e a inconsistência na qualidade de trabalho (9,1%). Os TPDs concordam com a pouca relevância das falhas na comunicação (5,5%) e indicam o não cumprimento das instruções de trabalho (7,3%) como sendo uma razão pouco importante (Tabela IX).

Tabela IX – Análise das frequências de resposta à questão “Por que razão mudou ou experimentou um novo laboratório, nos últimos dois anos?”

| Razões para mudar ou experimentar um novo laboratório...? | MD | | TP | |
|---|----|-------------|----|-------------|
| | N | % | N | % |
| Por falha nas necessidades técnicas | 13 | 20,3 | 5 | 9,1 |
| Devido a inconsistência na qualidade | 9 | 14,0 | 6 | 10,9 |
| Por falhas na comunicação | 5 | 7,8 | 3 | 5,5 |
| Devido ao não cumprimento das instruções de trabalho | 13 | 20,3 | 4 | 7,3 |
| Pelo factor “preço” | 10 | 15,6 | 27 | 49,1 |
| Por recomendação de um colega | 14 | 21,9 | 10 | 18,2 |

Contudo, o teste das diferenças verificadas na análise de frequências, utilizando o *U* de Mann-Whitney, demonstra que apenas a avaliação do factor preço assume um significado estatístico. Isto indica que a diferença de opiniões quanto ao factor preço é muito elevada e, como já tinha sido referido anteriormente, este factor parece ser determinante para os TPDs (Tabela X).

Os outros factores referidos mostram diferenças, mas estas não são estatisticamente significativas.

Tabela X – Comparação das respostas dos dois grupos (Teste de Mann-Whitney). “Por que razão mudou ou experimentou um novo laboratório, nos últimos dois anos?”

| | Falhas técnicas | Inconsistência qualidade | Falhas comunicação | Não cumprimento | Preço | Recomendação colega |
|----------|-----------------|--------------------------|--------------------|-----------------|--------------|---------------------|
| <i>U</i> | 2462,5 | 2550,5 | 2581,5 | 2415,5 | 1591,0 | 2500,0 |
| <i>p</i> | 0,393 | 0,795 | 0,972 | 0,226 | 0,000 | 0,599 |

Nesta fase do questionário, os MDs e os TPDs são confrontados com questões diferentes. Aos MDs é perguntado se têm um Laboratório/Técnico de Prótese a trabalhar na sua clínica, enquanto aos TPDs é questionado sobre a proveniência da

maioria dos trabalhos que chegam ao seu laboratório e, no caso do técnico se deslocar a Consultórios e Clínicas de Medicina-Dentária, que tipo de trabalhos aí realiza.

Quando inquiridos sobre se têm um Laboratório/Técnico de Prótese a trabalhar na sua clínica, verificamos que a maioria da amostra de MDs (52%) responde negativamente. Dos 48 MDs que têm um Laboratório/Técnico de Prótese a trabalhar na sua clínica, observamos que 27 afirmam ter um técnico que faz provas clínicas (27,3%), 19 declaram que o técnico faz inserção da prótese e dá conselhos ao paciente (19,2%) e 18 dizem ter um técnico que faz impressões (18,2%) (Tabela XI).

Tabela XI – Análise das frequências de resposta à questão “Tem algum laboratório/técnico de prótese que trabalhe na sua clínica?”

| Tem algum laboratório/técnico de prótese que trabalhe na sua clínica? | N | % |
|---|----------|-------------|
| Tenho um técnico de laboratório que faz impressões | 18 | 18,2 |
| Tenho um técnico de laboratório que faz vazamento de impressões a gesso | 11 | 11,1 |
| Tenho um técnico de laboratório que faz registos de mordida | 17 | 17,2 |
| Tenho um técnico de laboratório que faz o desenho da prótese parcial removível | 13 | 13,1 |
| Tenho um técnico de laboratório que faz as provas clínicas | 27 | 27,3 |
| Tenho um técnico de laboratório que faz a inserção da prótese e conselhos ao paciente | 19 | 19,2 |
| Tenho um técnico de laboratório que realiza outras tarefas | 15 | 15,2 |

A maioria dos trabalhos chega aos laboratórios enviados pelos MD (50,9%), seguindo-se o trabalho directamente realizado com o público no Laboratório do TP (20%) e as deslocações do TP às Clínicas e Consultórios para realização de impressões (16,4%) (Tabela XII).

Tabela XII – Análise das frequências das respostas à questão: “Como chega a maioria dos trabalhos ao seu laboratório?”

| Como chega a maioria dos trabalhos ao laboratório | TP | |
|--|----|-------------|
| | N | % |
| Enviados pelos MD | 28 | 50,9 |
| Deslocações do TP às Clínicas e Consultórios | 9 | 16,4 |
| Trabalho directamente realizado com o público | 11 | 20,0 |
| Trabalha nas instalações de uma clínica ou consultório | 6 | 10,9 |
| Não responde | 1 | 1,8 |

De entre os TP que afirmaram trabalhar nas instalações de uma Clínica ou Consultório, verifica-se que os passos mais comumente realizados são a toma de impressões (20%) o seu vazamento a gesso (20%), as provas clínicas (14,5%) e o desenho da prótese parcial removível (14,5%) (Tabela XIII).

Tabela XIII – Análise das frequências de resposta à questão “se trabalha nas instalações de uma clínica ou consultório, quais os passos que executa?”

| Se trabalha nas instalações de uma clínica ou consultório, quais os passos que executa? | N | % |
|---|----|-------------|
| Faz impressões | 11 | 20,0 |
| Faz vazamento de impressões a gesso | 11 | 20,0 |
| Determinação da dimensão vertical de oclusão | 5 | 9,1 |
| Faz registos de mordida | 7 | 12,7 |
| Faz o desenho da prótese parcial removível | 8 | 14,5 |
| Faz as provas clínicas | 8 | 14,5 |
| Faz a inserção da prótese e conselhos ao paciente | 7 | 12,7 |
| Realiza outras tarefas | 1 | 1,8 |

No que se refere à escolha da cor das próteses fixas, observamos que ambos os grupos profissionais reconhecem ser o MD quem, na maioria dos casos, faz esta seleção. No entanto, verificamos uma divergência no que se refere às situações em que a decisão é tomada conjuntamente, com os MDs a referirem um maior número de casos do que os TPDs (Tabela XIV).

Tabela XIV – Análise das frequências da resposta à questão “Num trabalho de prótese fixa, habitualmente, quem escolhe a cor?”

| Num trabalho de prótese fixa, habitualmente, quem escolhe a cor? | MD | | TP | |
|--|----|-------------|----|-------------|
| | N | % | N | % |
| O MD | 56 | 56,6 | 31 | 56,4 |
| O TP | 11 | 11,1 | 13 | 23,6 |
| Os dois em conjunto | 23 | 23,2 | 7 | 12,7 |
| Não faço prótese fixa | 3 | 3,0 | 4 | 7,3 |

Nas próteses removíveis, o grau de concordância entre os profissionais é maior, pois ambos referem ser o MD ou o TP quem, habitualmente, decide a cor. Os casos de decisão conjunta são agora qualificados do mesmo modo, o que se justifica pela natureza do trabalho envolvido (Tabela XV).

Tabela XV – Análise das frequências da resposta à questão “Num trabalho de prótese removível, habitualmente, quem escolhe a cor?”

| Num trabalho de prótese removível, habitualmente, quem escolhe a cor? | MD | | TP | |
|---|----|-------------|----|-------------|
| | N | % | N | % |
| O MD | 43 | 43,4 | 17 | 30,9 |
| O TP | 24 | 24,2 | 25 | 45,5 |
| Os dois em conjunto | 23 | 23,2 | 12 | 21,8 |
| Não faço prótese removível | 3 | 3,0 | 1 | 1,8 |

Curiosamente, no que diz respeito à definição do número de provas clínicas necessárias, MD e TP convergem ao considerar que se deve tratar de uma decisão de ambos, o que reflecte uma boa relação de trabalho entre os profissionais (Tabela XVI).

Tabela XVI – Análise das frequências da resposta à questão “Num trabalho de prótese quem deve decidir o número de provas clínicas?”

| Num trabalho de prótese, quem deve decidir o número de provas clínicas? | MD | | TP | |
|---|----|-------------|----|-------------|
| | N | % | N | % |
| O MD | 34 | 34,3 | 11 | 20,0 |
| O TP | 12 | 12,1 | 14 | 25,5 |
| Os dois em conjunto | 46 | 46,5 | 30 | 54,5 |
| Não faço provas | 1 | 1,0 | - | - |

Na parte final do questionário, pretendia-se que os participantes dessem a sua opinião relativamente a um conjunto de questões relacionadas com o domínio dos conhecimentos dos MD na área da Prostodontia, sobre as competências dos TP e sobre a responsabilidade e competências de cada um dos grupos profissionais envolvidos neste estudo. Em cada questão, os participantes responderam utilizando uma escala que variava entre 1 (Muito pouco) e 5 (Muito elevado).

No que se refere ao conhecimento dos MDs na área de Prostodontia, ambas as classes profissionais concordam que os MDs têm conhecimentos de nível médio (Tabela XVII).

Tabela XVII – Análise das frequências de resposta à questão: “Como avalia os conhecimentos dos MD na área da Prostodontia?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----------|-----------|---------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|---------------------------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Como avalia os conhecimentos dos MD na área da Prostodontia? | 5 5,1% | 9 9,1% | 41 41,4% | 30 30,3% | 8 8,1% | 13 23,6% | 7 12,7% | 27 49,1% | 5 9,1% | 3 5,5% |

Sobre o conhecimento que os TPDs têm das etapas clínicas de uma reabilitação protética, os MDs consideraram que esse conhecimento situa-se entre o nível médio a elevado. Já os TPDs avaliaram o conhecimento que os MDs têm das etapas laboratoriais de uma reabilitação protética, como pouco a médio. Esta diferença aumenta quando analisamos as respostas sobre o nível de conhecimentos clínicos/laboratoriais. Os MDs avaliam o conhecimento clínico dos TPDs como sendo médio ou elevado, mas os TPDs consideram que os conhecimentos laboratoriais dos MDs são muito poucos ou poucos (Tabela XVIII e Tabela XIX).

Tabela XVIII – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o seu grau de conhecimentos sobre as etapas clínicas/laboratoriais de uma reabilitação protética?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----------|-------------|--------------------|------------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qual o grau de conhecimento sobre etapas clínicas / laboratoriais de uma reabilitação protética? | 8 8,1% | 17 17,2% | 36 36,4% | 2 24,2% | 8 8,1% | 5 9,1% | 11 20% | 21 38,2% | 11 20% | 7 12,7% |

XIX – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual a opinião sobre o nível de conhecimentos clínicos/laboratoriais dos TPDs e MDs?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----------|-------------|--------------------|-------------|-----------|------------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qual a opinião sobre o nível de conhecimentos clínicos/laboratoriais dos TPDs e MDs? | 6 6,1% | 18 18,2% | 36 36,4% | 27 27,3% | 6 6,1% | 22 40% | 13 23,6% | 14 25,5% | 4 7,3% | 2 3,6% |

Enquanto os MDs avaliam o grau de conhecimentos obtidos durante a licenciatura como médios ou elevados, os TP consideraram que o nível de conhecimentos adquiridos durante a formação é pouco ou médio (Tabela XX).

XX – Análise das frequências de resposta à questão: “Como classifica o grau de conhecimentos obtidos durante a formação/licenciatura?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----|-------------|--------------------|-------------|-----------|-----------|-------------|--------------------|-----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Como classifica o grau de conhecimentos obtidos durante a formação/licenciatura? | --- | 12 12,1% | 44 44,4% | 30 30,3% | 7 7,1% | 2 3,6% | 15 27,3% | 26 47,3% | 3 5,5% | 9 16,4% |

Quanto às competências do TPDs, os MDs consideram a presença do TPD na prova estética e funcional de importância média e elevada. Por sua vez, os TPDs consideram a sua presença nesta prova de importância elevada e muito elevada (Tabela XXI).

XXI – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o grau de importância da presença do TP na prova estética e funcional?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|---|---------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|--------------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qual o grau de importância da presença do TP na prova estética e funcional? | 4 4% | 17 17,2% | 26 26,3% | 32 32,3% | 13 13,1% | 1 1,8% | 10 18,2% | 14 25,5% | 15 27,3% | 15 27,3% |

A mesma discordância se verifica em relação à presença do TPD na escolha da cor, pois os MD consideram esta presença pouco ou mediamente importantes, enquanto os TPDs

consideram a sua presença de elevada e, mesmo, de muito elevada importância (Tabela XXII).

XXII – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o grau de importância da presença do TP na escolha da cor?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|---|-----------|---------------------------|---------------------------|-------------|-------------|-----------|------------|------------|---------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qual o grau de importância da presença do TP na escolha da cor? | 7 7,1% | 26 26,3% | 26 26,3% | 16 16,2% | 18 18,2% | 11 20% | 8 14,5% | 6 10,9% | 15 27,3% | 15 27,3% |

O planeamento do trabalho protético é uma competência reconhecida, tanto por MD como por TPD, que avaliam a colaboração do TPD nesta tarefa como de elevada e muito elevada importância (Tabela XXIII).

XXIII – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual o grau de importância da colaboração do TP no planeamento de um trabalho?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----------|-------------|-------------|---------------------------|-------------|-----------|-----------|------------|-------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qual o grau de importância da colaboração do TP no planeamento de um trabalho? | 6 6,1% | 13 13,1% | 22 22,2% | 30 30,3% | 22 22,2% | 4 7,3% | 5 9,1% | 7 12,7% | 12 21,8% | 27 49,1% |

Ambos os grupos profissionais são unânimes em considerar que a influência do trabalho do TPD para o sucesso de uma reabilitação protética é de elevada e muito elevada importância (Tabela XXIV).

XXIV – Análise das frequências de resposta à questão: “Que influencia atribui ao trabalho do TP no sucesso de uma reabilitação protética?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-----|------------|-------------|------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Que influencia atribui ao trabalho do TP no sucesso de uma reabilitação protética? | 3 3,0% | 14 14,1% | 15 15,2% | 34 34,3% | 27 27,3% | --- | 6 10,9% | 10 18,2% | 7 12,7% | 32 58,2% |

No que se refere à responsabilidade do TPD e/ou do Laboratório num trabalho após este ter sido colocado pelo MD, encontra-se outro ponto de controvérsia. Enquanto os MDs consideram que os TPDs/Laboratórios têm elevada e muito elevada responsabilidade nestes trabalhos, os TPDs encontram-se muito divididos quanto a esta questão. Uma parte significativa destes profissionais considera ter muito pouca responsabilidade (27,3%) sobre estes trabalhos, mas outros consideram que a sua responsabilidade é média (30,9%) e ainda outros consideram a sua responsabilidade elevada (25,5%) (Tabela XXV).

XXV – Análise das frequências de resposta à questão: “Qual a responsabilidade do TPD/laboratório num trabalho após este ter sido colocado pelo MD?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|--|-----------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|------------|--------------------|-------------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qual a responsabilidade do TPD/laboratório num trabalho após este ter sido colocado pelo MD? | 3 3,1% | 19 19,2% | 18 18,2% | 30 30,3% | 23 23,2% | 15 27,3% | 7 12,7% | 17 30,9% | 14 25,5% | 2 3,6% |

Quanto à última questão do questionário, os participantes tinham de responder à pergunta “Aprova a execução de procedimentos clínicos pelo TPD?”. A maioria dos MDs afirmou não aprovar. Por seu lado, os TPDs têm opinião diferente. A maioria concorda com a ideia de executar impressões, provas e colocações de próteses nos consultórios, isto é, concorda em executar procedimentos clínicos (Tabela XXVI).

XXVI – Análise das frequências de resposta à questão: “Aprova a execução de procedimentos clínicos pelo TPD?”

| | MD | | | | | TP | | | | |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aprova a execução de procedimentos clínicos pelo TPD? | 29 29,3% | 21 21,2% | 24 24,2% | 12 12,1% | 7 7,1% | 12 21,8% | 6 10,9% | 12 21,8% | 9 16,4% | 16 29,1% |

II.4 – Discussão

A proporção de indivíduos do género masculino e feminino parece retratar a realidade dos grupos profissionais em estudo, com um maior número de MD do género feminino. De facto, estes valores estão de acordo com os apresentados pela Ordem dos Médicos Dentistas em 2007, em que 52% dos seus membros são mulheres.

Em termos de média de idade, os dois grupos profissionais aproximam-se, mostrando tratar-se de uma amostra bastante jovem, depreendendo-se que, em média, os MD terão menos de dez anos de experiência profissional.

No que se refere ao distrito onde os profissionais exercem a sua actividade destaca-se, mais uma vez, que se tratou de uma amostra de conveniência e que por esse facto não cumpre os requisitos de representatividade. Contudo, a distribuição dos TPDs parece reflectir a distribuição geográfica da oferta de formação. Por exemplo, regista-se uma baixa frequência de TPDs na cidade de Coimbra, o que pode ser explicado pela inexistência de uma instituição de formação em Prótese Dentária neste distrito. Por outro lado, a FMDC forma, anualmente, cerca de 30 MDs, o que pode justificar a maior concentração de casos da amostra. Também é um facto que os TPDs com maior grau de formação exerçam a sua actividade profissional nas duas maiores cidades do país, que são também as únicas que possuem instituições de formação.

Relativamente à execução de trabalhos de reabilitação protética na prática clínica dos MDs, constatamos que, apesar da grande maioria confirmar que executa este tipo de trabalhos, só um terço destes profissionais realizou uma formação específica na área da Prostandontia. Salienta-se que a licenciatura em Medicina Dentária atribui uma formação de base que permite a realização, bem sucedida, de casos protéticos habituais. Contudo, actualmente assiste-se a uma maior procura de determinados serviços, como as reabilitações extensas, recorrendo a implantes endo-ósseos e a próteses combinadas, o que tem elevado o grau de exigência dos próprios pacientes. Tal facto tem levado alguns MDs a procurar, cada vez mais, formação especializada em reabilitação oral.

A modalidade de contacto mais frequentemente utilizada é o telefone, tal como no estudo de Koth e Malone (1994), o que levanta questões sobre a adequação da informação escrita constante na PDT. Esta deveria ser enviada ao Laboratório em cada fase do trabalho (Borel *et alii*, 1991, p. 135).

Vários estudos que analisaram a qualidade da comunicação escrita entre MD e TPD/Laboratório têm referido a mesma realidade. Jenkins *et alii* (2009) analisaram a qualidade da prescrição e fabricação de coroas unitárias no País de Gales e concluíram que dos, 107 laboratórios questionados, somente 52 consideravam que as instruções recebidas eram claras e adequadas ao trabalho solicitado, ou seja, menos de metade das instruções escritas eram válidas. Estes autores apontam questões educacionais para este facto. Radhi *et alii* (2007) avaliaram 131 PDTs e concluíram que a qualidade da informação era insuficiente, pois o desenho das próteses parciais removíveis era deixado a cargo do TPD em 79% das vezes, não respeitando os princípios mecânicos e biológicos de fabricação.

Afsharzand *et alii* (2006) efectuaram um estudo em 114 Laboratórios nos Estados Unidos e concluíram que existia uma falta de comunicação relativamente às técnicas e materiais utilizados em trabalhos envolvendo implantes. Também Carneiro (2006) chegou a uma conclusão similar num estudo sobre a comunicação para o fabrico de próteses removíveis acrílicas. Segundo Adams (2006 c), a PDT deveria ser o primeiro elemento de comunicação entre os profissionais. O telefone deveria, assim, servir de elemento de apoio à comunicação, sendo utilizado em situações excepcionais, em que a PDT não é, por si, esclarecedora.

Segundo Adams (2006 a), Davenport *et alii* (2000), e Levin (2008) compete ao MD fornecer instruções claras e detalhadas e deve ser uma preocupação deste profissional acompanhar as várias fases laboratoriais para se assegurar que as suas orientações foram compreendidas, pois uma verdadeira parceria beneficia todas as partes envolvidas.

Como foi referido anteriormente, existem, hoje em dia, métodos muito sofisticados, como a internet e a fotografia digital, que podem contribuir para uma melhoria na

qualidade de comunicação entre MDs e TPDs. Comparando os resultados do presente estudo com os apresentados por Murphy e Polansky (2004), a utilização das novas tecnologias da informação e comunicação nesta área científica deixa ainda muito a desejar em Portugal.

Em situações de dúvida verifica-se que a comunicação telefónica nem sempre é suficiente, sendo necessário o contacto presencial com a deslocação do TPD ao consultório. Esta deslocação implica ausência do TPD do seu local de trabalho, acarretando custos adicionais para o Laboratório.

Na generalidade os MDs trabalham com mais do que um Laboratório e estes recebem serviços provenientes de vários consultórios de Medicina Dentária. Segundo Levin (2008) o Laboratório é um parceiro muito importante para o êxito da actividade de Medicina Dentária, sendo essencial criar uma relação forte e sustentada com um ou mais Laboratórios.

A razão apresentada por cada grupo profissional como subjacente a esta realidade é que diverge de forma significativa. Enquanto os MDs apontam a incapacidade dos Laboratórios em satisfazer os requisitos técnicos de cada trabalho, os TPDs têm uma perspectiva diferente. Para estes profissionais a principal razão para um MD trabalhar com mais do que um Laboratório são os preços praticados em cada uma das áreas da prótese. Tal posição está de acordo com Drago (1996), que argumenta ser inadequado classificar os serviços fornecidos pelos Laboratórios como “(...)baratos, médios ou caros”.

Esta discordância na avaliação é reforçada na selecção dos factores que considerados como mais importantes na escolha de um Laboratório de Prótese por um MD, pois o grau de discordância é maior. Os MDs referem novamente factores relacionados com a qualidade de trabalho, enquanto os TPDs insistem na questão da tabela de preços, considerando que este é o factor decisivo da escolha. Parece ser possível estar perante uma dupla interpretação da mesma realidade. Talvez a posição que cada um dos grupos profissionais ocupa na relação de trabalho influencie a sua visão sobre os factores que influenciam a decisão dos MDs, pois, em muitos casos, não estamos uma verdadeira

relação de parceria. Não obstante, verificou-se que ambos os grupos não valorizam a qualidade dos materiais utilizados, o que está em concordância com as conclusões de Lynch e Allen (2005).

Segundo Adams (2006 c) e Gouvêa *et alii* (2006), a relação entre MD e TPD não é estável, o que se confirmou no presente estudo, uma vez que a maioria dos MD mudou ou experimentou um novo laboratório nos últimos dois anos. Segundo Goff (2008), as características mais procuradas pelos MDs junto de um Laboratório são a consistência e a predictibilidade de trabalho. No entanto, neste estudo verificou-se que para o MD esta mudança teve por base o aconselhamento de outros MDs e que, mais uma vez, a perspectiva do TPD é diferente, mas consistente com a ideia anteriormente defendida, ou seja, o factor preço é uma vez mais indicado como o principal na decisão do MD.

Observa-se que uma percentagem considerável (48%) de MDs tem na sua clínica/consultório um TPD que faz provas clínicas, inserção de próteses e impressões. Este resultado não é, contudo, coerente com a opinião manifestada pela maioria dos MD, quanto à possibilidade dos TPD executarem procedimentos clínicos que incluem exactamente estas tarefas. Esta dissonância poderá advir do facto de os MDs, apesar de possuir formação que lhes permite executar estes procedimentos, na realidade, precisam da colaboração do TPD a vários níveis, desde o planeamento até à inserção. De certo modo, os MDs têm consciência desta necessidade, pois quando são questionados sobre a importância da colaboração do TPD no planeamento e no sucesso de uma reabilitação protética reconhecem o bom trabalho desenvolvido por estes profissionais.

Este ponto é evidenciado por Adams (2004 b) quando menciona a Consulta de Plano de Tratamento como um utensílio de comunicação efectiva, em que a discussão prévia do diagnóstico e fases do tratamento com o TPD reduz o número de repetições desnecessárias de um trabalho, conduzindo a melhores resultados para os pacientes. Também Silveira (2008) preconiza que o Prostodontista deve, em conjunto com o TPD, analisar a viabilidade da construção de uma determinada Prótese Dentária.

Por outro lado, verifica-se que 20% dos TPD afirma que a maioria dos seus trabalhos provém do atendimento ao público. De acordo com o Decreto-Lei 261/93, que regulamenta a profissão de Técnico de Prótese Dentária, tal procedimento é ilícito, uma vez que não compete ao TPD a realização de procedimentos clínicos a pacientes.

Esta interdependência profissional é ainda evidenciada pela concordância nas questões que envolvem a decisão na escolha da cor, tanto nas próteses fixas como nas próteses removíveis, e do número de provas. Enquanto a escolha da cor nas próteses fixas recai sobretudo sobre o MD, nas próteses removíveis, a natureza do trabalho e o facto de existir um número considerável de TPD a executar esta tarefa nos consultórios de Medicina Dentária, justifica, de alguma forma, a decisão partilhada, ou seja, pode ser o MD ou o TPD a decidir ou ainda podem decidir em conjunto.

Estes resultados estão de acordo com Gouvêa *et alii* (2006), que afirmam que a integração do TPD no momento da aferição da cor auxilia muito o resultado final. A maior referência dos MDs à decisão conjunta, nos casos de prótese fixa, pode estar relacionada com algum apoio solicitado aos TPD que, no entanto, não consideram esta sua intervenção como decisiva.

Ao iniciar este trabalho, partiu-se do princípio que a qualidade da comunicação entre MD e TPD seria fortemente influenciada pelo conhecimento que cada grupo profissional tem das etapas desenvolvidas ao longo de todo o processo de reabilitação protética. Na verdade, este aspecto é reforçado por McGarry (2004) quando avalia a formação dos MDs acerca dos procedimentos laboratoriais. Este autor conclui que a actividade de Medicina Dentária deveria desenvolver estratégias para dar aos MDs a formação necessária no âmbito laboratorial. Os resultados obtidos sugerem que a comunicação que se estabelece, actualmente, entre MD e TPD tem ainda um longo caminho a percorrer até se tornar eficiente e eficaz.

O facto de os TPDs avaliarem como médios, poucos ou muito poucos os conhecimentos que os MD têm das fases laboratoriais deste processo é uma evidência da existência de falhas de comunicação. A necessidade dos MDs contarem com a colaboração presencial do TPD é também uma indicação neste sentido. A PDT

constitui, talvez, a prova maior desta ineficaz comunicação, uma vez que parece não desempenhar as funções para as quais foi destinada. Não foi objectivo deste estudo, mas seria interessante, em futuras investigações, perceber quais são exactamente os aspectos em que falha a comunicação efectuada através das PDTs, entre MD e TPD. Seria ainda importante quantificar esses aspectos na medida do possível. Os resultados obtidos parecem, no entanto, apontar numa direcção. Uma vez que, na perspectiva dos MDs, os TPDs têm conhecimentos médios e elevados das etapas clínicas da reabilitação protética, talvez seja nas clínicas e consultórios que deverão ser procurados estes obstáculos à comunicação.

Em termos académicos, os MDs avaliaram a sua formação como tendo sido média ou boa. Contudo, os TPDs sentem que a sua formação inicial, mesmo ao nível da licenciatura, foi mediana, procurando, talvez por isso, continuar a sua formação. Esta diferença de postura em relação aos conhecimentos próprios, na área da Prostodontia, poderá significar que os MDs, ao contrário dos TPDs, sobrevalorizam a formação adquirida.

Para finalizar, subsiste a questão da responsabilidade dos Laboratórios. A este nível parece haver alguma confusão tanto nos MDs como nos TPDs. Analisando as competências de cada classe profissional, constatamos que a responsabilidade última por qualquer trabalho protético pertence ao MD, enquanto ao TPD compete, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, Decretos-Lei 261/93 e 564/99, “(...)Desenhar, fabricar e reparar próteses dentárias adaptadas ao cliente, a partir das prescrições médicas.” (Anexo II). Não obstante, a maioria dos MDs inquiridos neste estudo considerou que a responsabilidade do TPD num trabalho, depois deste ser colocado, era elevada ou muito elevada. Por seu lado, os técnicos respondem de uma forma variada, considerando-se entre muito pouco responsáveis por estes trabalhos até uma responsabilidade de nível elevado. Este resultado sugere uma falta de informação sobre os limites das competências de cada grupo profissional que, poderá explicar, entre outros factores, a assimetria nas relações que se estabelecem entre MD e TPD.

II. 5 – Limitações do estudo

Tal como referido no Capítulo “Materiais e Métodos”, a amostra utilizada neste estudo foi uma amostra de conveniência, pelo que poderá não representar fielmente as condições das populações-alvo. Consequentemente, as conclusões não devem ser generalizadas para todos os profissionais da Prótese Dentária e da Medicina Dentária, uma vez que os resultados representam apenas a amostra estudada.

A fidedignidade das respostas aos questionários é ambígua, uma vez que o inquirido pode condicionar as suas respostas por motivos culturais, sociais ou educacionais.

Conclusão

Através deste trabalho de investigação sobre a Comunicação e Conhecimento entre os Médicos-Dentistas e os Técnicos de Prótese Dentária procurou-se responder de uma forma incisiva às questões propostas inicialmente. Assim, e no que se refere ao tipo de comunicação que existe entre MD e TPD, pode concluir-se que, actualmente, existem obstáculos que impedem que esta comunicação seja clara, eficiente e eficaz.

A má qualidade da informação escrita na PDT constitui um destes obstáculos que, sendo fácil de ultrapassar pois existem outras modalidades preferenciais de comunicação, levou a uma situação em que a PDT não cumpre os seus verdadeiros desígnios. Por outro lado, esta ferramenta de comunicação deveria ser mais específica nas suas orientações, pois não é credível que um só tipo de PDT seja adequado à fabricação dos vários tipos de Próteses Dentárias, ou seja, as diferenças inerentes às várias restaurações e às diferentes fases laboratoriais tornam necessária uma PDT individual para cada tipo de trabalho.

O estudo contribui também para concluir que, de facto, existem ingerências ao nível das competências profissionais das duas actividades, isto é, existem Técnicos de Prótese Dentária que realizam procedimentos clínicos, muitas vezes com a “protecção” dos Médicos-Dentistas. Na verdade, os resultados obtidos mostram que as duas classes profissionais não conhecem ou não agem de acordo os limites das suas competências.

A par das questões técnicas torna-se necessário considerar outros factores, como as diferenças culturais, económicas e sociais que dificultam a comunicação entre as duas classes profissionais. Acresce também dizer que uma relação que deveria ter por base o respeito profissional mútuo se torna, na maior parte das vezes, dissemelhante conforme o sentido da comunicação.

Em conclusão, foi observado que a comunicação e o conhecimento científico influenciam as relações interpessoais e interprofissionais entre os Médicos-Dentistas e os Técnicos de Prótese Dentária. As questões levantadas neste estudo carecem de uma

cuidadosa reflexão pelas duas classes profissionais, de forma a melhorar a qualidade final das reabilitações protéticas, pois uma verdadeira parceria beneficia o Consultório, o Laboratório e, principalmente, os pacientes.

Bibliografia

Adams, D. C. (2004 a). The ten most common all-ceramic preparation errors: a doctor/technician liaison's perspective. *Dentistry today*, 23 (10), pp. 94, 96-9.

Adams, D. C. (2004 b). The treatment planning consultation: the doctor/technician partnership. *Dentistry today*, 23(7), pp. 92-95.

Adams, D. C. (2005). Impression distortion... Only a technical problem? A doctor/technician liaison's perspective. *Dentistry today*, 24(12), pp. 66, 68-70.

Adams, D. C. (2006 a). Articulators: should we accept the status quo? A doctor/technician liaison's perspective. *Dentistry today*, 25(12), pp. 56, 58-59.

Adams, D. C. (2006 b). Impression tips to reduce stress and increase profits: A doctor/technician liaison's perspective. *Dentistry today*, 25(10), pp. 104, 106.

Adams, D. C. (2006 c). Sustaining doctor/technician relationships. *Dentistry today*, 25(5), pp. 92, 94-95.

Afsharzand, A., Rashedi, B., e Petropoulos, V.C. (2006 a). Communication Between the Dental Laboratory Technician and Dentist: Work Authorization for Fixed Partial Dentures. *Journal of Prosthodontics*, 15(2), pp. 123-128.

Afsharzand, A., Rashedi, B., e Petropoulos, V.C. (2006 b). Dentist Communication with the Dental Laboratory for Prosthodontic Treatment Using Implants. *Journal of Prosthodontics*, 15(3), pp. 206-207.

Ahmar, A. O. *et alii* (2007). Quality of master impressions and related materials for fabrication of complete dentures in UK. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, pp.111-115.

Arnault, D., Allen, D. (1990). Dental Laboratory work authorization forms: a survey. *The Journal of Prosthetics Dentistry*, 64(4), pp. 497-501.

Borel, J. C., Schittly, J., Exbravat, J. (1991). *Manual de Protesis Parcial Removible*. Barcelona, Masson.

Carneiro, L. C. (2006). Specifications provided by practitioners for fabrication of removable prostheses in Tanzania. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33, pp. 660-665.

Carr, A. B., McGivney, G. P., Brown, D. T. (2005). *McCracken's Removable Partial Prosthodontics*. St Louis, Elsevier Mosby.

Carvalho, C. L. (2003). Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização odontológica brasileira. [Em linha] Disponível em <*>. [Consultado em 23/03/2009].

Christensen, G. J. (2005). Dental Laboratory technology in crisis: The challenge facing the industry. *Journal of American Dental Association*, 136, pp.653-655.

Davenport *et alii* (2000). Communication between the dentist and the dental technician. *British Dental Journal*. 189(9), pp. 471-474.

Drago, C. J. (1996). Clinical and laboratory parameters in fixed prosthodontic treatment. *The Journal of Prosthetics Dentistry*, 76(3), pp. 233-238.

Fortin, M. (1999). *O processo da investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Glenhorn, T. (1997). Improving communication with the laboratory when fabricating porcelain veneers. *Journal of American Dental Association*, 128, pp.1571-1572.

Goff, S. (2008). Opening doors of communication. [Em linha]. Disponível em http://www.dprworld.com/articles/show/dpr0108_trends_opening-doors. [Consultado em 27/03/2009].

Gouvêa, C. V. D., Faria, M. A., Paula, L. D. (2006). Avaliação da relação profissional entre o Cirurgião-Dentista e o técnico em prótese dental, interferindo na qualidade final da prótese. *Odontologia Clínica-Científica*, 6 (1), pp. 7-11.

Hill, A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

Hiramatsu, A. D., Tomita, N. E., Franco, L. J. (2007). Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência e Saúde Colectiva*, 12 (4) , pp. 1051- 1056.

Jarad F. D. *et alii*, (2007). The effect of enamel porcelain thickness on color and the ability of a shade guide to prescribe chroma. *Dental Materials*, 23, pp. 454-460.

Jasinevicius, T. R. *et alii* (2008). Shade-matching abilities of dental laboratory technicians using a commercial light source. *Journal of Prosthodontics*, 18, pp. 60-63.

Jenkins, S. J. *et alii* (2009). Quality of prescription and fabrication of single-unit crowns by general dental Practicioners in Wales. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36, pp. 150-156.

Killian, S. D. (2006). General cosmetic dentistry photographs for communicating and consulting with your tecnico. *Dentistry today*, 25 (6), pp. 86, 88-9.

Koth, D., Malone, W. F. P. (1994). Tylman's Teoria e Práctica en Prostodoncia Fija. Caracas, Actualidades Médico Odontológicas LatinoAmérica, C. A.

Kratochvil, J. (1989). *Protesis Parcial Removible*. Mexico, Interamericana McGraw-Hill.

Kurtzman, G. M. (2008). Improving shade communication. *Dentistry today*, 27(2), pp. 132, 134, 136.

Levin, R. P. (2008). Melhorando as parcerias com laboratórios. *Dentistry*, 32, p. 52.

Lynch, C. D. e Allen, P. F. (2005). Quality of communication between dental practitioners and dental technicians for fixed prosthodontics in Ireland. *Journal of Oral Rehabilitation*, 32, pp. 901-905.

Lynch, C. D. e Allen, P.F. (2006). Why do dentists struggle with removable partial denture design? An assessment of financial and educational issues. *British Dental Journal*. 200(5), pp. 277-281.

McGarry, T. J., Jacobson, T. E. (2004). The professions of dentistry and dental laboratory technology: improving the interface. *Journal of American Dental Association*, 135, pp. 220-226.

Mendelson, M.R. (2006) Effective laboratory communication... it's a two way street. *Dentistry Today*, 25(7), pp. 96, 98.

Miller, A. *et alii* (1993). Shade selection and laboratory communication. *Quintessence International*, 24(5), pp. 305-309.

Murphy, M. T., Polansky, B. F. (2004). The finish line: quality output requires quality input. *Dentistry Today*, 23(12), p. 10.

Napier, B. (2008). The evolving relationship between dentist and dental laboratories. *Dentistry today*, 27(5), pp. 14, 16.

Öwall, B., Käyser, A. F., Carlsson, G. E. (1996). *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*. Barcelona, Mosby-Wolfe.

Pompeu, J. G. F., Prado, V. L. G. (2004). Técnica fácil e rápida de enceramento de diagnóstico utilizada no atendimento odontológico público na Universidade Federal do Piauí-UFPI. *International Journal of Dentistry*, 3 (1), pp. 308-311.

Prats, L. M. (2008). Future Challenges for the Doctor-Technician Team. *Dentistry Today*, 27(9), p. 134-5.

Radhi, A., Lynch, C. D., e Hannigan, A. (2007). Quality of written communication and master impressions for fabrication of removable partial prostheses in the Kingdom of Bahrain. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34, pp. 153-157.

Reeson, M. G. e Jepson, N. J. A. (2005). “Bringing the gap.” Should the training of dental technicians be linked with that of the dental undergraduate? *British Dental Journal*. 198(10), pp. 642-645.

Reshad, M., Cascione D., Magne, P. (2008). Diagnostic mock-ups as an objective tool for predictable outcomes with porcelain laminate veneers in esthetically demanding patients. A clinical report. *The Journal of Prosthetics Dentistry*, 99(5), pp. 333-339.

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Legis Editora.

Rudd, R. W. e Rudd, K. D. (2001). A review of 243 errors possible during the fabrication of a removable partial denture: Part I. *The Journal of Prosthetics Dentistry*, 86(3), pp. 251-261.

Silva, R. H. A., Sales-Peres, A. (2007). Odontologia: Um breve histórico. *Odontologia Clínica-Científica*, 6 (1), pp. 7-11.

Silveira, G. J. D. et alii (2008). Prótese parcial removível destacável com sistema MK1 – descrição técnica laboratorial. *Odontologia Clínica-Científica*, 7 (4), pp. 337-340.

Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.scts.pt/>. [Consultado em 27/03/2009].

Ward, D. H. (2007). The vision of digital dental photography. *Dentistry today*, 26(5), pp. 100, 102, 104-105.

Zavanelli, R. A., Guilherme, A. S., Zavanelli, A. C. (2004). Importância dos planos-guia na área da prótese parcial removível. *Revista odontológica de Araçatuba*, 25 (2), pp. 14-17.