

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta
dissertação será disponibilizado
somente a partir de 10/03/2028



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba - Faculdade de Odontologia



ANDRÉ LUIS VENÂNCIO SAMPAIO

**Prevalência, perfil clínico - epidemiológico e sistêmico de usuários
de prótese parcial removível atendidos na Faculdade de
Odontologia de Araçatuba – UNESP: um estudo observacional
retrospectivo**

**Araçatuba – SP
2026**

ANDRÉ LUIS VENÂNCIO SAMPAIO

**Prevalência, perfil clínico - epidemiológico e sistêmico de usuários
de prótese parcial removível atendidos na Faculdade de
Odontologia de Araçatuba – UNESP: um estudo observacional
retrospectivo**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araçatuba, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Tit. Eduardo Piza Pellizzer

Coorientadora: Prof.^a Tit. Roberta Okamoto

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Jéssica Marcela de Luna Gomes

**Araçatuba – SP
2026**

Catálogo na Publicação (CIP)

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

S192p Sampaio, André Luis Venâncio.
Prevalência, perfil clínico - epidemiológico e sistêmico de usuários de prótese parcial removível atendidos na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP : um estudo observacional retrospectivo / André Luis Venâncio Sampaio. - Araçatuba, 2026
85 f. : il. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba
Orientador: Prof. Eduardo Piza Pellizzer
Coorientadora: Profa. Roberta Okamoto
Coorientadora: Profa. Jéssica Marcela de Luna Gomes

1. Prótese parcial removível 2. Planejamento 3. Arcada parcialmente edêntula 4. Perda de dente 5. Epidemiologia clínica I. T.

Black D3
CDD 617.6

Claudio Hideo Matsumoto CRB-8/5550

**“Dedico este trabalho à minha mãe, Neusa Aparecida,
e ao meu pai, Luiz Antônio (*in memoriam*),
que, com amor, paciência, exemplo, trabalho e
dedicação, foram essenciais na construção de quem eu
sou. Esta realização não é nada senão o fruto do vosso
trabalho e dos valores que me ensinaram.”**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe, Neusa Aparecida, e à memória do meu pai, Luis Antônio (*in memoriam*), por tudo o que fizeram para que este dia chegasse. Esta conquista é, acima de tudo, de vocês. A realização deste sonho só foi possível graças à contribuição indispensável, ao amor e ao apoio incondicional que sempre me ofereceram. **Agradeço à minha amada irmã, Thaiana Beatriz, e à minha amada tia Rosicler,** que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando em todos os momentos, fossem eles bons ou ruins.

Agradeço ao meu orientador, **Prof. Tit. Eduardo Piza Pellizzer,** a quem admiro muito, pela oportunidade de estar aqui hoje, por todos os ensinamentos transmitidos ao longo desta trajetória e pela paciência e dedicação constantes. Agradeço, sobretudo, por ter acreditado na concretização deste trabalho, mesmo nos momentos em que eu próprio cheguei a duvidar. Seu apoio, confiança e orientação foram fundamentais não apenas para a realização desta dissertação, mas para toda a minha pós-graduação em si.

Agradeço à minha coorientadora, **Prof^a. Dr^a. Jéssica Marcela de Luna Gomes,** pela dedicação constante, disponibilidade e cuidado ao longo de todo este percurso. Seu apoio foi essencial não apenas no desenvolvimento científico deste trabalho, mas também nos momentos de dúvida e insegurança. A atenção, o incentivo e a confiança que sempre demonstrou tornaram essa caminhada mais leve e significativa. Sou profundamente grato por todo o aprendizado e pelo acolhimento ao longo desta trajetória.

Agradeço à minha coorientadora, **Prof^a. Tit. Roberta Okamoto** pela atenção, gentileza e constante solicitude. Sua postura humana, disponibilidade e generosidade ao longo desta trajetória foram marcantes para mim.

Agradeço ao meu namorado, Márcio Júnior, pelo carinho, apoio, compreensão e companheirismo ao longo desta etapa da minha vida, e **à minha sogra, Sra. Sônia,** pelo incentivo e pela motivação diária para a conclusão deste trabalho.

Agradeço às minhas grandes amigas **Mabily, Nicolle e Ana Júlia,** por todo o companheirismo, apoio, amor e cumplicidade desde os anos de graduação até o presente. Obrigado por tudo o que vivemos, superamos e construímos juntos.

Aos meus colegas de pós-graduação e iniciação científica, **Ana Carla, Henrique, Júnior, Maurício, Marco Túlio, Beatriz, Gabriel, João e Thawan,** pelo companheirismo,

pelas trocas de conhecimento e pelo apoio emocional, que tornaram os dias mais leves e agradáveis ao longo desta trajetória.

Agradeço também a todos os funcionários técnico-administrativos da **FOA–UNESP**, que trabalham arduamente todos os dias para tornar possível a realização das atividades acadêmicas. Vocês são essenciais.

Agradeço, ainda, a todos os pacientes e professores que cruzaram o meu caminho, permitindo que eu evoluísse como ser humano e como profissional, e proporcionando o aprendizado da filosofia e das técnicas da profissão que eu amo.

“Depois do medo, vem o mundo”

Clarice Lispector

RESUMO GERAL

SAMPAIO, A. L. V. **Prevalência, perfil clínico - epidemiológico e sistêmico de usuários de prótese parcial removível atendidos na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP: um estudo observacional retrospectivo.** 2026. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2026.

Este estudo teve como objetivo caracterizar, de forma abrangente e integrada, o perfil clínico, demográfico, protético e sistêmico dos pacientes reabilitados com prótese parcial removível (PPR) em uma clínica universitária, ao longo de um extenso período de atendimento. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, baseado na análise de prontuários clínicos de pacientes atendidos entre os anos de 2009 e 2025, submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local da FOA-UNESP (CAAE 95276825.5.0000.5420) e conduzido conforme as recomendações da diretriz STROBE. Foram incluídos 963 pacientes, totalizando 1.331 PPRs confeccionadas, a partir da coleta de dados referentes ao sexo, idade, arcada reabilitada, classificação de Kennedy, número de dentes ausentes, tipos de conectores maiores, sistemas de retenção, apoios, arcadas antagonistas, número de controles pós-instalação, realização de moldagem funcional, além da presença de doenças sistêmicas e ocorrência de comorbidades. Observou-se predominância do sexo feminino, evidenciando maior procura por tratamento reabilitador por parte das mulheres, bem como maior concentração de pacientes em faixas etárias mais avançadas, especialmente entre a quinta e a oitava décadas de vida. Esse perfil etário refletiu diretamente na complexidade das reabilitações realizadas. As PPRs mandibulares foram significativamente mais frequentes do que as maxilares, com elevada prevalência das Classes I e II de Kennedy, indicando maior ocorrência de extremidades livres, sobretudo na mandíbula, compatível com a sequência de perda dentária descrita na literatura. O planejamento protético demonstrou padrões consistentes e biomecanicamente coerentes, com predomínio de conectores maiores favoráveis, ampla utilização de grampos de ação de ponta em casos de extremidade livre, posicionamento criterioso de apoios, baixa frequência de conectores desfavoráveis e elevada adesão à moldagem funcional quando clinicamente indicada, principalmente na arcada mandibular. Observou-se ainda maior frequência de antagonistas protéticos em pacientes mais idosos, incluindo próteses totais, com ocorrência de situações compatíveis com a síndrome da prótese combinada. A média de dentes ausentes aumentou progressivamente com a idade, sendo maior nas classes protéticas mais extensas e complexas. Em relação ao perfil sistêmico, verificou-se aumento expressivo da prevalência de doenças sistêmicas e comorbidades com o avanço da idade. Mais da metade da amostra

apresentou pelo menos uma doença sistêmica, destacando-se hipertensão arterial e diabetes mellitus, frequentemente associadas à presença de múltiplas condições em pacientes idosos. Observou-se que indivíduos com maior perda dentária e configurações protéticas mais complexas concentraram maior prevalência de doenças sistêmicas, evidenciando a interação entre envelhecimento, comprometimento sistêmico, perda dentária progressiva e maior demanda reabilitadora. De forma integrada, os resultados demonstram que as reabilitações com PPR realizadas em um serviço universitário ocorrem predominantemente em um contexto marcado pelo envelhecimento populacional, pela perda dentária progressiva e pela elevada prevalência de doenças sistêmicas. As condutas clínicas e protéticas adotadas mostraram-se previsíveis, coerentes e alinhadas à complexidade dos casos atendidos, reforçando a relevância da PPR como modalidade reabilitadora e a importância de um planejamento criterioso, individualizado e biologicamente orientado.

Palavras-chave: prótese parcial removível; planejamento; arcada parcialmente edêntula; perda de dente; epidemiologia clínica.

GENERAL ABSTRACT

SAMPAIO, A. L. V. **Prevalence, Clinical-Epidemiological and Systemic Profile of Removable Partial Denture Users Treated at the Araçatuba School of Dentistry – UNESP: A Retrospective Observational Study.** 2026. Dissertação (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2026.

This study aimed to comprehensively and integratively characterize the clinical, demographic, prosthetic, and systemic profile of patients rehabilitated with removable partial dentures (RPDs) at a university dental clinic over an extended period of care. This retrospective observational study was based on the analysis of clinical records of patients treated between 2009 and 2025. The project was approved by the Research Ethics Committee involving Human Subjects of the institution (CAAE 95276825.5.0000.5420) and conducted according to the recommendations of the STROBE guideline. A total of 963 patients were included, corresponding to 1,331 fabricated RPDs, with data collected on sex, age, rehabilitated arch, Kennedy classification, number of missing teeth, types of major connectors, retention systems, rests, opposing arches, number of post-insertion follow-up visits, performance of functional impressions, as well as the presence of systemic diseases and comorbidities. A predominance of female patients was observed, indicating greater demand for rehabilitative treatment among women, as well as a higher concentration of patients in older age groups, particularly between the fifth and eighth decades of life. This age profile directly reflected the complexity of the rehabilitations performed. Mandibular RPDs were significantly more frequent than maxillary ones, with a high prevalence of Kennedy Classes I and II, indicating a greater occurrence of distal extension cases, especially in the mandible, consistent with the sequence of tooth loss described in the literature. Prosthetic planning demonstrated consistent and biomechanically coherent patterns, with a predominance of favorable major connectors, extensive use of stress-releasing clasp systems in distal extension cases, judicious positioning of rests, a low frequency of biomechanically unfavorable connectors, and high adherence to functional impression techniques when clinically indicated, particularly in the mandibular arch. A higher frequency of prosthetic antagonists was also observed in older patients, including complete dentures, with situations compatible with combined prosthesis syndrome. The mean number of missing teeth increased progressively with age and was higher in more extensive and complex prosthetic classes. Regarding the systemic profile, a marked increase in the prevalence of systemic diseases and comorbidities was observed with advancing age. More than half of the sample presented at least one systemic disease, with arterial

hypertension and diabetes mellitus being the most prevalent, frequently associated with the presence of multiple conditions in older patients. Individuals with greater tooth loss and more complex prosthetic configurations showed a higher prevalence of systemic diseases, highlighting the interaction between aging, systemic impairment, progressive tooth loss, and increased rehabilitative demand. Overall, the results demonstrate that RPD rehabilitations performed in a university setting predominantly occur in a context marked by population aging, progressive tooth loss, and a high prevalence of systemic diseases. The clinical and prosthetic approaches adopted proved to be predictable, coherent, and aligned with the complexity of the cases treated, reinforcing the relevance of RPDs as a rehabilitative modality and the importance of careful, individualized, and biologically oriented planning.

Keywords: removable partial denture; tooth loss; oral rehabilitation; epidemiology, aged.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

Figura 1 Fluxograma de inclusão da amostra	23
Figura 2 Distribuição das PPRs maxilares, segundo a classificação de Kennedy	26
Figura 3 Distribuição das PPRs mandibulares, segundo a classificação de Kennedy	27
Figura 4 Distribuição dos Apoios nas PPRs Maxilares com Extremidades Livres	35
Figura 5 Distribuição dos apoios nas PPRs mandibulares com extremidades livres	36
Figura 6 Média de controles segundo a classificação de Kennedy e suas modificações nas PPRs maxilares	41
Figura 7 Média de controles segundo a classificação de Kennedy e suas modificações nas PPRs mandibulares	42
Figura 8 Utilização da moldagem funcional de acordo com as arcadas parcialmente desdentadas	43
Figura 9 Média de dentes perdidos na arcada mandibular em cada classe de Kennedy com as modificações de Aplegate	44
Figura 10 Média de dentes perdidos na arcada maxilar em cada classe de Kennedy com as modificações de Aplegate	45

CAPÍTULO 2

Figura 1. Fluxograma de inclusão da amostra	64
Figura 2. Distribuição do número de pacientes por ano	65
Figura 3. Frequência das doenças sistêmicas	67
Figura 4. Média de dentes ausentes nas arcadas parcialmente desdentadas mandibulares	73
Figura 5. Média de dentes ausentes nas arcadas parcialmente desdentadas maxilares	74

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1

Tabela 1 Idade e Gênero (Média (MD) e Desvio Padrão (DP)	23
Tabela 2 Distribuição dos pacientes nos diferentes grupos etários	24
Tabela 3 Distribuição das PPRs, segundo as faixas etárias	25
Tabela 4 Distribuição dos conectores maiores utilizados nas PPRs maxilares	27
Tabela 5 Distribuição dos conectores maiores utilizados nas PPRs mandibulares	28
Tabela 6 Distribuição dos grampos de retenção segundo as arcadas reabilitadas	29
Tabela 7 Distribuição dos Grampos de Retenção nas PPRs Maxilares Segundo à Classificação de Kennedy	31
Tabela 8 Distribuição dos Grampos de Retenção nas PPRs Mandibulares Segundo à Classificação de Kennedy	33
Tabela 9 Situação da Arcada Antagonista	36
Tabela 10 Distribuição do tipo de antagonista das PPRs maxilares, segundo a classificação de Kennedy	37
Tabela 11 Distribuição do tipo de antagonista das PPRs mandibulares, segundo a classificação de Kennedy	38
Tabela 12 Distribuição do tipo de antagonista das reabilitações com PPRs maxilares, segundo o grupo etário	39
Tabela 13 Distribuição das arcadas antagonistas das reabilitações mandibulares segundo o grupo etário	40
Tabela 14 Média de perdas dentária na arcada maxilar segundo o grupo etário	46
Tabela 15 Média de perdas dentária na arcada mandibular segundo o grupo etário	47

CAPÍTULO 2

Tabela 1. Idade e Gênero (Média (MD) e Desvio Padrão (DP)	64
Tabela 2. Distribuição das PPRs, segundo o sexo e as arcadas parcialmente desdentadas	65
Tabela 3. Distribuição dos pacientes nos diferentes grupos etários	66
Tabela 4. Distribuição das doenças sistêmicas segundo o sexo	68
Tabela 5. Distribuição de doenças sistêmicas e comorbidade segundo a faixa etária	69
Tabela 6. Distribuição das doenças sistêmicas de maior frequência de acordo com os grupos etários	70
Tabela 7. Média de perdas dentária na arcada maxilar segundo o grupo etário	71
Tabela 8. Média de perdas dentária na arcada mandibular segundo o grupo etário	72

Tabela 9. Distribuição das doenças sistêmicas mais frequentes nas PPRs mandibulares, segundo a classificação de Kennedy 75

Tabela 10. Distribuição das doenças sistêmicas mais frequentes nas PPRs maxilares, segundo a classificação de Kennedy 76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i> 2019
DC	<i>District of Columbia</i>
DP	Desvio padrão
ERA	<i>Extra-coronal Resilient Attachment</i>
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MD	Média
MDL	<i>Modified Distal Lever</i>
n	Número absoluto de indivíduos/itens
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPR	Prótese Parcial Removível
PPRs	Próteses Parciais Removíveis
PT	Prótese Total
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USA	<i>United States of America</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	15
2 CAPÍTULO 1 - PREVALÊNCIA E PERFIL CLÍNICO DE USUÁRIOS DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ATENDIDOS NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA – UNESP: UM ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO	18
2.1 Resumo	18
2.2 Abstract	20
2.3 Introdução	23
2.4 Material e Método	24
2.5 Resultados	26
2.6 Discussão	50
2.7 Conclusão	57
2.8 Referências	57
3 CAPÍTULO 2 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E SISTÊMICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: UM ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO	63
3.1 Resumo	63
3.2 Abstract	64
3.3 Introdução	66
3.4 Material e Método	67
3.5 Resultados	69
3.6 Discussão	83
3.7 Conclusão	87
3.8 Referências	87
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO GERAL

A perda dentária parcial constitui um problema de saúde altamente prevalente e relevante, especialmente em adultos e idosos, com impacto significativo sobre a função mastigatória, a estética, a qualidade de vida e a saúde geral dos indivíduos (1). Trata-se de um processo multifatorial, influenciado por fatores biológicos, comportamentais, socioeconômicos e sistêmicos, incluindo a presença de doenças crônicas, hábitos de higiene oral, acesso aos serviços odontológicos e condições ambientais (1-2). Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, observa-se uma maior prevalência de arcos parcialmente edêntulos, frequentemente associados a maior complexidade clínica e necessidade de planejamento reabilitador individualizado (3-4).

O envelhecimento está diretamente relacionado à progressiva perda dentária, resultado do acúmulo de fatores de risco ao longo da vida, como cárie dentária, doença periodontal e fraturas, além de alterações sistêmicas que podem comprometer a capacidade de adaptação aos tratamentos protéticos (4). Pacientes idosos frequentemente apresentam comprometimento periodontal, alterações fisiológicas e redução da densidade óssea, condições que influenciam o planejamento, a execução e o prognóstico das reabilitações parciais removíveis (4-5). Nesse contexto, o acompanhamento clínico sistemático torna-se essencial para garantir estabilidade funcional, preservação dos dentes remanescentes e manutenção da saúde dos tecidos de suporte (6).

Entre as modalidades reabilitadoras disponíveis, a prótese parcial removível (PPR) permanece uma alternativa amplamente utilizada e relevante, sobretudo em situações nas quais abordagens implantossuportadas não são indicadas por limitações anatômicas, clínicas ou econômicas (7). Embora os implantes dentários tenham ampliado as possibilidades terapêuticas com elevados índices de previsibilidade funcional e estética, a PPR continua sendo uma solução funcional, versátil e economicamente acessível, especialmente para populações com maior complexidade clínica, perdas extensas e extremidades livres (6-7). Dessa forma, a PPR mantém papel central em serviços universitários, hospitais e clínicas públicas, onde fatores como idade avançada, condições socioeconômicas desfavoráveis e presença de comorbidades frequentemente restringem a adoção de tratamentos mais invasivos (8).

O planejamento de uma PPR exige a análise integrada de múltiplos fatores clínicos e protéticos (8). A distribuição e a extensão da perda dentária, as classificações de Kennedy, o

tipo de arcada reabilitada, a presença de dentes antagonistas, a escolha do conector maior, o tipo de grampos, o posicionamento dos apoios e a indicação de moldagem funcional são elementos fundamentais para assegurar biomecânica adequada, conforto ao paciente e preservação dos dentes remanescentes (8-9). Decisões inadequadas podem resultar em sobrecarga dos pilares, instabilidade protética, desconforto funcional, comprometimento periodontal e falhas precoces, reforçando a importância de um planejamento criterioso e individualizado (8-10). Além disso, condições como número reduzido de dentes remanescentes, comprometimento periodontal e presença de espaços intercalados podem limitar as opções de desenho protético e influenciar diretamente a escolha dos componentes da PPR (11).

Estudos retrospectivos realizados em serviços universitários demonstram padrões protéticos consistentes, incluindo a predominância de conectores biomecanicamente favoráveis, o uso criterioso de grampos em extremidades livres, a baixa frequência de sistemas de retenção por attachments e a ampla utilização da moldagem funcional quando indicada, especialmente na arcada mandibular (8). A análise das arcadas antagonistas também revela tendências clínicas relevantes, como a presença de próteses totais antagonizando PPRs mandibulares em pacientes idosos, situação compatível com a síndrome de Kelly (8,12). Esses achados evidenciam que a complexidade do planejamento protético está diretamente relacionada à extensão da perda dentária e à idade dos pacientes, reforçando a necessidade de decisões clínicas fundamentadas em princípios biomecânicos e funcionais (8).

Paralelamente, a presença de doenças sistêmicas e comorbidades exerce influência significativa no planejamento reabilitador. Pacientes idosos apresentam maior prevalência de condições crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, frequentemente coexistindo de forma associada (13-14). Essas condições podem interferir na saúde periodontal, na cicatrização tecidual, na resposta aos dispositivos protéticos e na capacidade de adaptação do paciente às PPRs (15). Além disso, indivíduos com múltiplas comorbidades tendem a apresentar maior perda dentária e maior complexidade das arcadas parcialmente edêntulas, aumentando a necessidade de suporte mucoso e retenção protética, o que demanda planejamento detalhado e acompanhamento clínico contínuo (4-6). A análise integrada dos perfis clínico, protético e sistêmico permite compreender como fatores biológicos, funcionais e sociais interagem na determinação da demanda reabilitadora e dos desfechos das PPRs (16).

Nesse contexto, estudos observacionais retrospectivos baseados em serviços universitários apresentam a vantagem de possibilitar a análise de grandes amostras ao longo do tempo, refletindo de forma fidedigna a realidade do atendimento odontológico (8). Esses estudos permitem identificar padrões de reabilitação, tendências de planejamento e estratégias clínicas adotadas frente a populações complexas, além de caracterizar o perfil epidemiológico, protético e sistêmico dos pacientes atendidos. Além de fornecer subsídios para a identificação de lacunas no atendimento e oportunidades de aprimoramento no ensino e na prática clínica, contribuindo para a formação de profissionais capacitados a planejar reabilitações individualizadas, seguras e funcionais (8,17).

Diante desse cenário, a compreensão integrada dos aspectos clínicos, protéticos e sistêmicos torna-se fundamental para orientar decisões terapêuticas adequadas e personalizadas. A caracterização do perfil dos pacientes reabilitados com PPR, associada à análise da perda dentária e das condições sistêmicas, fornece informações relevantes sobre a relação entre envelhecimento, doenças crônicas e complexidade reabilitadora (8,18). Esses dados são essenciais para subsidiar a prática clínica baseada em evidências, aprimorar os resultados funcionais e estéticos das PPRs, reduzir complicações e garantir a preservação dos dentes pilares e dos tecidos de suporte (8).

3.7 Conclusão

Conclui-se que a presença de doenças sistêmicas está associada a uma maior perda dentária e, consequentemente, a uma maior frequência de reabilitações com prótese parcial removível das Classes I e II de Kennedy.

3.8 Referências

1. Tian YE, Cropley V, Maier AB, Lautenschlager NT, Breakspear M, Zalesky A. Heterogeneous aging across multiple organ systems and prediction of chronic disease and mortality. *Nat Med.* 2023;29(5):1221-1231. doi: 10.1038/s41591-023-02296-6.
2. Ansah JP, Chiu CT. Projecting the chronic disease burden among the adult population in the United States using a multi-state population model. *Front Public Health.* 2023;10:1082183. doi: 10.3389/fpubh.2022.1082183.
3. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet.* 2024;403(10440):2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
4. Komiyama T, Gallagher JE, Hattori Y. Relationship between tooth loss and progression of frailty: findings from the english longitudinal study of aging. *Arch Gerontol Geriatr.* 2024;127:105572. doi: 10.1016/j.archger.2024.105572.
5. Colombo AP, Wu B. Aging and Oral Health: Biological and Sociobehavioral Perspectives. *J Dent Res.* 2023;102(8):841-843. doi: 10.1177/00220345231181885.
6. Choong EKM, Shu X, Leung KCM, Lo ECM. Oral health-related quality of life (OHRQoL) after rehabilitation with removable partial dentures (RPDs): a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2022;127:104351. doi: 10.1016/j.jdent.2022.104351.
7. Dawid MT, Moldovan O, Rudolph H, Kuhn K, Luthardt RG. Technical complications of removable partial dentures in the moderately reduced dentition: a systematic review. *Dent J.* 2023;11(2):55. doi: 10.3390/dj11020055.

8. Vujovic S, Desnica J, Stanisic D, Ognjanovic I, Milenkovic J, Stevanovic M, Milovanovic D. Systemic diseases with oral manifestations and their impact on health-related quality of life. EABR. 2022. In press. doi: 10.2478/sjecr-2021-0074.
9. Stavreva N. Most common systemic disorders: implications and considerations for prosthodontic treatment. *Knowledge Int J*. 2021;47(4):543-548.
10. Abbott KV, Barton FB, Terhorst L, Shembel A. Retrospective studies: a fresh look. *Am J Speech Lang Pathol*. 2016;25(2):157-163. doi: 10.1044/2016_AJSLP-16-0025.
11. Pellizzer EP, Almeida DA, Falcón-Antenucci RM, Sánchez DM, Zuim PR, Verri FR. Prevalence of removable partial dentures users treated at the Aracatuba Dental School-UNESP. *Gerodontology*. 2012;29(2):140-144. doi: 10.1111/j.1741-2358.2012.00653.x.
12. Ghaferi AA, Schwartz TA, Pawlik TM. STROBE reporting guidelines for observational studies. *JAMA Surg*. 2021;156(6):577-578. doi: 10.1001/jamasurg.2021.0528.
13. Kumar MD. A study on importance of microsoft excel data analysis statistical tools in research works. *J Manag Educ Res Innov*. 2023;1(3):25-33. doi: 10.5281/zenodo.10449150.
14. Kirkby K, Antiporta DA, Schlotheuber A, Hosseinpour AR. Making health inequality analysis accessible: WHO tools and resources using Microsoft Excel. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):205. doi: 10.1186/s12939-024-02229-w.
15. Frith J, Day CP, Henderson E, Burt AD, Newton JL. Non-alcoholic fatty liver disease in older people. *Gerontology*. 2009;55(6):607-13. doi: 10.1159/000235677. 3.
16. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2024.
17. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
18. Xu KH, Li L, Jia SL, Li Q, Hao JX, Ma S, He ZK, Wan QQ, Cai YF, Li ZT, Tay F, Niu LN. Association of tooth loss and diet quality with acceleration of aging: evidence from NHANES. *Am J Med*. 2023;136(8):773-779.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2023.04.008.
19. Batista AL, Silva TD, Rodrigues TLS, Andrade WRB, Silva WWM, Sousa YAB, Catão MHCV. Risk factors associated with tooth loss in the elderly: an integrative review. *Res Soc Dev*. 2021;10(11):e393101119799. doi: 10.33448/rsd-v10i11.19799.

20. Cooray U, Watt RG, Tsakos G, Heilmann A, Hariyama M, Yamamoto T, Kuruppuarachchige I, Kondo K, Osaka K, Aida J. Importance of socioeconomic factors in predicting tooth loss among older adults in Japan: Evidence from a machine learning analysis. *Soc Sci Med.* 2021;291:114486. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114486.
21. Chatzopoulos GS, Jiang Z, Marka N, Wolff LF. Periodontal disease, tooth loss, and systemic conditions: an exploratory study. *Int Dent J.* 2024;74(2):207-215. doi: 10.1016/j.identj.2023.08.002.
22. Bai R, Liu Y, Zhang L, Dong W, Bai Z, Zhou M. Projections of future life expectancy in China up to 2035: a modelling study. *Lancet Public Health.* 2023;8(12):e915-e922. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00338-3.
23. Su S, Lipsky MS, Licari FW, Hung M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *J Dent.* 2022;122:104157. doi: 10.1016/j.jdent.2022.104157.
24. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract.* 2016;17:38. doi: 10.1186/s12875-016-0440-0.
25. Gupta N, Kanwar N, Arora A, Khatri K, Kanwal A. The interplay of rheumatoid arthritis and osteoporosis: exploring the pathogenesis and pharmacological approaches. *Clin Rheumatol.* 2024;43(5):1421-1433. doi: 10.1007/s10067-024-06932-5.
26. Raine C, Giles I. What is the impact of sex hormones on the pathogenesis of rheumatoid arthritis? *Front Med.* 2022;9:909879. doi: 10.3389/fmed.2022.909879.
27. Faitna P, Hargreaves DS, Neale FK, Kenny SE, Viner RM, Aylin PP, Bottle A, Ashley P. The impact of the COVID-19 pandemic on 397 631 elective dental admissions among the under-25s in England: a retrospective study. *J Public Health.* 2024;46(3):e380-e388. doi: 10.1093/pubmed/fdae058.
28. Santos MBF, Pires ALC, Saporiti JM, Kinalski MA, Marchini L. Impact of COVID-19 pandemic on oral health procedures provided by the Brazilian public health system: COVID-19 and oral health in Brazil. *Health Policy Technol.* 2021;10(1):135-142. doi: 10.1016/j.hlpt.2021.02.001.
29. Paula AA, Chequer P, Pires DRF, Lemos KRV, Barone LG, Veloso VG, Pacheco AG. Assessing the underreporting of deaths among people living with HIV in Rio de Janeiro,

Brazil, from 2014 to 2019. *Cad Saude Publica*. 2022;38(1):e00081821. doi: 10.1590/0102-311X00081821.

30. Anjos TAF, Monteiro AM, Sardinha DM, Figueira LRT, Silva MJA, Marinho RL, Kimura MAON, Soares TN, Lima LNGC. HIV incidence trends in Brazil and neighboring countries: an ecological and analytical study on public health. *Front Public Health*. 2025;13:1625475. doi: 10.3389/fpubh.2025.1625475.

31. Valerio TS, Emmerick ICM, Sobreira-da-Silva MJ. Factors associated with late-stage diagnosis and overall survival for lung cancer: An analysis of patients treated in a Brazilian hospital and a US-hospital from 2009 to 2019. *Cancer Epidemiol*. 2023;86:102443. doi: 10.1016/j.canep.2023.102443.

32. Oliveira DCDRR, Paz WS, Bezerra-Santos M, Santos PL, Tavares DDS. Temporal trend and spatial analysis of oral cancer cases in Brazil: correlation between socioeconomic factors and delay in diagnosis and treatment. *Trop Med Int Health*. 2025;30(9):908-920. doi: 10.1111/tmi.14141.

33. Bhochhibhoya A, Guragain M, Gupta SP, Dahal S, Goel K. The association of age, gender, and reason of tooth loss with patterns of partial edentulism among patients reporting to a dental teaching hospital. *Int J Prosthodont Restorative Dent*. 2023;13(1):17-21.

34. Jiang L, Li J, Yang Z, Huang X, Zhong X, Huang Y, Liu B, Wu L, Huang S, Fan W. Analysis of epidemiological trends of and associated factors for tooth loss among 35- to 44-year-old adults in Guangdong, Southern China, 1995-2015: a population-based cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):74. doi: 10.1186/s12903-023-02776-8.

35. Naumov VN, Makedonova YA, Mikhilchenko DV, Kolesova TV, Afanaseva OY, Maslak EE, Salyamov HY. Efficiency of the algorithm of examination, treatment and rehabilitation of dental patients with comorbid pathology. *J Int Dent Med Res*. 2021;14(1):1-4.

ANEXOS

ANEXO A - Referências da Introdução Geral

1. Komiyama T, Gallagher JE, Hattori Y. Relationship between tooth loss and progression of frailty: findings from the english longitudinal study of aging. *Arch Gerontol Geriatr*. 2024;127:105572. doi: 10.1016/j.archger.2024.105572.
2. Colombo AP, Wu B. Aging and Oral Health: Biological and Sociobehavioral Perspectives. *J Dent Res*. 2023;102(8):841-843. doi: 10.1177/00220345231181885.
3. Xu KH, Li L, Jia SL, Li Q, Hao JX, Ma S, He ZK, Wan QQ, Cai YF, Li ZT, Tay F, Niu LN. Association of tooth loss and diet quality with acceleration of aging: evidence from NHANES. *Am J Med*. 2023;136(8):773-779.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2023.04.008.
4. Tiwari T, Scarbro S, Bryant LL, Puma J. Factors associated with tooth loss in older adults in rural Colorado. *J Community Health*. 2016;41(3):476-81. doi: 10.1007/s10900-015-0117-y.
5. Huang Q, Dong X. Prevalence of periodontal disease in middle-aged and elderly patients and its influencing factors. *Am J Transl Res*. 2022;14(8):5677-5684.
6. Choong EKM, Shu X, Leung KCM, Lo ECM. Oral health-related quality of life (OHRQoL) after rehabilitation with removable partial dentures (RPDs): a systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2022;127:104351. doi: 10.1016/j.jdent.2022.104351.
7. Dawid MT, Moldovan O, Rudolph H, Kuhn K, Luthardt RG. Technical complications of removable partial dentures in the moderately reduced dentition: a systematic review. *Dent J*. 2023;11(2):55. doi: 10.3390/dj11020055.
8. Pellizzer EP, Almeida DA, Falcón-Antenucci RM, Sánchez DM, Zuim PR, Verri FR. Prevalence of removable partial dentures users treated at the Aracatuba Dental School-UNESP. *Gerodontology*. 2012;29(2):140-144. doi: 10.1111/j.1741-2358.2012.00653.x.
9. De Kok IJ, Cooper LF, Guckes AD, McGraw K, Wright RF, Barrero CJ, Bak SY, Stoner LO. Factors influencing removable partial denture patient-reported outcomes of quality of life and satisfaction: a systematic review. *J Prosthodont*. 2017;26(1):5-18. doi: 10.1111/jopr.12526.
10. Moreno A, Haddad MF, Goiato MC, Rocha EP, Assunção WG, Gennari Filho H, Santos EG, Soneto MV, Santos DM. Epidemiological data and survival rate of removable partial dentures. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(5):ZC84-7. doi: 10.7860/JCDR/2016/16638.7816.

11. Gotfredsen K, Rimborg S, Stavropoulos A. Efficacy and risks of removable partial prosthesis in periodontitis patients: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2022;49 Suppl 24:167-181. doi: 10.1111/jcpe.13519.
12. Madan N, Datta K. Combination syndrome. *Journal of Indian Prosthodontic Society*, 2006;6(1):10-13. doi: 10.4103/0972-4052.25875.
13. Tian YE, Cropley V, Maier AB, Lautenschlager NT, Breakspear M, Zalesky A. Heterogeneous aging across multiple organ systems and prediction of chronic disease and mortality. *Nat Med*. 2023;29(5):1221-1231. doi: 10.1038/s41591-023-02296-6.
14. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
15. Vujovic S, Desnica J, Stanisic D, Ognjanovic I, Milenkovic J, Stevanovic M, Milovanovic D. Systemic diseases with oral manifestations and their impact on health-related quality of life. *EABR*. 2022. In press. doi: 10.2478/sjocr-2021-0074.
16. Stavreva N. Most common systemic disorders: implications and considerations for prosthodontic treatment. *Knowledge Int J*. 2021;47(4):543-548.
17. Jiang L, Li J, Yang Z, Huang X, Zhong X, Huang Y, Liu B, Wu L, Huang S, Fan W. Analysis of epidemiological trends of and associated factors for tooth loss among 35- to 44-year-old adults in Guangdong, Southern China, 1995-2015: a population-based cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):74. doi: 10.1186/s12903-023-02776-8.
18. Abbott KV, Barton FB, Terhorst L, Shembel A. Retrospective studies: a fresh look. *Am J Speech Lang Pathol*. 2016;25(2):157-163. doi: 10.1044/2016_AJSLP-16-0025.