

**Pedro Manuel Castro Gonçalves**

**Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a  
Saúde Oral, dos Indivíduos Portadores de Próteses  
Dentárias Removíveis Totais e Parciais.**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto 2008**



**Pedro Manuel Castro Gonçalves**

**Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a  
Saúde Oral, dos Indivíduos Portadores de Próteses  
Dentárias Removíveis Totais e Parciais.**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto 2008**

**Pedro Manuel Castro Gonçalves**

**Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a  
Saúde Oral, dos Indivíduos Portadores de Próteses  
Dentárias Removíveis Totais e Parciais**

Ass: \_\_\_\_\_

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

## **Índice geral**

<b>Índice de figuras e gráficos.....</b>	<b>i</b>
<b>Índice de tabelas.....</b>	<b>ii</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Desenvolvimento</b>	
<b>I- Qualidade de vida.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Qualidade de Vida relacionada com a Doença.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Qualidade de Vida na Reabilitação Protética.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Importância da Avaliação da Qualidade de Vida.....</b>	<b>12</b>
<b>II – Aspectos Psicológicos.....</b>	<b>14</b>
<b>1. Tipo Psicológico.....</b>	<b>14</b>
<b>2. Expectativas.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Satisfação.....</b>	<b>17</b>
<b>III – Limitações do uso de prótese Removível.....</b>	<b>18</b>
<b>1. Mastigação/Nutrição.....</b>	<b>18</b>
<b>2. Fonação.....</b>	<b>19</b>
<b>3. Higienização.....</b>	<b>20</b>
<b>IV – Relação Médico Dentista – Paciente.....</b>	<b>22</b>
<b>1. Estratégia para a Motivação.....</b>	<b>23</b>

## **Trabalho de Investigação**

<b>I. Objectivos de Estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>1 Objectivo Geral.....</b>	<b>24</b>
<b>2. Objectivos Específicos.....</b>	<b>24</b>
<b>II. Materiais e Métodos.....</b>	<b>25</b>
<b>1.Tipo de Estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>2.População/Amostra.....</b>	<b>25</b>
<b>3. Critérios de inclusão e Exclusão.....</b>	<b>26</b>
<b>4 Questão de Investigação.....</b>	<b>26</b>
<b>5. Variáveis em Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>6 Hipóteses.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Instrumento de Colheita de Dados.....</b>	<b>29</b>

## **Resultados**

<b>I. Análise estatística dos dados.....</b>	<b>32</b>
<b>II. Análise descritiva da amostra.....</b>	<b>33</b>
<b>1. Caracterização sócio-demográfica da amostra.....</b>	<b>33</b>
<b>i. Distribuição por idade e género.....</b>	<b>33</b>
<b>ii. Distribuição por estado civil.....</b>	<b>34</b>
<b>iii. Distribuição por profissão.....</b>	<b>35</b>
<b>iv. Distribuição por nível educacional.....</b>	<b>36</b>
<b>2. Caracterização da amostra relacionada com a reabilitação protética....</b>	<b>36</b>
<b>i. Grau de satisfação com a prótese removível.....</b>	<b>36</b>
<b>ii. Relação do tipo de reabilitação removível com a classificação de Kennedy.....</b>	<b>38</b>
<b>iii. Tempo de utilização das próteses removíveis.....</b>	<b>39</b>

<b>III. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral.....</b>	<b>39</b>
1. Índice GOHAI.....	39
2. Índice GOHAI e dimensões – valores gerais.....	40
<b>IV. Relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e as características sócio-demográficas.....</b>	<b>41</b>
1. Idade.....	41
2. Género.....	41
3. Estado civil.....	42
4. Situação profissional.....	42
5. Nível educacional.....	43
<b>V. Relação entre as características sócio-demográficas e as 3 dimensões do GOHAI.....</b>	<b>44</b>
<b>VI. Relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a satisfação com próteses removíveis.....</b>	<b>45</b>
1. Relação do grau de satisfação dos indivíduos com as suas próteses removíveis e as 3 dimensões do GOHAI.....	46
<b>VII. Relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a classificação de Kennedy.....</b>	<b>47</b>
1. Relação entre a classificação de Kennedy e as 3 dimensões do GOHAI.....	48
<b>VIII. Relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde oral e tipo de prótese removível.....</b>	<b>48</b>
1. Relação entre o tipo de prótese removível e as 3 dimensões do GOHAI.....	49
<b>IX. Relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde oral e o tempo de reabilitação.....</b>	<b>50</b>
1. Relação entre o tempo de reabilitação e as 3 dimensões do GOHAI.....	51

<b>Discussão.....</b>	<b>52</b>
<b>I. Relação entre a QVRSO e as características sócio-demográficas.....</b>	<b>52</b>
<b>1. Idade e Género.....</b>	<b>52</b>
<b>2. Estado civil.....</b>	<b>53</b>
<b>3. Situação profissional.....</b>	<b>54</b>
<b>4. Nível educacional.....</b>	<b>54</b>
<b>II. Relação entre a QVRSO e a satisfação com próteses removíveis.....</b>	<b>55</b>
<b>III. Relação entre a QVRSO e a classificação de Kennedy.....</b>	<b>55</b>
<b>IV. Relação entre a QVRSO e o tipo de prótese removível.....</b>	<b>56</b>
<b>V. Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação.....</b>	<b>57</b>
<b>VI. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral.....</b>	<b>58</b>
<b>1. Índice GOHAL.....</b>	<b>58</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>60</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>63</b>

**Anexo A - Questionário**

**Anexo B - Tabelas**

**Anexo C - Autorização para a aplicação do questionário**

**Anexo D – CD-ROM**

## **Índice de figuras e gráficos**

<b>Figura 1</b> – Pirâmide de Maslow.....	<b>5</b>
<b>Figura 2</b> – Distribuição por estado civil.....	<b>34</b>
<b>Figura 3</b> – Distribuição por nível educacional.....	<b>36</b>
<b>Gráfico 1</b> – Distribuição por profissão.....	<b>35</b>
<b>Gráfico 2</b> – Grau de satisfação com prótese removível superior.....	<b>37</b>
<b>Gráfico 3</b> – Grau de satisfação com prótese removível inferior.....	<b>37</b>
<b>Gráfico 4</b> – Índice GOHAI.....	<b>39</b>
<b>Gráfico 5</b> – Índice GOHAI e as 3 dimensões.....	<b>40</b>

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> – Distribuição por idade e género.....	<b>33</b>
<b>Tabela 2</b> – Distribuição por grau de actividade.....	<b>35</b>
<b>Tabela 3</b> - Tipo de reabilitação removível parcial com a classificassão de Kennedy – maxila.....	<b>38</b>
<b>Tabela 4</b> – Tipo de reabilitação removível parcial com a classificassão de Kennedy – mandíbula.....	<b>38</b>
<b>Tabela 5</b> – Relação entre a QVRSO e a idade.....	<b>41</b>
<b>Tabela 6</b> – Relação entre a QVRSO e o género.....	<b>41</b>
<b>Tabela 7</b> – Relação entre a QVRSO e o estado civil.....	<b>42</b>
<b>Tabela 8</b> – Relação entre a QVRSO e a situação profissional.....	<b>42</b>
<b>Tabela 9</b> – Relação entre a QVRSO e o nível educacional.....	<b>43</b>
<b>Tabela 10</b> – Relação entre as características sócio-demográficas e as 3 dimensões do GOHAI.....	<b>44</b>
<b>Tabela 11</b> – Grau de satisfação – maxila.....	<b>45</b>
<b>Tabela 12</b> – Grau de satisfação – mandíbula.....	<b>45</b>
<b>Tabela 13</b> – Grau de satisfação e as 3 dimensões do GOHAI.....	<b>46</b>
<b>Tabela 14</b> – Relação entre a QVRSO e o tipo de reabilitação – Classificação de Kennedy – maxila.....	<b>47</b>
<b>Tabela 15</b> - Relação entre a QVRSO e o tipo de reabilitação – Classificação de Kennedy – mandíbula.....	<b>47</b>
<b>Tabela 16</b> - Relação entre a classificação de Kennedy e as 3 dimensões do GOHAI	<b>48</b>
<b>Tabela 17</b> - Relação entre a QVRSO e o tipo de prótese removível – maxila.....	<b>48</b>
<b>Tabela 18</b> – Relação entre a QVRSO e o tipo de prótese removível – mandíbula....	<b>49</b>
<b>Tabela 19</b> – Relação entre o tipo de prótese removível e as 3 dimensões do GOHAI.....	<b>49</b>
<b>Tabela 20</b> – Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação – maxila.....	<b>50</b>
<b>Tabela 21</b> - Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação – mandíbula.....	<b>50</b>
<b>Tabela 22</b> – Relação entre o tempo de reabilitação e as 3 dimensões do GOHAI....	<b>51</b>

## Sumário

O presente trabalho aborda o tema Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) de Indivíduos Portadores de Próteses Dentárias Removíveis (PDR's). O objectivo geral deste trabalho, foi a avaliação da QVRSO destes indivíduos que frequentam as consultas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa. Tem como objectivos fundamentais, avaliar a importância das características sócio-demográficas ( idade, género, estado civil, nível educacional e profissão), características relacionadas com a reabilitação protética (tipo e localização da reabilitação, tipo de desdentação e tempo de utilização) e o grau de satisfação com as próteses, em relação á QVRSO. Finalmente, é pretendido avaliar a QVRSO global, com base no *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI), dos indivíduos estudados e contribuir para a melhoria da QVRSO dos indivíduos reabilitados.

O quadro teórico inclui conteúdos referentes à problemática da qualidade de vida, no tipo de reabilitação em questão, aspectos psicossociais da reabilitação com prótese dentária removível (PDR), limitações inerentes ao uso de PDR, e aspectos relacionados com a motivação do indivíduo para a sua reabilitação.

O tipo de estudo desenvolvido foi o descritivo-exploratório e a metodologia utilizada foi a quantitativa. A QVRSO foi avaliada através de uma modificação da versão brasileira do questionário GOHAI, sob a forma de entrevista, tendo sido aplicado a 50 indivíduos portadores de PDR's, que frequentam as consultas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa. Os resultados foram tratados no programa de estatística SPSS® (versão 12.0). Para avaliação das relações entre o índice GOHAI e as outras variáveis, foram utilizados testes não-paramétricos: testes de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias e testes de Kruskal-Wallis para variáveis com mais de duas categorias. Em todos os testes de hipóteses aplicados, o nível de significância utilizado foi de 5% [  $\alpha = 0,05$  ], isto é, o valor da probabilidade fixado como mínimo a partir do qual se adopta a hipótese nula.

Com base nos resultados obtidos, a QVRSO foi considerada baixa para grande parte dos indivíduos (40%), moderada para 36% dos indivíduos, e alta para apenas 24%. De uma forma geral a média do índice GOHAI foi baixa (me = 29,7). Das 3 dimensões do GOHAI, as mais afectadas foram a dimensão física/funcional, que indica problemas relacionados com a mastigação, deglutição e fonação e a dimensão dor/desconforto que está relacionada com o desconforto durante a mastigação, a sensibilidade dentária e gengival e por fim a necessidade do uso de medicamentos para aliviar a dor ou desconforto relativamente à cavidade oral.

Das características sócio-demográficas estudadas, apenas o estado civil foi relacionado com a QVRSO ( $p = 0,001$ ). Concluiu-se que os indivíduos casados (me=32) e solteiros (me = 31) apresentam níveis mais altos de GOHAI, enquanto que os viúvos (me=26) e os divorciados (me = 19) apresentaram níveis mais baixos.

Constatou-se ainda que há relação entre a satisfação dos indivíduos com as suas PDR's superiores e a QVRSO ( $p= 0,001$ ), sendo que o grau de satisfação aumenta, com o aumento do índice de QVRSO.

Em relação ao tipo de PDR, concluiu-se que o índice GOHAI é mais elevado no tipo de prótese parcial removível esquelética, sendo esta relação estatisticamente significativa na reabilitação maxilar ( $p = 0,001$ ).

## **Abstract**

This work deals with Oral Health related Quality of Life (OHRQL) of individuals with removable dental prostheses (RDP's). The overall objective of this study was to evaluate the OHRQL of those individuals who attend the consultations of Dental Medicine at the University Fernando Pessoa. Has as main targets, evaluate the importance of social-demographic characteristics (age, gender, marital status, educational level, and profession) related to the prosthesis rehabilitation (type, location of rehabilitation and time of wear) and satisfaction with prosthesis, for OHRQL. Finally, is intended to evaluate the general OHRQL, based on the *General Oral Health Assesment Index* (GOHAI), of the studied individuals and contribute to improving the OHRQL of rehabilitated individuals.

The theoretical framework includes content relating to the issue of quality of life, in this kind of rehabilitation, psychosocial aspects of rehabilitation with RDP's, inherent limitations in the use of RDP's, and aspects related to the motivation of the individual for their rehabilitation.

The type of study developed was the descriptive-exploratory and the methodology used was the quantitative. The OHRQL was evaluated through a change of the brazilian version of GOHAI index, in the form of an interview, and was applied to 50 individuals rehabilitated with RDP's, who attend the consultations of Dental Medicine at the University Fernando Pessoa. The results were processed in the statistical programme SPSS® (version 12.0). For evaluation of the relations between the GOHAI index and other variables, non-parametric tests were used: Mann-Whitney test for variables with two categories and Kruskal-Wallis for variables with more than two categories. In all tests of hypothesis applied, the level of significance used was 5%, that is, the value of the probability set as a minimum from which it takes the null hypothesis.

Based on the results obtained, the OHRQL was considered low for most individuals (40%), moderate to 36% of individuals, and high for only 24%. Overall, the average of GOHAI index was low (me= 29,7). Of the 3 dimensions of GOHAI, the most affected

were the physical/functional dimension that indicates problems related to chewing, swallowing and speech and the pain/discomfort dimension, that is related to the discomfort during chewing, the tooth and gum sensitivity and finally, the necessity of drugs to relieve pain or discomfort over the oral cavity.

Of social-demographic characteristics studied, only marital status was related to OHRQL ( $p=0,001$ ). It was concluded that married individuals ( $n = 32$ ) and single ( $n = 31$ ) have higher levels of GOHAI, while the widows ( $n = 26$ ) and divorced ( $n = 19$ ) had lower levels.

It was also noted that there is relationship between individuals satisfaction with their top RPD's, and OHRQL ( $p= 0,001$ ), and that the degree of satisfaction increases with the increase of the OHRQL index.

In relation of the type of RDP's, it was concluded that the GOHAI index, is higher in the type of skeletal removable partial dentures, and this relationship is statistically significant in the top rehabilitation ( $p = 0,001$ ).

## **Introdução**

A grande preocupação, que impulsionou este trabalho, foi a dificuldade por parte de alguns indivíduos reabilitados com PDR's, em executar as funções orais básicas de uma forma satisfatória, uma vez que esta situação interfere negativamente no equilíbrio bio-psico-social e espiritual do homem.

Interessa saber até que ponto este equilíbrio é influenciado, e desta forma contribuir para um melhoramento deste tipo de reabilitação e da qualidade de vida (QV) dos indivíduos portadores de PDR parciais ou totais.

A abordagem deste tema deve-se ao forte interesse da minha parte pela área de prostodontia, reforçado pelo contacto com estes indivíduos, durante a prática clínica na Universidade Fernando Pessoa, que muito me marcou pela positiva.

Com a concretização deste trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Obter um maior conhecimento da problemática, na sua generalidade e especificidade, na população em questão;
- Identificar as áreas em que emerge a necessidade de ajuda e orientação;
- Proporcionar um espaço de reflexão sobre estes indivíduos e as suas vivências;
- Servir de impulso a futuros trabalhos de investigação sobre o tema;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Medicina Dentária prestados aos indivíduos portadores de PDR's parciais e totais.

O envelhecimento da população é tema obrigatório, quando se pretende explorar o campo da reabilitação protética, visto que se trata de um fenómeno de amplitude mundial, em consequência do aumento da esperança média de vida, resultando em modificações na distribuição etária da população dos países mais desenvolvidos, que tem actualmente maior proporção de pessoas idosas. Este facto contribuiu para um número cada vez maior de indivíduos desdentados, parciais ou totais.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativos ao ano 2000 (Jones et al. 2003), em Portugal, 70% da população a partir dos 65 anos era desdentada, percentagem esta que é muito superior à de países como a França e a Suécia, que apresentam ambas, apenas 15,5% de população desdentada, num igual grupo etário. Perante este panorama epidemiológico, torna-se necessário melhorar a saúde oral e consequentemente a qualidade de vida dos portugueses.

A realização do presente estudo de investigação faz parte integrante do plano curricular do 6º ano do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, e intitula-se: “Avaliação da qualidade de vida, relacionada com a saúde oral, dos indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis totais e parciais”.

A pesquisa bibliográfica para a fundamentação teórica deste trabalho, foi realizada na base de dados do site “Medline/PubMed”, e através da consulta de artigos científicos na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), referente a trabalhos publicados nos últimos 40 anos utilizando as seguintes palavras-chave: Qualidade de vida; Satisfação; Prótese dentária removível; GOHAI; Reabilitação protética.

O trabalho estrutura-se em duas partes fundamentais. A primeira que inclui conteúdos referentes à problemática da QV, da reabilitação protética em causa, e dos aspectos psicossociais dos indivíduos envolvidos. A segunda parte integra o trabalho de investigação, onde se abordam os procedimentos inerentes à realização do estudo, desde a elaboração da questão de investigação até ao tratamento dos dados obtidos, assim como a discussão e conclusões finais.

Espera-se, assim contribuir, mesmo que numa pequena parcela, para que seja dada a atenção necessária aos indivíduos em reabilitação protética, por parte dos profissionais de saúde e de todos os que o rodeiam, para que lhes sejam prestados cuidados, numa perspectiva holística, adequados e favoráveis à sua reabilitação.

## **Desenvolvimento**

### **I- Qualidade de vida**

Neste capítulo, para uma melhor compreensão e análise da problemática em questão, fazer-se-á uma breve abordagem aos aspectos relacionados com o conceito de QV, a reabilitação protética, a sua incidência, e com os aspectos psicossociais inerentes à problemática em estudo.

Habitualmente, os profissionais prestadores de cuidados de saúde são levados a questionar-se acerca da situação clínica dos doentes, prognóstico e inevitavelmente sobre a recuperação e QV no período da reabilitação.

Depois do indivíduo ultrapassar o período crítico inerente à reabilitação, é muito importante avaliar o estado de recuperação física e emocional, o grau de satisfação das suas necessidades, as limitações futuras ao nível do desempenho da sua vida quotidiana e todo um leque de comportamentos que envolvem o indivíduo como um ser holístico.

Assim, compreende-se que a sensação de bem-estar está intimamente relacionada com o grau de satisfação das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e, por esta razão, muitas vezes não existe concordância entre o médico e o paciente relativamente ao seu estado clínico. Esta incompatibilidade de opiniões existe porque, de facto, a sensação de bem-estar é algo de subjectivo, variável de indivíduo para indivíduo, porque os níveis de funcionamento de cada pessoa são diferentes: “Todos têm a sua própria ideia do que é a QV, e é nisso que reside o problema (...)”. (MACGUIRE, *cit.in* RIBEIRO 1994)

Pela sua subjectividade, complexidade e pluralidade de domínios ou componentes que nela interferem, torna-se, extremamente difícil avaliar a QV de cada indivíduo.

Assim, poder-se-á entender QV como uma sensação de bem-estar, de satisfação pessoal que compreende uma apreciação positiva, única e, por conseguinte, subjectiva, da satisfação adequada das necessidades humanas.

Estas necessidades, com base na teoria motivacional do comportamento humano, são classificadas por MASLOW (1963)<sup>1</sup> em primárias e secundárias. (Fig.1)



**Fig. 1** - Pirâmide de Maslow (MONTEIRO, 1998, p. 267)

---

<sup>1</sup> A concepção defendida pelo autor fundamenta-se numa concepção optimista da natureza humana. Daí que algumas críticas lhe sejam lançadas. Muitos autores puseram em causa a universalidade da pirâmide, segundo a qual todos os seres humanos hierarquizariam do mesmo modo as suas necessidades. A organização das motivações depende de factores individuais dos grupos em que a pessoa se integra, das situações em que vivem, das experiências anteriores. No entanto, não é esta limitação que coloca em causa a importância da teoria de Maslow na abordagem desta temática.

As **primárias**, ou fisiológicas, compreendem as necessidades básicas, indispensáveis à vida e à perpetuação da espécie; as necessidades **secundárias** (psicológicas e de auto-realização) estão relacionadas, sobretudo, com o processo da socialização e as funções intelectuais superiores. Se as NHB não forem satisfeitas é difícil ou impossível satisfazer as de nível mais elevado.

Esta hierarquia de necessidades foi posteriormente modificada pelo mesmo autor, que acrescentou, antes da necessidade de auto-realização, as necessidades cognitivas e as necessidades estéticas.

Assim, o **1º** nível compreenderia as necessidades fisiológicas (alimento, ar, água, temperatura corporal, eliminação, repouso, evitar a dor, desejo sexual); no **2º** nível estariam as necessidades de segurança (estabilidade, segurança, protecção e estabilidade familiar); no **3º** nível estariam as necessidades de afecto e pertença (amor, aceitação pessoal, pertença, proximidade, procura de afecto e aprovação); o **4º** nível incluiria as necessidades cognitivas (exploração, compreensão, conhecimento); ao **5º** nível corresponderia as necessidades estéticas (ordem, simetria, beleza); no **6º** nível a necessidade de auto-estima (desejo de realização, reconhecimento, prestígio, reputação e estatuto social) e finalmente no **7º** nível a necessidade de auto-realização. (Fig.1) O contexto cultural exerce uma grande influência quer na forma como cada indivíduo satisfaz as necessidades primárias quer na natureza das necessidades secundárias.

Em detrimento desta ideia, considera-se que a QV não poderá ser definida, unicamente, com base na satisfação ou não dessas necessidades, ou pelo grau de dependência do indivíduo na satisfação das mesmas, mas antes pela apreciação que cada pessoa faz da satisfação dessas necessidades. Assim, o que é importante não é o que alguém faz, mas antes como esse alguém se sente por ter feito. Uma vez que cada pessoa é fruto de uma herança biológica, psicológica e cultural, a QV difere, na opinião de JOYCE (*cit. in PEREIRA 1997*), qualitativa e quantitativamente de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa pode alterar-se ao longo do tempo.

A componente subjectiva é, portanto, a característica fundamental que emerge quando procuramos definir este conceito.

Por sua vez, RIBEIRO (1994) defende QV como a satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal de bem-estar. Numa acepção mais específica, FERREIRA (1995) define QV como a percepção, única e pessoal de vida, marcada por múltiplos factores inter-relacionados, como a situação socioeconómica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Já KAPLAN (1976), *cit. in* PEREIRA (1997) refere que o grau de satisfação com a vida reflecte uma sensação de bem-estar e essa sensação representa a QV. Trata-se portanto de um olhar que se tem sobre a vida, uma forma própria de satisfazer as necessidades do quotidiano.

### **1. Qualidade de Vida relacionada com Saúde**

A definição de saúde preconizada pela OMS é de carácter abrangente, uma vez que compreende o domínio físico, psicológico e social. “*A saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade*”. Ela aparece mais como um ideal para o qual é preciso tender do que como uma realidade para a maioria dos seres humanos.

(COUVREUR, 2001, p.41)

Os elementos que compõem a QV e as suas inter-relações foram examinados por autores fora da área da saúde, em estudos dirigidos à população saudável. Posteriormente, em parceria com o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde, o contexto de QV generalizou-se e popularizou-se em contextos médicos, intitulado-se “*QV relacionada com a Saúde*” ou dependente dela. (RIBEIRO, 1998)

No entanto, “*em 1987, Ware defendia que a QV é um conceito muito mais abrangente do que o da saúde sendo esta, a par de outros, um dos indicadores para medir aquela. Por outro lado, Fries e Spitz (1990), referem que em contextos clínicos, os temas QV e estado de saúde são utilizados geralmente de forma sobreposta e que a saúde pode ser considerada uma medida de QV num momento particular*”. (RIBEIRO, 1998)

É seguindo este entendimento que RIBEIRO (1998) defende uma relação diferente entre os conceitos, em que a QV é o objectivo, e a saúde o objecto de intervenção. Ou seja, intervindo sobre a saúde melhora-se a QV. A saúde é, assim entendida, como um recurso pessoal para a vida de todos os dias.

Voltando ao problema inicial: haverá relação entre QV e Saúde? De facto, poder-se-ia dizer que sim, pois quanto melhor for a saúde melhor é a QV, mas nem sempre isso acontece, pois há pessoas com doenças graves que estão felizes por viver e que têm uma boa QV, “[...]a doença está lá, sempre, mas tornou-se suportável pois a esperança, não de uma cura mas de um domínio das suas consequências, voltou” (COUVREUR, 2001), tal como existem pessoas que são saudáveis e não são tão felizes por viver, não tendo por este motivo uma boa QV.

O poder do pensamento positivo e optimista pode ajudar os doentes a suportar a dor ou a ultrapassar obstáculos difíceis da vida, alcançando a felicidade e alegria de viver. (COUVREUR, 2001)

Deste modo, o facto de uma pessoa ter a necessidade de usar uma PDR, não significa obrigatoriamente que isso vá afectar de forma negativa a sua vida.

Segundo a OMS (Cit in. COUVREUR, 2001) QV trata-se da “*percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua felicidade*”. Outros autores, preferem substituir a expressão QV por bem-estar subjectivo, expressão que se refere à forma como cada um se sente, a nível físico e psicológico e também às suas relações com o meio.

Sendo o indivíduo um ser único, com características próprias, específicas e adequadas à sua própria realidade torna-se perceptível a ideia de que também a significância de QV seja diferente. Assim, o que para um, QV é ter saúde, para outro, o factor estética, independentemente de ter ou não saúde pode ser fundamental para existir bem-estar.

## **2. Qualidade de Vida relacionada com Doença**

Quando confrontado com uma situação de crise ou de doença o percurso efectuado pelo sujeito altera-se significativamente o que irá influenciar a sua QV, porque esta poderá interferir no bem-estar e na satisfação das necessidades aos vários níveis da pirâmide de Maslow. A forma como cada doença perturba o funcionamento normal do indivíduo é específica e esta perturbação está, por sua vez, relacionada com a interacção resultante do indivíduo com a doença.

A relação doença/QV está condicionada pela história pessoal de cada indivíduo, pela forma como interage com este acontecimento, podendo provocar alteração no bem-estar prévio não só, pela natureza da doença (aguda, crónica, incurável), mas também pelo tipo de tratamento e incapacidades presentes e futuras. (PEREIRA, 1997, pp.29)

A interacção com a doença, considerando a doença como uma “crise vital”, assemelha-se à interacção que cada pessoa desenvolveria numa outra situação dolorosa ou de mudança súbita na sua vida, implicando todo um processo adaptativo para reencontrar o bem-estar e o equilíbrio perdido. (KAPLAN, 1980)

Este processo, conhecido como “*Teoria da Crise*”, é descrito por KAPLAN (1980, p. 52-68) e na sua perspectiva, numa situação normal, o indivíduo vive segundo um padrão que não sendo estático, tem em geral um certo equilíbrio e a consciência desse mesmo equilíbrio é mantido por mecanismos homeostáticos, isto é, de um nível médio de regularização, pelo que desvios temporários da linha média mobilizam forças que automaticamente repõem o seu estado anterior.

Assim esta fase, de forte impacto emocional, vai provocar mudanças a nível homeostático, como resultado da confrontação do indivíduo com uma situação que perturbe o seu funcionamento anterior, verificando-se uma alteração do equilíbrio prévio. Este equilíbrio obtém-se através de ajustes rápidos e simples em função das mudanças contínuas sofridas e está circunscrito por um limite superior e inferior. Para restabelecer o equilíbrio é necessário a utilização de certos mecanismos, sendo

normalmente utilizados os mecanismos já experimentados em situações anteriores. (KAPLAN, 1998).

A *equilíbrio* é um mecanismo auto-regulador através do qual uma nova aquisição se deve equilibrar com as anteriormente adquiridas. É através deste processo que um sujeito se adapta ao meio, ou às circunstâncias da sua vida.

“Se nem sempre temos a possibilidade de agir sobre o factor que quebra o nosso equilíbrio é necessário que encontremos um meio para nos adaptarmos a essa situação. Felizmente, por vezes temos a possibilidade de agir, de uma forma fundamental, sobre o factor que destrói a nossa QV”. (COUVREUR, 2001, p.49).

Poder-se-á concluir, com base na “Teoria da Crise” de KAPLAN e a reflexão de PEREIRA (1997), que na interacção com a doença poderão existir duas realidades distintas:

- Uma em que, apesar de tudo, a pessoa sente que a doença foi um acontecimento positivo, no final da qual viu alterada a sua filosofia de vida, traduzida em expressões como “*a vida tem hoje para mim outro significado*” e “*há males que vêm por bem*”. Estas expressões são tradutoras de sentimentos reveladores de ascensão na pirâmide de Maslow. Verifica-se que o novo equilíbrio é melhor do que o anterior, existe uma maior satisfação das necessidades e consequentemente boa QV.
- A outra realidade apresenta um desfecho da crise negativo. A pessoa sente que houve uma perda significativa, podendo esta ser “real” ou aparente, verbalizando sentimentos como “*nunca mais serei o mesmo*”, “*está tudo perdido*”, desenvolvendo barreiras mentais socialmente inaceitáveis e prejudiciais para o seu bem-estar, perpetuando a experiência vivida. Nesta situação, verifica-se que a experiência de doença originou novos focos de tensão e de conflito que perturbam o bem-estar da pessoa e condicionam negativamente a sua QV.

### **3. Qualidade de vida na reabilitação protética**

O desejo da maioria das pessoas, de viver cada vez mais, pode resultar numa vida marcada por incapacidades e dependência. O desafio é conseguir uma maior longevidade, com uma QV melhor. No entanto verifica-se um aumento progressivo da população idosa, devido principalmente ao aumento da esperança de vida, à diminuição das taxas de mortalidade infantil, à melhoria das condições de vida e aos grandes avanços da medicina nas últimas décadas. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a esperança média de vida à nascença em Portugal, em 2006, situou-se nos 78,17 anos, sendo de 75,2 anos para os homens e de 81,7 anos para as mulheres. A esperança média de vida aos 65 anos manteve a mesma tendência, fixando-se nos 17,89 anos sendo a média de 15,97 anos para os homens e de 19,37 anos para as mulheres. De acordo com as projecções do INE para 2046, a população jovem reduzir-se-á para 13 % e a população idosa aumentará para 31 %, fazendo com que se agrave o processo de envelhecimento no nosso país expresso na proporção de 238 idosos por cada 100 jovens. (Abril, 2008, <http://www.INE.pt/>).

O facto de iniciar uma reabilitação protética, vai causar por si só um grande impacto na vida do indivíduo, pois este será obrigado a alterar e ajustar o seu estilo de vida, com maior ou menor dificuldade, dependendo da sua capacidade de adaptação, e das características da sua reabilitação.

Reisine (1985), procurou comparar as consequências das desordens orais da sociedade com as de outras condições patológicas, tais como desordens gastrointestinais e genitourinárias. Concluiu então, que outras condições patológicas ocorrem com mais frequência que as dentárias, mas o indivíduo permanece menos tempo privado de exercer as suas funções normais. Problemas dentários agudos podem apresentar impacto similar a condições como neoplasias e acidentes vasculares cerebrais (sem levar em consideração a severidade da enfermidade).

Estes indivíduos vêm-se, então, frequentemente, confrontados com modificações profundas das suas vidas, tais como: ligação contínua aos serviços de Medicina Dentária; alguma incapacidade física e psicológica, e modificações de hábitos de vida,

factores estes, que dão um carácter de cronicidade inerente à reabilitação do indivíduo com PDR. Como em qualquer reabilitação, o confronto com esta significa um complexo desafio que o indivíduo experimenta de uma forma pessoal. Assim, a reabilitação dentária não está completa apenas com a colocação da PDR final. Só assegurando a manutenção das estruturas orais remanescentes, se pode satisfazer as exigências protéticas do paciente a longo prazo. (Jeganathan e Payne, 1993); (Couvreur, 1998)

A reabilitação protética, para além de produzir uma grande variedade de problemas biológicos, vai exigir ao indivíduo a capacidade de enfrentar emoções e sentimentos negativos. Esta é uma fase extremamente crítica, pois se estes indivíduos não tiverem a capacidade de adaptação necessária a estes fenómenos adversos, vão experimentar uma diminuição da QV. Torna-se assim, necessário desenvolver métodos para corresponder às suas necessidades e conseguir desta forma um estado de equilíbrio, para atingir uma QV adequada. (Couvreur, 2001)

Contudo, é de todo o interesse referir que o cenário que envolve o indivíduo reabilitado e a sua vida não é assim tão negro e pessimista. As pessoas são diferentes e, como tal, solucionam os problemas à sua maneira, uns reagem negativamente à mudança, ao passo que outros encaram este momento de vida com grande optimismo, superando todo o tipo de obstáculos, tentando viver normalmente. (Couvreur, 2001).

#### **4. Importância da avaliação da Qualidade de Vida**

O conceito de qualidade de vida, pela sua utilização frequente, tornou-se numa preocupação universal de tal modo que, hoje, tal como afirma RIBEIRO (1994), *“faz parte da linguagem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta”*. Sendo um tema de interesse para muitos, conserva no entanto a subjectividade de cada um lhe atribuir um sentido próprio ou um valor, que varia de contexto para contexto.

A avaliação da QV tem vindo a adquirir um papel fundamental nos estudos clínicos, através da análise da aptidão de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar. Ao considerar-se que é no próprio doente que reside parte desta apreciação, admite-se automaticamente a sua

subjectividade, que deverá incluir determinadas áreas constituintes do quotidiano. Com base nesta ideia é possível considerar a avaliação da QV como correspondente à cotação atribuída pelo indivíduo e da satisfação relativamente à vivência do seu dia-a-dia.

Com o intuito de tornar a avaliação da QV mais objectiva, surgiram, nos anos 70 os primeiros estudos que levaram à elaboração dos primeiros questionários. Nesses ensaios a QV seria considerada a variável dependente, devido ao seu carácter abrangente, pelo que se tornou necessário identificar variáveis independentes que se revelassem significativas. Com o passar do tempo, surgiu a necessidade de construir questionários mais rigorosos que avaliassem com maior exactidão a QV em determinadas patologias.

Concretamente, no campo da Medicina Dentária estruturaram-se, validaram-se e publicaram-se indicadores da QVRSO, que anteriormente eram conhecidos como indicadores sócio-dentários (Locker, 1998; Tubert-Jeannin *et al*, 2003; Skaret, Astrom e Haugejorden, 2004). Para VELASCO (1993) *cit. in* PEREIRA (1997), as escalas de QV deveriam abranger três grandes áreas e cada uma delas englobaria várias componentes:

- **Capacidade funcional** – incluiria a mobilidade; independência; autonomia na realização das actividades de vida diárias; relações familiares e actividade sexual; actividade laboral e relações sociais; funções intelectuais e emocionais, sono e descanso e tempo de lazer;
- **Sintomas** – dispneia, fadiga, dor ou desconforto torácico, medicação e efeitos secundários;
- **Percepção do doente** – sobre o seu estado de saúde, bem-estar, auto-satisfação, comunicação, labilidade emocional, ansiedade, depressão, medo, incertezas relativamente ao futuro.

Pretende-se que um índice seja válido, contínuo, reprodutível e fácil de ser utilizado, de modo a facilitar a estimativa da prevalência das doenças orais e permitir o melhor custo benefício da aplicação de medidas. Além disso, pode proporcionar um conhecimento do impacto psicossocial das doenças orais. (Atchison e Dolan, 1990)

O impacto da saúde oral relacionada com o bem-estar geral do indivíduo, e da sua QV passa a ser mais abordado na década de 90, com a introdução de indicadores com este objectivo. Estes podem ser unidimensionais, em que a auto-percepção de saúde oral é obtida através de uma única pergunta, sendo estes pouco satisfatórios por subvalorizarem conceitos complexos. Já os multidimensionais, têm sido amplamente desenvolvidos e aplicados por serem mais amplos e completos, permitindo assim uma maior precisão, representatividade e validade. (Leake, 1990) e (Chianca et al., 1999)

## **II. Aspectos Psicológicos**

### **1. Tipo psicológico**

*“ O conhecimento da psicologia é um dos elementos essenciais no sucesso dos tratamentos dentários.”*

É fundamental, tentar perceber qual o tipo psicológico do indivíduo a reabilitar, uma vez que as características psicológicas deste podem conduzir a uma atitude positiva ou negativa, em relação ao uso de prótese, para que a reabilitação seja concluída da melhor forma. Assim, House (*cit in*. Gamer et al., 2003) classificou os pacientes de acordo com as atitudes mentais dividindo-os em quatro grupos:

**Filosófico** – está disposto a aceitar a opinião do Médico Dentista (MD) sem questionar. Aceita a situação oral e sabe que o MD vai fazer o melhor que pode. Tem uma atitude ideal para o sucesso protético.

**Indiferente** – preocupa-se pouco com a saúde oral. Aprecia pouco os esforços do MD e muitas vezes procura tratamento por insistência de amigos e familiares. Desiste facilmente perante alguma dificuldade que surja com a nova prótese. Necessita de mais tempo para a aprendizagem. A sua atitude pode ser desencorajadora para o MD que o trata.

**Crítico** – encontra falhas em tudo o que se faz por ele. Nunca está satisfeito com o dentista anterior e normalmente é porque o dentista anterior não seguiu as suas indicações. Pode trazer com ele uma colecção de próteses e consegue dizer o que está errado em cada uma. Uma observação cuidadosa e atenta revela que os maiores erros foram uma tentativa de seguir as directrizes do paciente. A não identificação deste paciente durante o diagnóstico vai com certeza acarretar muitos problemas. Não podemos permitir que ele pense que está a direccionar o tratamento.

**Céptico** – teve más experiências passadas e agora questiona tudo e duvida que alguém o possa ajudar. Neste paciente o MD deve dispendir mais tempo, que o habitual, no exame clínico uma vez que vai ajudar o paciente a recuperar a confiança. Este pode tornar-se um excelente paciente quando devidamente motivado.

Existem de facto diversas referências bibliográficas que, entre outros factores, relacionam o sucesso de uma prótese com a atitude mental do paciente tal como afirma Moltzer, (1996) é um facto sabido, que os aspectos técnicos de uma prótese, estão apenas parcialmente relacionados com a satisfação do paciente, e que tanto as características psicológicas como a atitude do paciente face ao uso de prótese desenvolvem um papel importante.

## **2. Expectativas**

*“ As expectativas do paciente, geralmente recaem numa área de variáveis abstratas”  
(Jeganathan e Payne., 1993)*

A dentição, desenvolve um importante papel, na manutenção de uma positiva auto-imagem.

É importante definir expectativas reais, para o paciente, começando por explorar questões emocionais (tais como a sua aceitação, para o facto de que os seus dentes naturais, desapareceram para sempre) e depois fornecer uma aprofundada explicação dos benefícios e limitações de uma Prótese Dentária Removível (PDR). (Roessler D., 2003)

Segundo os resultados obtidos por Davis et al. (1986), a expectativa do paciente antes do tratamento é elevada e a informação dada pelos autores sobre próteses removíveis, na tentativa de diminuir as expectativas, não foi conseguida.

A reabilitação protética visa restabelecer o bem-estar físico, mental e Social, através da substituição de um ou mais dentes e/ou tecido de protecção e sustentação ausentes. Com esta substituição o objectivo é restabelecer o equilíbrio neuromuscular e do sistema estomatognático, possibilitando o desempenho e manutenção das suas funções. (Vervoorn et al., 1991)

As duas maiores razões para a procura, de reabilitação protética, por parte dos indivíduos, em Medicina dentária, são o melhoramento estético e funcional. É importante lembrar que uma boa estética, resulta frequentemente na motivação do paciente, para usar a prótese, e poderá ser mais importante do que a função para muitas pessoas. A procura de substituição de peças dentárias em falta está fortemente correlacionada, com a localização da perda dentária. Assim, espaços edentulos na região dos pré-molares e molares é amplamente aceite, mesmo em países desenvolvidos, ao passo que os espaços desdentados anteriores, não são tão bem aceites. (Roessler, 2003)

No que diz respeito às reais expectativas, indivíduos que sejam susceptíveis de futuramente vir a sofrer de completo edentulismo devem ser preparados para este facto, quando ainda parcialmente desdentados. Esta preparação incluiu tanto os aspectos psicológicos (consequências do completo edentulismo, diferenças entre o edentulismo parcial e completo) como uma componente de treino (prestação de próteses de transição). Estas devem ser desenhadas como sendo uma prótese total removível, para que o indivíduo se possa acostumar a este tipo de dispositivo. (Roessler, 2003)

Portanto é imperativo, que esta possível transição seja preparada com antecedência, com o propósito de criar no indivíduo a reabilitar um equilíbrio emocional, que se traduza na altura da sua adaptação à nova prótese, em expectativas mais realistas. Por sua vez, estas devem tornar o indivíduo mais tolerante a esta fase de reabilitação. Este equilíbrio emocional requer-se tanto para uma fase de transição entre diferentes tipos de próteses, como para a colocação da primeira prótese por parte do indivíduo.

### **3. Satisfação**

*“A satisfação do paciente é uma determinante crítica no sucesso ou insucesso da reabilitação protética”. (Jeganathan e Payne 1993)*

Os Médicos Dentistas consideram as próteses um sucesso, quando encontram certas normas técnicas, enquanto que os pacientes avaliam-nas do ponto de vista da sua satisfação pessoal. (Elias e Sheiham, 1998)

O nível de satisfação do paciente é influenciado por muitos factores, incluindo a qualidade das próteses, a qualidade da interacção na relação com o MD, experiências passadas com próteses dentárias, e o seu perfil psicológico. Em harmonia, tais factores devem promover o melhoramento da mastigação, do discurso, e da estética da prótese, além de promover menos desconforto e dor. (Pocztaruk et al., 2006)

De facto, os aspectos técnicos de uma prótese, estão apenas parcialmente relacionados com a satisfação dos seus portadores. Assim, há pacientes que se queixam, mesmo tendo uma boa prótese dentária, e há pacientes que parecem estar completamente felizes, com uma prótese que desafia todas as normas de uma boa reabilitação protética. (Moltzer et al., 1996)

Zalatarić et al., (2001) num estudo com uma amostra de 165 pacientes, verificaram que para os pacientes que atribuíram pior grau de satisfação, relativamente à estética das próteses, este grau foi inferior ao atribuído pelo clínico. Já os pacientes satisfeitos atribuíram melhor grau que o clínico.

Braga et al., (2002) realizaram um trabalho, junto de uma amostra de população idosa portadores de próteses totais removíveis (PTR's), com o objectivo de caracterizarem as condições das suas próteses. Verificaram então, que 50% destes estavam insatisfeitos com estas, principalmente devido à falta de estabilidade, à ineficiência da mastigação e aos traumas provocados pelas mesmas.

### **III. Limitações do Uso de Prótese Removível**

#### **1. Mastigação / Nutrição**

*“ Concomitante com a perda dentária, é a comprometida função mastigatória.”* (Chai et al., 2006)

Para além da extensão da perda dentária, múltiplos factores influenciam a condição nutricional dos indivíduos portadores de Prótese Dentária Removível (PDR), especialmente dos idosos. Exemplos de tais factores são a depressão, capacidade e habilidade para auto-cuidados, e uma função cognitiva prejudicada. (Chai et al., 2006)

Muitos indivíduos, em reabilitação protética, não podem incluir na sua dieta certos alimentos, e são forçados a ajustar esta à sua insuficiente capacidade mastigatória. Assim a dieta torna-se menos interessante e de pior valor nutricional. De valorizar ainda que uma reduzida ou inexistente mastigação, pode também levar a uma deficiente digestão. (Roessler, 2003)

Em indivíduos desdentados, numerosos estudos tem mostrado que a ingestão de nutrientes, particularmente de alimentos ricos em nutrientes como os vegetais e as fibras é menor. Por outro lado aumentam os níveis de consumo de colesterol e calorias obtidas das gorduras. (Hugo et al., 2007)

Em indivíduos dentados, tendo 21 ou mais dentes aumenta a hipótese de estes apresentarem um índice de massa corporal aceitável. Por exemplo, numa dentição ineficaz, com menos de cinco pares dentários posteriores em oclusão, está associado um menor índice de alimentação saudável e reduzida ingestão de vários nutrientes. (Hugo et al., 2007)

Para além das questões fisiológicas e psicológicas, abundam problemas emocionais e sociais devido à reduzida satisfação durante as refeições, que se traduz, comumente, no embaraço de comer em público. (Roessler, 2003)

## **2. Fonação**

**“ O discurso humano é uma combinação da fonação e da articulação” (Hassel e Holst, 2006)**

É na laringe que a fonação, e portanto a produção de voz, acontece. Quando há uma passagem de corrente de ar, dá-se a oscilação das cordas vocais. Quando esta corrente de ar chega à cavidade oral, depois de ter passado na glote, é a articulação que vai definir o som audível. A articulação é o resultado de alterações de estruturas tais como, os lábios, língua, mandíbula entre outros. Estas, levam a alterações no espaço de ressonância à medida que a corrente de ar passa. Na presença de próteses desgastadas ou inadaptadas, as acções das estruturas envolvidas na articulação e no espaço de ressonância são afectadas. Os problemas de discurso são frequentemente relatados após a colocação das próteses. Maioritariamente aparecem dificuldades na pronúncia de consoantes, principalmente um distorcido “S”, que pode permanecer durante anos. As áreas de contacto entre o acrílico do palato, dentes anteriores, primeiros pré-molares e língua são muito importantes, para uma correcta fonação. (Hassel e Holst, 2006)

Seifert et al., (1999) referem que a colocação de uma prótese interfere com a fonética devido a alterações de volume, tal como por vezes da dimensão vertical e horizontal de oclusão.

Hassel e Holst, (2006) concluíram, num estudo realizado com uma amostra de 14 indivíduos, que 4 destes indivíduos foram classificados como “bom” pelos terapeutas da fala, e todos os outros exibiram dificuldades na articulação ou no discurso preciso.

### **3. Higienização**

#### **“ As próteses removíveis podem ser potenciais fontes de infecção”**

A higiene oral e a higiene da PDR são essenciais para manter a saúde dos tecidos, prevenindo o desenvolvimento das patologias como a cárie dentária, as periodontites e os processos inflamatórios da mucosa oral, e conseqüentemente aumentando a longevidade de uma reabilitação oral com PDR. (Fonseca et al., 2007)

No que diz respeito à problemática da higienização das Próteses Dentárias Removíveis (PDR's), é fundamental distinguir processos, tais como desinfecção e esterilização. A esterilização é o processo pela qual todas as formas de microorganismos, incluindo vírus, bactérias, fungos e esporos são destruídos, ao passo que na desinfecção são destruídos muitos, mas não necessariamente todos os microorganismos. (Silva et al., 2006)

Os processos de higiene, regulares e eficientes, exercem um importante papel na manutenção da saúde oral e no sucesso a longo termo da reabilitação protética removível. (Dikbas et al., 2006)

Apesar da grande variedade de materiais e técnicas descritos na literatura, os métodos de higiene protética podem ser classificados, de acordo com o modo de acção, em duas categorias principais: mecânicos e químicos. Sendo a escovagem o método de higiene mais comum, apesar de alguns autores não a considerarem suficiente na remoção de placa bacteriana. Estes consideram essencial complementar esta técnica com a introdução de uma solução química de imersão, uma vez que esta reduz a patogenicidade dos microorganismos na superfície da PDR. (Fonseca et al., 2007)

Por outro lado, foi demonstrado que a dureza, a força flexível, e a estabilidade da cor do acrílico das PDR's, podem ser significativamente afectadas por soluções desinfectantes, tais como o glutaraldeído, clorexidina, desinfectantes à base de fenólicos e álcool, e hipoclorito. Para ultrapassar os problemas associados à desinfecção química, foi

sugerida recentemente o uso da energia de microondas para desinfetar as PDR's. (Silva et al., 2006)

Silva et al., (2006) concluíram num estudo sobre a eficácia da irradiação por microondas na desinfecção das PDR's, que a irradiação por microondas durante 6 minutos a 650 W, resultou na esterilização das mesmas, quando contaminadas com *S.aureus* e *C.albicans* e na sua desinfecção quando contaminadas com *P. aeruginosa* e *B.subtilis*.

A importância da higiene oral tem sido amplamente demonstrada, não só pela sua influência no bem-estar e auto-estima, mas também por causa do seu papel nas infecções sistémicas, aterosclerose, e diabetes, entre outros, que são de especial importância entre os idosos. Perante tal facto, é importante que para assegurar a prática correcta de higiene oral, o primeiro passo seja identificar a capacidade funcional dos indivíduos, em manipular os dispositivos de higiene oral (escova de dentes, etc). (Ruiz-Medina et al., 2005)

Para além da higienização da PDR, também a destreza manual, o tipo de alimentação, e a própria saliva, podem influenciar a acumulação de placa microbiana. (Fonseca et al., 2007)

Segundo Fonseca et al., (2007) a maioria da população portadora de PDR tem dificuldade em manter as próteses com uma higiene aceitável ou desconhece a forma de o fazer.

Paranhos et al., (1991) analisaram 112 pacientes portadores de Próteses Totais Removíveis (PTR's), e observaram que desse total, apenas 18 pacientes receberam orientações do MD sobre a necessidade e os meios de promover a higienização.

No que diz respeito à higiene oral, uma sondagem de saúde oral em Espanha (2000), concluiu que 91,3% dos idosos (65-74 anos) requerem instruções de higiene oral. Ruiz-Medina *et al.*, (2005) num estudo que envolveu 390 idosos espanhóis, concluíram que 99.5% da amostra necessitava de instruções de higiene oral. Apesar deste facto, 22.3%

destes indivíduos, declaradamente escovavam os seus dentes e próteses mais do que uma vez por dia, sugerindo a inadequada eficácia da sua prática de higiene. (Ruiz-Medina et al., 2005)

Perante tal facto torna-se essencial a educação compreensiva do paciente para a higienização da sua PDR e cavidade oral, com a finalidade de aumentar a longevidade da reabilitação oral.

#### **IV. Relação Médico Dentista - Paciente**

**“A elaboração de uma prótese dentária está dependente da interacção técnica, biológica e psicológica entre o Médico e o paciente.”**

Em relação à Prótese Dentária Removível (PDR), seja esta parcial ou total, existem ainda outras alternativas terapêuticas, para reabilitar os pacientes desdentados, tal como o recurso à prótese fixa ou sobre implantes. Por sua vez, estas podem não ser adequadas para todos os pacientes, devido a defeitos anatómicos, questões do foro psicológico ou limitações financeiras, não nos deixando outra alternativa se não a PDR. Desta forma, torna-se fundamental que aprendamos mais acerca de perda dentária parcial ou completa, e as necessidades dos pacientes desdentados, para aumentar a nossa capacidade de os reabilitar convenientemente. (Jones et al., 2003)

A reabilitação protética, em Medicina Dentária, torna-se um enorme desafio, para o paciente, mas também o é para o Médico Dentista (MD), pois terá que lidar e equilibrar um vasto leque de alterações morfológicas e neuromusculares assim como os problemas bio-psíco-sociais que variam entre os indivíduos a reabilitar.

Para tal é importante que antes de começar a reabilitação, haja uma avaliação, por parte do MD, relativamente à motivação do paciente para a sua reabilitação, e sua atitude emocional, assim como explicar quais os benefícios e limitações da prótese. Sempre que possível os pacientes que têm tendência a sofrer de edentulismo no futuro, devem ser preparados para tal facto, enquanto portadores de prótese parcial removível. (Roessler, 2003)

Com esta abordagem inicial, é possível elucidar o paciente sobre o que se pode ou não alcançar, criando neste, expectativas mais realistas, facilitando assim a percepção do MD, sobre o que realmente deseja o paciente.

Após a concepção da PDR e a sua inserção em boca, o MD deve ajudar o paciente a alcançar o controlo neuromuscular, a mastigação e o discurso. Finalmente os indivíduos em reabilitação devem ser informados que o sucesso a longo prazo depende da manutenção regular da prótese em casa, acompanhada de consultas periódicas com o seu MD. (Roessler, 2003)

### **1. Estratégia para a Motivação**

As queixas e preocupações dos pacientes podem frequentemente ser transformadas em situações positivas de aprendizagem, mas só se correctamente tratadas. As seguintes estratégias podem ser úteis:

- **Ouvir e repetir** - É importante ouvir o que o paciente tem para dizer e depois parafrasea-lo, para que ele saiba que esteve a ser ouvido e que se entendeu o seu problema.
- **Acompanhamento positivo** - Deixar que o paciente saiba que o seu problema não é unico e que há uma solução.
- **Reconhecer a dificuldade e ser positivo** – Oferecer palavras de elogio e encorajamento para demonstrar que se perceberam as suas dificuldades, e depois reafirmar essas dificuldades objectivando um resultado positivo.
- Definir metas realizáveis, e recompensar os progressos com louvor e feedback. (...) “ comece a usar a prótese por cinco minutos e vá aumentando gradualmente o tempo de uso”. (Roessler, 2003)

## **Trabalho de investigação**

### **I. Objectivos do estudo**

A problemática em estudo, e a metodologia definida para a realização deste trabalho, é feita em função dos seguintes objectivos:

#### **1. Objectivo geral**

Este estudo teve como objectivo geral a avaliação da QVRSO, dos indivíduos portadores de Próteses Dentárias Removíveis (PDR's) totais e parciais, que frequentam as consultas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

#### **2. Objectivos específicos**

Os objectivos específicos deste estudo foram:

- Avaliar a importância das características sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, nível educacional e profissão) na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO);
- Avaliar a importância das características relacionadas com a reabilitação protética (tipo e localização da reabilitação, tipo de desdentação e tempo de utilização) na QVRSO;
- Avaliar a satisfação com as próteses na QVRSO;
- Avaliar a QVRSO dos indivíduos estudados.

## **II. Materiais e Métodos**

### **1. Tipo de estudo**

Com a elaboração deste trabalho pretende-se descrever quais os factores que influenciam a Qualidade de Vida (QV) do indivíduo portador de Próteses Dentárias Removíveis (PDR's), e avaliar a sua QV, pelo que se considerou um estudo quantitativo transversal, descritivo-exploratório, como sendo o que mais se enquadra. O estudo classifica-se em descritivo-exploratório, porque segundo POLIT e HUNGLER (1995) as investigações descritivas têm como objectivo descobrir, observar e documentar os aspectos de um fenómeno que ocorre de uma forma natural, podendo haver estabelecimento de relações entre variáveis do estudo. Para a concretização deste trabalho de investigação utilizou-se uma metodologia científica com uma abordagem quantitativa. (FORTIN, 1999)

### **2. População / Amostra**

No presente estudo, o universo da população seriam todos os indivíduos portadores de próteses parciais e/ou totais removíveis, que frequentam as consultas de Medicina dentária da Universidade Fernando Pessoa. Como colheita de informação numa população numerosa requer da parte de quem pesquisa, tempo e recursos que por norma são escassos e limitados, dificultando o estudo de todos os elementos da população, houve a necessidade de recorrer a uma parcela dessa população, designada por amostra. (FORTIN, 1999, p.202)

Neste estudo a amostra é constituída por 50 indivíduos portadores de Próteses Dentárias Removíveis (PDR's), inquiridos no período de 27 de Maio a 19 de Julho de 2008.

O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico porque é “(...) *um procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar amostra*” (Fortin, 1999, p.208). Dentro do tipo de amostragem não-probabilística, esta foi de conveniência ou acidental já que, como refere POLIT e HUNGLER (1995), na amostragem por conveniência, o pesquisador

selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Neste estudo, optou-se por este tipo de amostragem, em consequência da limitação de tempo.

### **3. Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão para o estudo foram:

- Ser portador de, pelo menos, uma PDR;
- Ter condições físicas e mentais para compreender e responder às questões do questionário;
- Ser frequentador das consultas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

Os critérios de exclusão da amostra foram:

- Recusar a participação no estudo.

### **4. Questão de investigação**

Com a elaboração desta pergunta de partida, pretende-se exprimir o mais exactamente possível aquilo que se procura saber elucidar e compreender melhor. Servindo assim de primeiro fio condutor da investigação. Para desempenhar correctamente a sua função, a pergunta de partida deverá ter clareza, exequibilidade e pertinência. Uma boa pergunta não deverá ser moralizadora, não procurará julgar mas sim compreender, abordará o estudo do que existe ou existiu. O enunciado da pergunta de partida deve identificar as variáveis-chave do estudo e possíveis inter-relações, além da natureza na população de interesse. Assim a pergunta de partida formulada no presente estudo é: **Que qualidade de vida apresentam os indivíduos portadores de próteses removíveis seguidos nas consultas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa?**

## **5. Variáveis em estudo**

Neste trabalho considera-se como variável dependente a **Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde Oral (QVRSO) do indivíduo portador de prótese removível**.

Como variáveis independentes consideramos as seguintes:

### **Variáveis Sócio-Demográficas**

- Género
- Idade
- Nível educacional
- Estado civil
- Profissão

### **Variáveis Clínicas**

- Tipo de reabilitação removível
- Classificação da desdentação
- Ano de reabilitação
- Satisfação do indivíduo com as suas próteses

## 6. Hipóteses

Depois de estudada a questão de partida as variáveis dependentes e independentes elaboraram-se as hipóteses. Estas irão ser testadas com o objectivo de sugerir explicações dos factos ou, de acordo com POLIT e HUNGLER (1995), da relação entre duas ou mais variáveis, que traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, estando sujeitas à testagem empírica, através da colheita e análise dos dados.

As hipóteses foram elaboradas tendo presente os objectivos deste estudo, bem como o conteúdo abordado na fundamentação teórica.

- **Hipótese 1-** Há relação entre a **idade** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 2-** Há relação entre o **género** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 3-** Há relação entre o **nível educacional** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 4-** Há relação entre a **profissão** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 5-** Há relação entre o **estado civil** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 6-** Há relação entre o **tipo de reabilitação removível** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 7-** Há relação entre a **classificação da desdentação** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;

- **Hipótese 8-** Há relação entre o **ano de reabilitação** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;
- **Hipótese 9-** Há relação entre a **satisfação** e a **QVRSO** do indivíduo portador de PDR;

## **7. Instrumento de colheita de dados**

Seleccionou-se o questionário, sob a forma de entrevista, como instrumento de colheita de dados pelo facto de se aplicar a populações heterogéneas, não sendo necessário que o entrevistado soubesse ler nem escrever, permitindo assim, reformular as questões o número de vezes necessárias ao entrevistado para entender correctamente a pergunta. No questionário as questões são fechadas, previamente formuladas e em que o autor do questionário só tem liberdade para explicar em certas situações, o modo como está formulada a questão, procurando não influenciar a resposta (FORTIN, 1999, p.246, *cit. in* WALTZ *et al.*, 1991).

O questionário (Anexo A) é constituído por quatro partes:

- A primeira parte é constituída por questões que visam a recolha de dados acerca da caracterização sócio-demográfica da amostra;
- A segunda parte é constituída por questões referentes ao grau de satisfação dos indivíduos em relação às suas PDR's;
- A terceira parte é constituída por questões referentes à caracterização da reabilitação protética;
- A quarta e última parte é constituída por questões para avaliar a QVRSO dos indivíduos, segundo o índice GOHAI.

De entre as medidas orais específicas, o Oral Health Impact Profile (OHIP), e o General Oral Health Assessment Index (GOHAI) são na actualidade, os instrumentos mais abrangentes para medir o impacto das condições orais na QVRSO. (Ikebe, 2007)

### **General Oral Health Assessment Index (GOHAI)**

Neste estudo foi utilizado este último (GOHAI), que apesar de originalmente ter sido desenvolvido para avaliar o impacto das patologias orais em populações idosas, também tem a sua indicação para adultos de todas as idades (Atchison et al., 1998). O GOHAI, foi desenvolvido por Atchison e Dolan (1990), índice este composto por 12 questões fechadas abrangendo 3 subdomínios, que consistem em limitações físicas/funcionais, dor/desconforto, psicossocial/psicológicas dos indivíduos. O formato da resposta é do tipo escala de Lickert e cada pergunta apresenta três respostas possíveis: “sempre”, “algumas vezes” e “nunca”, que recebem os valores de 1, 2 e 3, respectivamente, sendo os itens 3, 5 e 7 cotados de forma inversa aos demais. No final, soma-se o valor de cada questão, para determinar o índice. O valor de cada indivíduo pode variar entre 12 e 36, e quanto mais alto o seu valor, melhor será a QVRSO, classificados como alto (36 a 34), moderado (33 a 31) e baixo (igual ou inferior a 30). Os indivíduos respondem tendo em conta os três meses anteriores ao dia do questionário. (Silva et al., 2005)

A versão original do índice GOHAI foi desenvolvida na língua inglesa dos Estados Unidos da América (Atchison e Dolan 1990). Posteriormente foi utilizada em outros países de língua inglesa como o Canadá (Locker et al., 2001, 2002; Locker, 2003). Em ambos os países, o GOHAI mostrou excelentes propriedades psicométricas, evidenciando a sua validade intercultural. Posteriormente foi traduzido e validado para língua espanhola (Atchinson, Der-Martirosian e Gift 1998), portuguesa (Silva, 1999), chinesa (Wong, Liu e Lo 2002) e francesa (Tubert-Jeannin et al., 2003) entre outras.

No presente estudo, utilizou-se a versão portuguesa que foi traduzida e validada pelo teste do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que avalia a consistência e a homogeneidade entre as perguntas, para ser aplicado à população brasileira (Silva, 1999). Esta versão já foi utilizada noutros estudos (Silva e Fernandes 2001; Silva, Sousa e Wada 2005). Uma vez

que a diferença na linguística entre Portugal e o Brasil não impede o entendimento das questões, a QVRSO foi avaliada utilizando uma pequena alteração gramatical à versão brasileira do índice GOHAI para o português de Portugal. Esta opção foi considerada, apesar das diferenças culturais entre os dois países, pelo contacto que Portugal recebeu ultimamente com o povo brasileiro causado pela imigração brasileira, assim como através de programas televisivos importados desse país. (Neves, 2006)

As diferenças de percepção de aparência estética (Mathias et al., 1993), as características de personalidade (Kressin et al., 2001), o uso de próteses dentárias e o número de dentes (Jones et al., 2003), foram relacionadas através deste índice, com a QVRSO.

Como instrumento de pesquisa, tem-se revelado de grande utilidade para a compreensão de uma determinada realidade, pois permite orientar e fundamentar, quer a formação, quer a intervenção, com base numa reflexão teórico-prática dirigida às reais necessidades da população em estudo.

## **Resultados**

### **I. Análise estatística dos dados**

Para caracterizar a amostra foram calculadas as distribuições de frequências de todas as variáveis em estudo, com a apresentação de tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados.

Posteriormente, foi analisada a distribuição da variável “índice GOHAI” na globalidade, assim como das 3 dimensões que o compõem, pelas categorias de todas as outras variáveis.

Quando se pretendeu detectar diferenças entre duas populações, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para variáveis independentes. Este teste compara o centro de localização das duas variáveis correspondentes.

O teste de Mann-Whitney pode ser generalizado para mais de dois grupos através do teste de Kruskal-Wallis.

O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é utilizado para testar a hipótese de igualdade no que se refere à localização. Permite ver se existem diferenças entre três ou mais condições experimentais.

A análise apresentada foi elaborada com base no *software* Microsoft Excel 2000® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® versão 12.0.

Em todos os testes de hipóteses aplicados, o **nível de significância** utilizado foi de **5%** [ $\alpha = 0,05$ ], isto é, o valor da probabilidade fixado como limite mínimo a partir do qual se adota a hipótese nula.

## II. Análise descritiva da amostra

### 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

#### i. Distribuição por idade e Género

A amostra é constituída por 50 indivíduos, sendo 32 do género feminino (64%) e 18 do masculino (36%).

A idade apresentava uma média de 57,7 anos com um desvio padrão de 12,2 anos. O indivíduo mais novo tinha 34 anos, enquanto que o mais velho tinha 82.

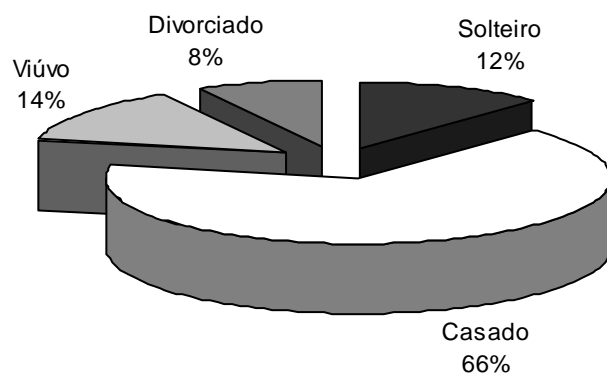
Idade (anos)	Género				Total	
	Feminino		Masculino		%	n
	%	n	%	n		
< 40	6,3	2	5,6	1	6	3
40 a 49	31,3	10	11,1	2	24	12
50 a 59	25,0	8	33,3	6	28	14
60 a 69	21,9	7	27,8	5	24	12
≥ 70	15,6	5	22,2	4	18	9
Total	64	32	36	18	100	50

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos

**Tabela 1** – Distribuição por idade e género

## ii. Distribuição por estado civil

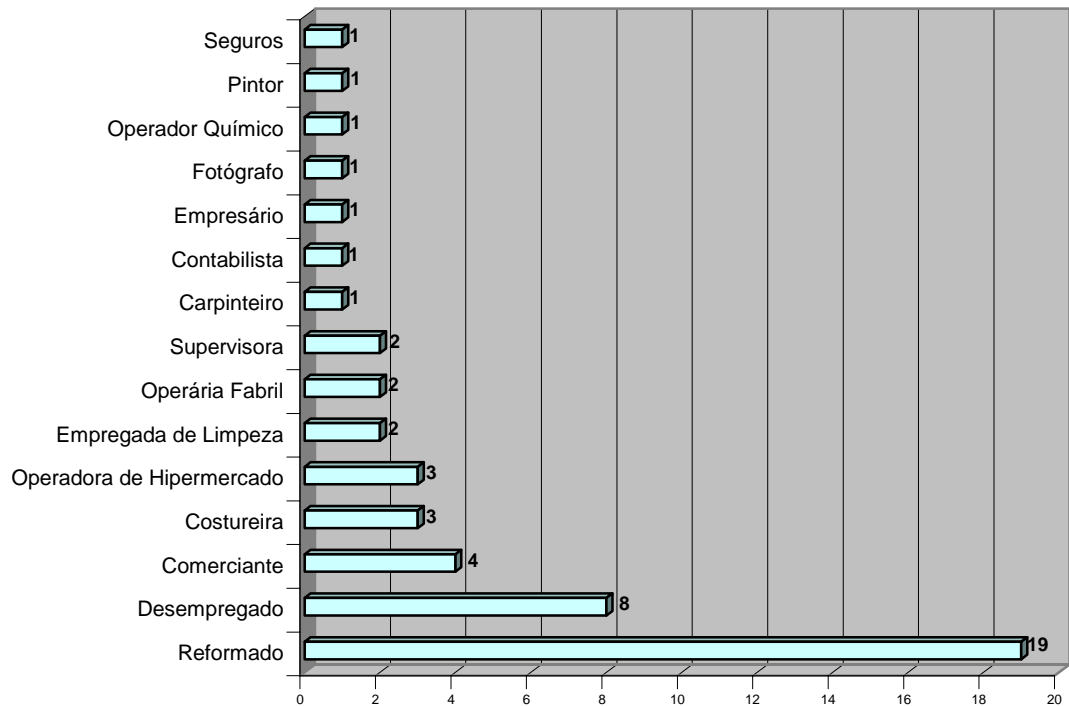
Em relação ao estado civil, verificou-se que a maioria (33 indivíduos) era casada. Havia ainda 7 viúvos, 6 solteiros e 4 divorciados.



**Fig. 2** – Distribuição por estado civil

### iii. Distribuição por profissão

As profissões dos indivíduos da amostra eram bastante diferenciadas. No entanto, destacavam-se os reformados (19 indivíduos) e os desempregados (8 indivíduos).



**Gráfico 1** - Distribuição por profissão

As profissões foram divididas em “Activo” e em “Não activo”, estando no segundo grupo os desempregados e os reformados e no primeiro os restantes.

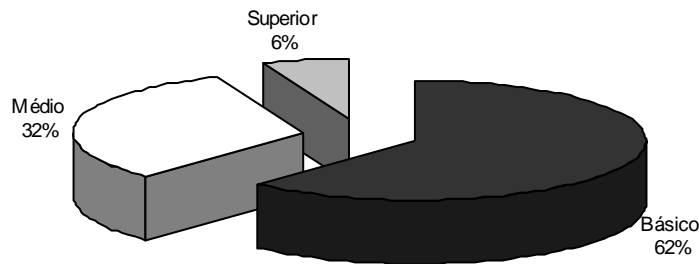
	Masculino (n)	Feminino (n)	%	Total
Activo	8	15	46	23
Não activo	10	17	54	27
Total	18	32	100	50

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos

**Tabela 2** – Distribuição por grau de actividade

#### **iv. Distribuição por nível educacional**

A maioria (31 indivíduos) tinha um nível educacional baixo. Dos restantes, 16 tinham um nível médio e apenas 3 tinham um nível superior.

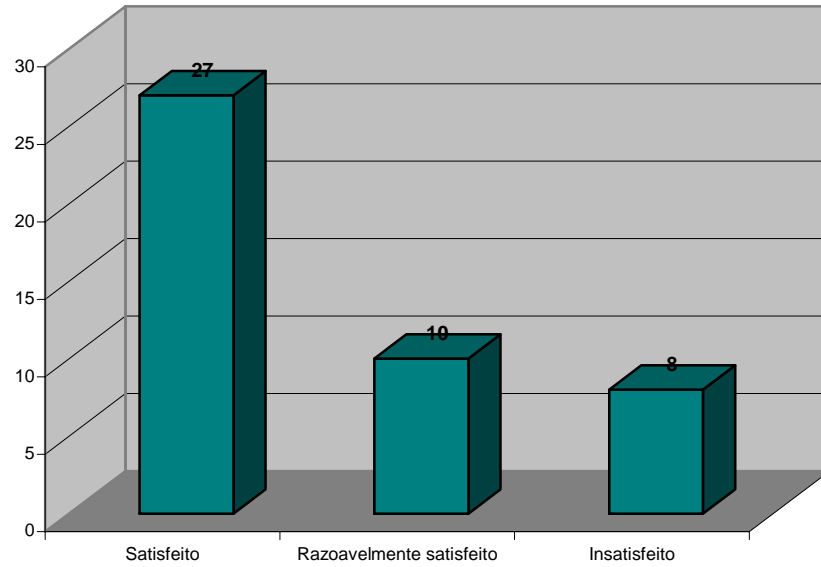


**Fig. 3** – Distribuição por nível educacional

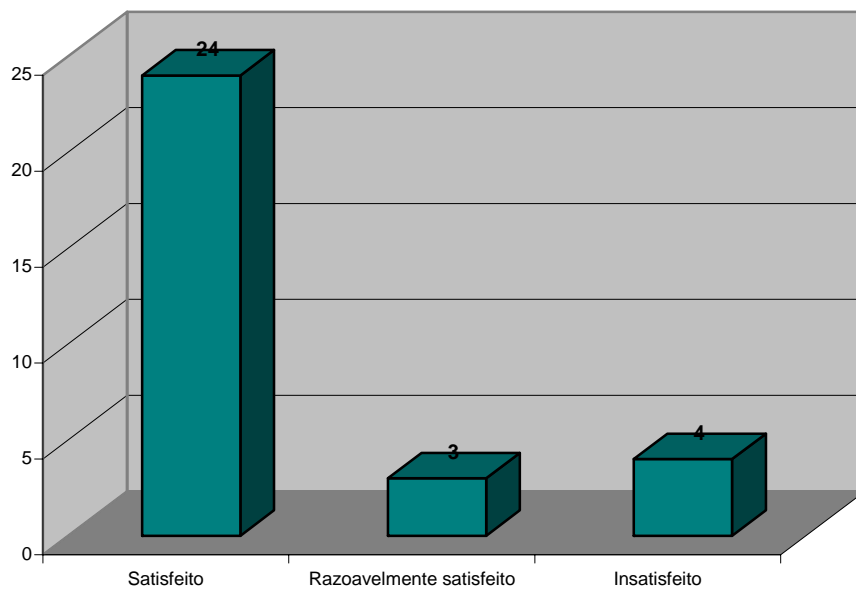
### **2.Caracterização da amostra relacionada com a reabilitação protética**

#### **i. Grau de satisfação com prótese removível**

Relativamente ao grau de satisfação dos indivíduos da amostra com as próteses, verificou-se um maior grau de satisfação com as próteses inferiores em relação às superiores. No entanto, é de salientar que em ambos os casos, mais de metade (60% na superior e 77% na inferior) afirmaram estar satisfeitos com as próteses que utilizam.



**Gráfico 2** – Grau de satisfação com a prótese removível superior



**Gráfico 3** – Grau de satisfação com a prótese removível inferior

**ii. Relação do tipo de reabilitação removível parcial com a classificação de Kennedy**

**Maxila**

Tipo de reabilitação removível parcial	Classificação de Kennedy				Total
	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	
PPR acrílica	9	4	5	5	23
PPR esquelética	4	2	6	0	12
Total (n)	13	6	11	5	35
Total (%)	37,1	17,1	31,4	14,3	100,0

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos

**Tabela 3** – Tipo de reabilitação removível parcial e classificação de Kennedy - maxila

**Mandíbula**

Tipo de reabilitação removível parcial	Classificação de Kennedy				Total
	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	
PPR acrílica	6	3	3	2	14
PPR esquelética	5	1	2	1	9
Total (n)	11	4	5	3	23
Total (%)	47,8%	17,4%	21,7%	13,0%	100,0%

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos

**Tabela 4** - Tipo de reabilitação removível parcial e classificação de Kennedy – mandíbula

Considerando o tipo de reabilitação parcial removível, constatou-se que tanto na maxila como na mandíbula, a maioria era do tipo acrílico. Assim, na maxila o número de Próteses Parciais Removíveis (PPR's) acrílicas foi de 23 para 12 PPR's esqueléticas. Na mandíbula obteve-se 14 PPR's acrílicas para 9 PPR's esqueléticas.

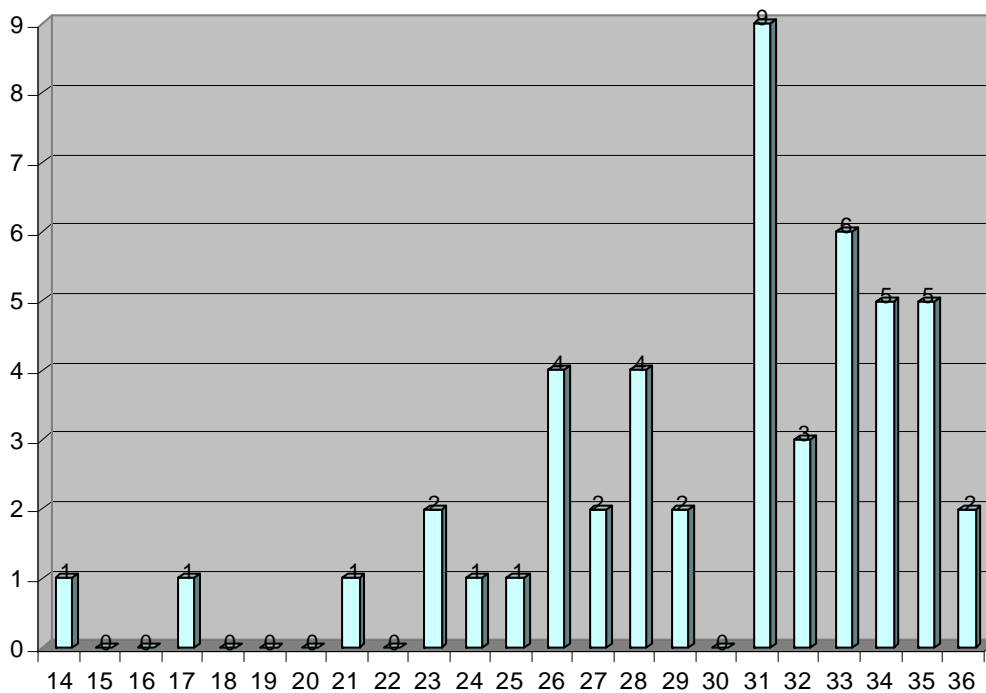
### iii. Tempo de utilização das próteses removíveis

O tempo de utilização das próteses variou entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 25 anos, tanto para a maxila como para a mandíbula. No entanto, a média para a maxila foi de 9,7 anos (com um desvio padrão de 6,5 anos), enquanto que na mandíbula, a média foi de 9,4 anos (com um desvio padrão de 6,5 anos).

## III. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

### 1. Índice GOHAI

Foi calculado o índice Gohai para cada indivíduo. O valor registado com maior frequência (18%) foi o 31. Com índice Gohai alto encontraram-se 24% dos indivíduos. Com índice moderado, encontravam-se 36% dos indivíduos, enquanto que os restantes 40% obtiveram um índice Gohai baixo. De uma forma geral a média do índice GOHAI foi baixa  $me = (29,7)$ .



**Gráfico 4** – índice GOHAI

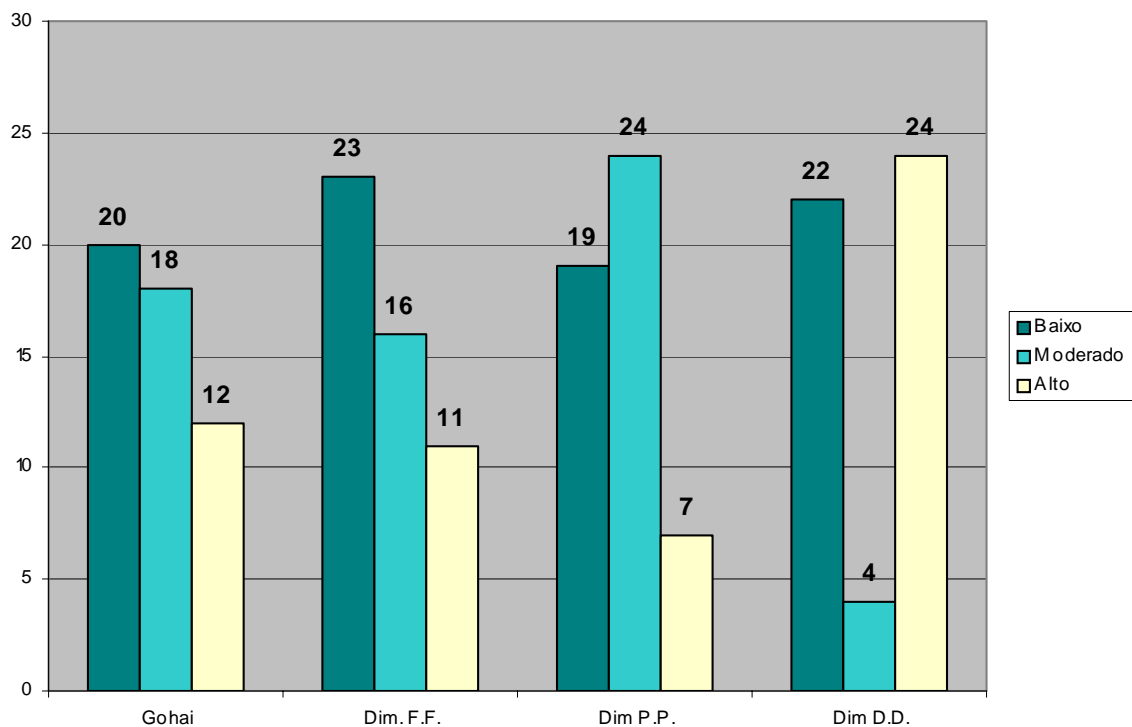
O índice Gohai foi classificado em alto (para valores de 34 a 36), moderado (para valores de 31 a 33) e baixo (para valores iguais ou inferiores a 30).

Utilizou-se a mesma proporção para classificar as dimensões do índice Gohai. Assim, para a dimensão Física / Funcional temos o valor 12 para uma classificação alta, o valor 11 para moderada e 10 ou valores inferiores para baixa.

Para a dimensão Psicossocial / Psicológica, os valores foram 9 para uma classificação alta, 8 para moderada e 7 ou valores inferiores para baixa.

Finalmente, em relação à dimensão Dor / Desconforto, os valores foram 14 ou 15 para uma classificação alta, 13 para moderada e 12 ou valores inferiores para baixa.

## 2. Índice GOHAI e dimensões – valores gerais



**Gráfico 5** – Índice GOHAI e as 3 dimensões

## IV. Relação entre a QVRSO e as características socio-demográficas

### Índice global de Gohai

#### 1. Idade

Idade (anos)	n	%	Mediana	p
< 40	3	6	34	
40 a 49	12	24	31	
50 a 59	14	28	31,5	0,061
60 a 69	12	24	31,5	
≥ 70	9	18	26	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 5** – Relação da QVRSO e a idade

A distribuição nos grupos etários constituídos por indivíduos entre os 40 e os 69 anos, foi semelhante, resultando em medianas do índice GOHAI iguais a (me=31) e (me=31,5). Nos restantes grupos etários os indivíduos com menos de 40 anos apresentaram uma mediana superior a esta (me=34), enquanto que aqueles com mais de 70 anos apresentaram uma mediana inferior (me=26). Apesar desta observação, a diferença da distribuição dos vários grupos etários não foi estatisticamente significativa (p=0,061) (Tabela 5).

#### 2. Género

Género	n	%	Mediana	p
Feminino	32	64	31	
Masculino	18	36	32	0,239

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 6** – Relação da QVRSO e o Género

Quando se compararam os valores do índice GOHAI entre géneros verificou-se que as mulheres (me=31) apresentaram um valor mais baixo do que os homens (me=32). No entanto, a diferença não foi considerada estatisticamente significativa (p=0,239). (Tabela 6)

### 3. Estado Civil

Estado Civil	n	%	Mediana	p
Solteiro	6	12	31	0,001
Casado	33	66	32	
Viúvo	7	14	26	
Divorciado	4	8	19	

Leg: n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 7** – Relação da QVRSO e o estado civil

Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis (p=0,001) (Tabela 7). Nomeadamente entre os grupos dos solteiros (me=31) e casados (me=32), para os viúvos (me=26) e destes para os divorciados (me=19).

### 4.Situação Profissional

Situação profissional	n	%	Mediana	p
Activo	23	46	32	0,210
Não activo	27	54	31	

Leg: n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 8** – Relação da QVRSO e a situação profissional

Em relação à situação profissional dos indivíduos, constatou-se que aqueles que se encontram activos (me=32) apresentam uma mediana superior aos não activos (me=31). No entanto não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p= 0,210). (Tabela 8)

## 5. Nível educacional

Nível educacional	n	%	Mediana	p
Básico	31	62	31	
Médio	16	32	31,5	0,513
Superior	3	6	31	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 9** – Relação da QVRSO e o nível educacional

Tendo em conta o nível educacional, verificou-se que a distribuição é semelhante entre os 3 níveis, resultando em medianas de 31 para os níveis educacionais básico e superior e 31,5 para o médio. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,513$ ). (Tabela 9)

## V. Relação entre as características sócio-demográficas e as 3 dimensões do GOHAI

Características	n	Dimensões						
		Física Funcional		Psicossocial Psicológica		Dor Desconforto		
		Mediana	p	Mediana	p	Mediana	p	
Idade	< 40	3	11		8		15	
	40 a 49	12	11		8		14	
	50 a 59	14	10,5	0,477	8	0,466	13,5	0,133
	60 a 69	12	11		8		14	
	≥ 70	9	8		7		11	
Género	Feminino	32	10,5	0,357	8	0,222	13	0,765
	Masculino	18	11		8		13	
Estado Civil	Solteiro	6	10		8		13	
	Casado	33	11	0,002	8	0,512	14	0,001
	Viúvo	7	8		8		10	
	Divorciado	4	5,5		6,5		7	
Situação profissional	Activo	23	11	0,654	8	0,318	14	0,184
	Não activo	27	10		8		12	
Nível educacional	Básico	31	10		8		14	
	Médio	16	11	0,190	8	0,866	13	0,767
	Superior	3	11		6		15	

**Leg:** n - número de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 10** – Relação entre as características sócio-demográficas e as 3 dimensões do GOHAI

As diferenças estatisticamente significativas, anteriormente encontradas relativamente ao estado civil dos indivíduos, verificam-se aqui mais especificamente nas dimensões física / funcional e dor / desconforto. De facto, nestas duas dimensões verificam-se respostas mais extremas, em relação à escala de resposta (escala de Lickert), enquanto que na dimensão psicossocial/psicológica as respostas tomam valores mais centrais.

## **VI. Relação entre QVRSO e a satisfação com próteses removíveis**

### **Grau de satisfação: maxila**

<b>Grau de satisfação</b>	n	%	Mediana	p
Satisfeito	27	60	31	
Razoavelmente satisfeito	10	22	28	< 0,001
Insatisfeito	8	18	25	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 11** – Grau de satisfação - maxila

### **Grau de satisfação: mandíbula**

<b>Grau de satisfação</b>	n	%	Mediana	p
Satisfeito	24	77	30	
Razoavelmente satisfeito	3	10	28	0,131
Insatisfeito	4	13	26	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significancia

**Tabela 12** – Grau de satisfação - mandíbula

Verifica-se na amostra que o grau de satisfação aumenta com o aumento do índice GOHAI tanto na maxila como na mandíbula. As diferenças são estatisticamente significativas na maxila ( $p < 0,001$ ). (Tabela 11)

## 1. Relação do grau de satisfação dos indivíduos com as suas próteses removíveis e as 3 dimensões do GOHAI

Grau de satisfação		n	Dimensões					
			Física Funcional		Psicossocial Psicológica		Dor Desconforto	
			Med.	p	Med.	p	Med.	p
Maxila	Satisfeito	27	11	< 0,001	7	0,396	14	< 0,001
	Razoavelmente satisfeito	10	9		8		12	
	Insatisfeito	8	8		8		9,5	
Mandíbula	Satisfeito	24	9	0,154	8	0,669	12	0,094
	Razoavelmente satisfeito	3	9,5		8		11,5	
	Insatisfeito	4	8		8		10	

**Leg:** **n** - número de indivíduos / **Med** - Mediana / **p** - Nível de significância

**Tabela 13** – Grau de satisfação e as 3 dimensões do GOHAI

Verifica-se na amostra que o grau de satisfação aumenta com o aumento do índice de qualidade de vida nas diferentes dimensões. As diferenças são estatisticamente significativas na maxila ao nível das dimensões Física / Funcional e Dor / Desconforto, ( $p < 0,001$ ). (Tabela 13)

## VII. Relação entre QVRSO e a classificação de Kennedy

### Maxila

<b>Classificação de Kennedy</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Mediana</b>	<b>p</b>
Classe I	13	37	31	
Classe II	6	17	32	0,674
Classe III	11	32	31	
Classe IV	5	14	31	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem / p - Nível de significancia

**Tabela 14** – Relação entre a QVRSO e a classificação de kennedy - maxila

### Mandíbula

<b>Classificação de Kennedy</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Mediana</b>	<b>p</b>
Classe I	11	48	32	
Classe II	4	17	32,5	0,344
Classe III	5	22	27	
Classe IV	3	13	31	

**Leg:** n - número de indivíduos / **Med** - Mediana / p - Nível de significancia

**Tabela 15** – Relação entre a QVRSO e a classificação de kennedy - mandíbula

### 1. Relação entre a classificação de Kennedy e as 3 dimensões do GOHAI

Grau de satisfação	n	Dimensões								
		Física		Funcional		Psicossocial		Dor		
		Med.	p	Med.	p	Med.	p	Med.	p	
Maxilar superior	Classe I	13	9			8			12	
	Classe II	6	11			7			14	
	Classe III	11	11		0,659	7		0,227	14	0,121
	Classe IV	5	11			8			13	
Mandíbula	Classe I	11	11			7			14	
	Classe II	4	10			7,5			14,5	
	Classe III	5	7		0,154	8		0,669	11	0,094
	Classe IV	3	12			7			12	

**Leg:** n - número de indivíduos / **Med** - Mediana / **p** - Nível de significancia

**Tabela 18** – Relação entre a classificação de Kennedy e as 3 dimensões do GOHAI

### VIII. Relação entre QVRSO e o tipo de prótese removível

#### Maxila

Tipo de prótese	n	%	Mediana	p
PTotal	10	22	26	0,001
PPR acrílica	23	51	28	
PPR esquelética	12	27	33,5	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem / **p** - Nível de significancia

**Tabela 16** - Relação entre a QVRSO e o tipo de prótese - maxila

## Mandíbula

Tipo de prótese	n	%	Mediana	p
PTotal	8	26	28,5	0,408
PPR acrílica	14	45	28	
PPR esquelética	9	29	31,5	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem / p - Nível de significância

**Tabela 17** - Relação entre a QVRSO e o tipo de prótese - mandíbula

Verifica-se na amostra que a mediana do índice de qualidade de vida é superior na PPR esquelética, tanto na maxila como na mandíbula. As diferenças são estatisticamente significativas na maxila ( $p = 0,001$ ). (Tabela 16)

### 1. Relação entre o tipo de prótese removível e as 3 dimensões do GOHAI

Tipo de prótese		n	Dimensões					
			Física Funcional		Psicossocial Psicológica		Dor Desconforto	
			Med.	p	Med.	p	Med.	p
	PTotal	10	8		8		10	
Maxila	PPR acrílica	23	9	< 0,001	8	0,473	12	< 0,001
	PPR esquelética	12	11,5		7		15	
	PTotal	8	8,5		8		12	
Mandíbula	PPR acrílica	14	9	0,267	8	0,113	12	0,308
	PPR esquelética	9	11		7		13	

**Leg:** n - número de indivíduos / **Med** - Mediana / p - Nível de significância

**Tabela 19** – Relação entre o tipo de prótese e as 3 dimensões do GOHAI

Verifica-se na amostra que nas diferentes dimensões do índice GOHAI a PPR esquelética obtém valores mais elevados dos que os restantes. As diferenças são estatisticamente significativas na maxila ao nível das dimensões Física / Funcional e Dor / Desconforto ( $p < 0,001$ ). (Tabela 19)

## **IX. Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação**

Para estudar a relação entre o índice Gohai e o tempo de reabilitação, dividiu-se a amostra entre os que tinham um tempo igual ou superior a 9 anos e os que tinham um tempo igual ou inferior a 8 anos.

### **Maxila**

<b>Tempo de reabilitação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Mediana</b>	<b>p</b>
< 9 anos	20	43,5	28	0,270
≥ 9 anos	26	56,5	29	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem / p - Nível de significancia

**Tabela 20** – Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação - maxila

### **Mandíbula**

<b>Tempo de reabilitação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Mediana</b>	<b>p</b>
< 9 anos	17	55	29,5	0,984
≥ 9 anos	14	45	29	

**Leg:** n - número de indivíduos / % - Percentagem / p - Nível de significancia

**Tabela 21** – Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação - mandíbula

## **1. Relação entre o tempo de reabilitação e as 3 dimensões do GOHAI**

<b>Tempo de reabilitação</b>	<b>n</b>	<b>Dimensões</b>
------------------------------	----------	------------------

			Física Funcional		Psicossocial Psicológica		Dor Desconforto	
			Med.	p	Med.	p	Med.	p
Maxilar superior	< 9 anos	20	9		8		12	
	≥ 9 anos	26	9	0,483	8	0,467	12	0,753
Mandíbula	< 9 anos	17	9		7		12	
	≥ 9 anos	14	9	0,919	8	0,623	12	0,919

**Leg:** n - número de indivíduos / **Med** - Mediana / **p** - Nível de significancia

**Tabela 22** – Relação entre o tempo de reabilitação e as 3 dimensões do GOHAI

## Discussão

### I. Relação entre a QVRSO e as características sócio-demográficas

## **1. Idade e género**

Relativamente à variável idade na amostra seleccionada, verificou-se que o grupo etário mais avançado teve uma mediana de GOHAI mais baixa do que os indivíduos mais novos, indicando menor Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO). No entanto, nesta relação testada pela hipótese 1, constatou-se a existência de uma correlação estatisticamente não significativa em que o nível de significância é de 0,061, logo  $p > 0,05$ , o que leva à rejeição da hipótese formulada. Este facto foi suportado pelos estudos de Ikebe et al., (2007), Kressin, Atchinson e Miller (1997), Strauss e Hunt (1993). Ainda que não estatisticamente significativos, os resultados deste estudo podem ser justificados pelas condições orais anatómicas que se vão deteriorando com o avançar da idade, assim como pela condição de saúde debilitada comum a alguns indivíduos deste grupo etário.

Os resultados obtidos contradizem alguns autores, que concluíram serem os mais idosos a terem uma percepção mais positiva da sua saúde oral (Reisine e Bailit, 1980; John et al., 2003; Locker e Slade, 1993).

Por outro lado, Tubert-Jeannin et al., (2003) e Atchison e Dolan, (1990), demonstraram que os indivíduos mais novos foram os que tiveram níveis mais favoráveis de QVRSO, ao passo que, Zlatarić et al., (2001) não demonstrou que a idade tivesse influência significativa na satisfação dos pacientes.

Quanto à relação existente entre o género e a QVRSO, testada pela hipótese 2, constatou-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa em que o nível de significância ( $p$ ) é de 0,239, logo maior que 0,05, o que leva à rejeição da hipótese formulada anteriormente. Estes resultados são confirmados pelos obtidos por Tubert-Jeannin et al. (2003) utilizando o mesmo índice GOHAI, ao contrário dos obtidos por Atchison e Dolan (1990), que constataram haver uma correlação positiva entre o género masculino e níveis mais altos de GOHAI.

## **2. Estado civil**

Em relação ao estado civil, verificou-se que a amostra estudada é constituída maioritariamente por indivíduos casados (66%), sendo esta situação compreensível dada a faixa etária da amostra. Em seguida, encontram-se os viúvos (14%) os solteiros (12%) e os divorciados (8%). Na relação testada pela hipótese 3, entre o estado civil e a QVRSO, registaram-se diferenças estatisticamente significativas.

Assim, os indivíduos casados (me=32) e solteiros (me=31) apresentam níveis mais altos de GOHAI ao passo que os viúvos (me=26) e os divorciados (me=19) apresentam níveis mais baixos resultando num nível de significância de 0,001 ( $p < 0,05$ ), o que leva à aceitação da hipótese formulada. As diferenças estatisticamente significativas verificadas em relação ao estado civil e a QVRSO, foram especificamente encontradas nas dimensões física/funcional e dor/desconforto.

Estes resultados são apoiados pelo estudo de Atchison e Dolan (1990) uma vez que estes encontraram uma maior percentagem de indivíduos com valores elevados de GOHAI sendo estes casados, assim como valores baixos de GOHAI em indivíduos não casados.

Tal facto pode ser explicado pela possível instabilidade emocional de quem perdeu, de uma forma ou outra, o seu cônjuge e por outro lado pelo estado de saúde mental positivo dos mais novos ou daqueles que são casados (Mathias et al., 1993).

No entanto, Kressin, Atchison e Miller (1997), não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis.

### **3. Situação profissional**

Relativamente à situação profissional, verificou-se na amostra seleccionada que a maioria (54%) dos indivíduos são reformados ou desempregados, provavelmente devido ao grupo etário que compõe a amostra e ao problema de emprego com que o país se

depara neste momento. Ainda assim a percentagem dos que se encontram empregados (46%) é bastante significativa. Quanto à relação da situação profissional com a QVRSO, testada na hipótese 4, não se verifica uma correlação estatisticamente significativa obtendo-se um nível de significância de 0,210 ( $P > 0,05$ ), o que leva à rejeição da hipótese formulada.

#### **4. Nível educacional**

Esta informação foi utilizada como indicador do nível sócio-cultural dos indivíduos. Assim, constatou-se na amostra que a maior parte dos indivíduos possuía um nível educacional baixo (62%), seguidos dos que possuíam um nível médio (32%) e por fim os que possuíam um nível superior (6%). Ao relacionar-se esta característica com a QVRSO, testada na hipótese 5, não se verifica uma correlação estatisticamente significativa ( $p = 0,513$ ) sendo que  $p > 0,05$ , o que leva à rejeição da hipótese formulada.

No entanto, Tubert-Jeannin et al., (2003) e Atchison e Dolan (1990), verificaram que indivíduos com maior nível educacional têm maior probabilidade de obter um índice GOHAI mais elevado.

## **II. Relação entre a QVRSO e a satisfação com próteses removíveis**

Neste estudo, verificou-se que o grau de satisfação dos indivíduos com as suas Próteses Dentárias Removíveis (PDR's) aumenta com o aumento do índice de QVRSO tanto na

maxila como na mandíbula. As diferenças são estatisticamente significativas na maxila, com valor  $p=0,001$ . Estas diferenças correspondem mais especificamente às dimensões física/funcional e dor/desconforto do índice GOHAI, com valores  $p<0,001$  (ver tabela 13). Assim, a relação testada pela hipótese 9, é apenas parcialmente aceite, pois só é estatisticamente significativa na maxila.

Wong e McMillan (2005) constataram que a insatisfação dos pacientes com as suas próteses se reflectiu em valores baixos de GOHAI. Já, Yoshida et al., (2001) encontraram uma correlação fraca, entre a satisfação com as próteses e a QV, ao contrário de Veyrune et al. (2005), que não encontraram alguma correlação entre estas duas variáveis. O facto de esta correlação variar tanto nos diferentes estudos, pode indicar alguma divergência entre as duas variáveis, na medida em que a satisfação com as próteses e a QVRSO não medem exactamente o mesmo. (Neves, 2006)

### **III. Relação entre a QVRSO e a classificação de Kennedy**

Relativamente à classificação de Kennedy, verificou-se um maior número de Próteses Parciais Removíveis (PPR's) do tipo classe I ( $n=13$ ) e III ( $n=11$ ) na maxila (tabela 14), e classe I ( $n=11$ ) na mandíbula (tabela 15). A mediana do índice GOHAI, na maxila, foi semelhante para as classes I, III, e IV ( $me=31$ ), sendo um pouco mais alta na classe II ( $me=32$ ). Na mandíbula a mediana relativa à classe III ( $me=27$ ) foi mais baixa do que para as classes I ( $me=32$ ), II ( $me=32,5$ ), e IV ( $me=31$ ).

Relativamente à relação testada pela hipótese 7, tanto na maxila como na mandíbula, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis, sendo o nível de significância para a maxila ( $p=0,674$ ) e para a mandíbula ( $p=0,344$ ), logo  $p>0,05$ , o que leva à rejeição da hipótese formulada.

Tal como noutros estudos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à satisfação em geral, bem como à retenção, mastigação, estética e conforto, no que diz respeito à classificação de Kennedy. (Areias, 2004, p. 72)

#### **IV. Relação entre a QVRSO e o tipo de prótese removível**

Relativamente ao tipo de prótese removível, para a maxila obteve-se 22% de próteses totais, 51% de PPR's acrílicas e 27% de PPR's esqueléticas. Na mandíbula obteve-se 26% de próteses totais, 45% de PPR's acrílicas e 29% de PPR's esqueléticas. Tanto para a maxila como para a mandíbula o número de PPR's acrílicas foi maior, facto este que pode ser explicado pelo poder sócio-económico baixo da amostra.

Verifica-se na amostra que o índice de QVRSO é superior nas PPR's esqueléticas, tanto na maxila como na mandíbula. A correlação é estatisticamente significativa na maxila, com valor  $p=0,001$ . Esta correlação é verificada mais concretamente nas dimensões física/funcional e dor/desconforto, com valores  $p < 0,001$  (ver tabela 19). Estes resultados mostram que as principais queixas estão relacionadas com a mastigação, deglutição e fonação. Estas resultam mais especificamente, em desconforto durante a mastigação, sensibilidade dentária e gengival e por fim a necessidade do uso de medicamentos para aliviar a dor ou desconforto relativamente à cavidade oral. Esta relação é apenas parcialmente aceite, uma vez que só é estatisticamente significativa na maxila.

O facto de se verificar apenas na maxila uma relação com significado estatístico, pode resultar de as PPR's acrílicas nesta localização, estarem sujeitas à acção da força da gravidade.

Budtz-Jorgensen (1999), verificou que numa reabilitação dento-mucosuportada ou dento-suportada, as próteses esqueléticas são mais eficazes na mastigação do que as mucosuportadas. Assim a eficácia de uma prótese é favorecida quando os dentes remanescentes são utilizados para sua retenção e suporte.

Atchison (1997), constatou que os indivíduos com dentes remanescentes demonstraram menos problemas com a limitação da escolha dos alimentos e com a dificuldade e desconforto na mastigação.

#### **V. Relação entre a QVRSO e o tempo de reabilitação**

Neste estudo, esta relação testada pela hipótese 8, dividiu-se entre os indivíduos que tinham um tempo de reabilitação igual ou superior a 9 anos e os que tinham um igual ou inferior a 8 anos. Em relação ao tempo de reabilitação, 43,5% dos 46 indivíduos reabilitados com prótese superior, fizeram-no há menos de 9 anos e 56,5% fizeram-no há mais de 9 anos. Para os dois casos verificamos um índice GOHAI semelhante com medianas de 28 e 29 respectivamente, resultando num valor  $p=0,270$  ( $p>0,05$ ). Por outro lado, 55% dos 31 indivíduos reabilitados com prótese inferior, fizeram-no há menos de 9 anos e 45% fizeram-no há mais de 9 anos. Tal como para a maxila, o valor de GOHAI foi semelhante com medianas 29,5 e 29 respectivamente, resultando num valor  $p=0,984$  ( $p>0,05$ ). Confirmados estes valores, verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas, entre as duas variáveis, o que leva à rejeição da hipótese formulada.

Segundo um estudo de Hoadd-Reddick (1989), 40% dos indivíduos da amostra portadores de próteses com 5 anos, necessitavam de substituição das mesmas, percentagem esta que aumentou para 84% nos portadores de próteses com mais de 31 anos. No entanto, Carlsson, Otterland e Wennstrom (1967) demonstraram que a idade das próteses tem muito pouca influência na apreciação destas pelos seus portadores, facto este, que vem apoiar os resultados deste estudo.

## **VI. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral**

### **1. Índice GOHAI**

Foi calculado o índice GOHAI para cada indivíduo. O valor registado com maior frequência (18%) foi o de 31. Com índice GOHAI alto encontraram-se 24% dos

indivíduos. Com índice moderado, encontravam-se 36% dos indivíduos, enquanto que os restantes 40% obtiveram índice GOHAI baixo. A divisão da amostra deste estudo foi baseada nos estudos de Atchinson e Dolan (1990) e Silva, S. e Wada (2005), sendo esta dividida em 3 grupos de acordo com o índice GOHAI: elevado (valores entre 36 e 34), moderado (valores entre 33 e 31) e baixo (valores inferiores a 30). A média do índice GOHAI foi considerada baixa ( $me=29,7$ ).

De acordo com os dados do presente estudo, foram também os encontrados nos estudos de Atchinson e Dolan (1990) e Tubert-Jeannin et al., (2003) que indicavam níveis baixos do índice GOHAI, nos indivíduos portadores de próteses removíveis.

Num estudo de Mascarenhas (1999), verificaram-se valores de GOHAI baixos (média 30,4) valores estes que se assemelham aos do presente estudo.

Kressin et al. (2001), estudaram uma amostra de indivíduos com idades um pouco mais elevadas do que no presente estudo ( $61,9 \pm 4,4$ ) e obtiveram valores de GOHAI superiores ( $me=31,3$ ). Estes valores podem ser explicados pelo facto deste estudo ter sido realizado apenas em indivíduos do género masculino, o que pode ter influenciado os resultados, uma vez que segundo Tubert-Jeannin et al. (2003) atribuíram índices GOHAI mais elevados ao género masculino.

Os resultados do presente estudo contradizem o grau de satisfação dos indivíduos em relação às suas próteses, uma vez que mais de metade destes, 60% em relação à reabilitação maxilar e 70% em relação à reabilitação mandibular, se mostraram satisfeitos com as próteses que utilizam. Realmente verifica-se na amostra, que o grau de satisfação aumenta com o aumento do índice GOHAI, tanto na maxila como na mandíbula, tomando valores estatisticamente significativos para a maxila. No entanto, o índice GOHAI ( $me = 29,7$ ) mantém-se num nível mais baixo ao que seria de esperar, visto que a maior parte dos indivíduos se encontra satisfeito, tanto com a sua prótese superior como inferior.

Segundo Neves (2006), a correlação entre a satisfação e a QVRSO é moderada, facto este que demonstra que a satisfação com as próteses e a QVRSO não medem

exactamente o mesmo. Assim este autor concluiu, que a QVRSO é apenas razoavelmente influenciada pela prótese.

Também, Yoshida et al. (2001), encontraram uma correlação fraca, entre a satisfação com as próteses e a QV, ao contrário de Veyrune et al. (2005), que não encontraram alguma correlação entre estas duas variáveis.

Uma vez verificada esta contradição, entre um índice GOHAI baixo e um nível de satisfação alto relativamente às próteses, parece legítimo concluir que as respostas dadas pelos indivíduos ao item satisfação, tiveram como base as suas prioridades, ou seja, aquelas que mais os preocupa e que desejam encontrar primeiramente quando se submetem a uma reabilitação protética.

Tendo em conta as respostas dadas ao índice GOHAI, a grande maioria dos indivíduos mostrou que se encontrava feliz com o aspecto das suas próteses e que nunca evitou o contacto com outras pessoas devido às condições das mesmas.

Assim o facto de voltar a ter dentes, de poder sorrir e de poder viver em sociedade sem receio do contacto com outros indivíduos, parecem ser as características comuns à maioria dos indivíduos da amostra, assim como aquelas que constituem as suas prioridades.

## **Conclusão**

A partir dos resultados obtidos no estudo podem retirar-se as seguintes conclusões, relacionadas com os objectivos propostos.

1. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO), medida pelo índice GOHAI, foi considerada baixa para grande parte dos indivíduos (40%). Ainda assim, foi considerada moderada para 36% dos indivíduos portadores de próteses removíveis. De uma forma geral a média do índice GOHAI foi baixa ( $me = 29,7$ ), facto este que nos leva a considerar a existência de uma má QVRSO na amostra.

2. Das 3 dimensões do GOHAI, aquelas que mais foram afectadas foram a dimensão física/funcional, que engloba problemas relacionados com a mastigação, deglutição e fonação, e dimensão dor/desconforto que engloba o desconforto durante a mastigação, a sensibilidade dentária e gengival e por fim a necessidade do uso de medicamentos para aliviar a dor ou desconforto relativamente à cavidade oral.

3. De entre as características sócio-demográficas estudadas, apenas o estado civil foi relacionado com a QVRSO ( $p=0,001$ ). Conclui-se que os indivíduos casados ( $me=32$ ) e solteiros ( $me=31$ ) apresentam níveis mais altos de GOHAI, por outro lado, os viúvos ( $me=26$ ) e divorciados ( $me=19$ ) apresentaram níveis mais baixos.

4. Relativamente á situação profissional e ao nível educacional, não houve relação com a QVRSO em ambas as categorias.

5. A QVRSO foi relacionada com a satisfação dos indivíduos em relação ás suas Próteses Dentárias Removíveis (PDR's) maxilares ( $p<0,001$ ), mas não o foi em relação ás PDR's mandibulares. Concluiu-se assim, que o grau de satisfação dos indivíduos com as suas PDR's aumenta, com o aumento do índice de QVRSO. Ainda que não significativa, esta correlação também se fez verificar em relação às PDR's mandibulares.

6. A QVRSO foi relacionada com o tipo de Prótese Dentária Removível (PDR), e concluiu-se que o índice GOHAI é mais elevado no tipo de Prótese Parcial Removível (PPR) esquelética, havendo uma relação estatisticamente significativa em relação á reabilitação maxilar ( $p=0,001$ ), muito embora se tenha observado o mesmo para a mandíbula, mas sem resultados significativos. Quando comparado o tipo de reabilitação

nas 3 dimensões do GOHAI, conclui-se que as diferenças estatisticamente significativas se encontram ao nível da dimensão física/funcional e dor/desconforto ( $p < 0,001$ ).

7. Quando se analisou a relação entre a QVRSO com o tempo de reabilitação, não se concluiu haver alguma relação entre estas duas variáveis.

## **Considerações finais**

A principal limitação deste estudo, foi o facto do número de indivíduos da amostra seleccionada, ser inferior àquele que permitiria uma generalização das conclusões à população estudada. O volume reduzido da amostra e o critério de selecção utilizado (acidental ou por conveniência), podem ter limitado os resultados deste estudo. Desta forma, os indivíduos que compõem a amostra, poderão não representar o universo da população estudada.

Sugere-se no futuro a realização de estudos sobre este tema, recorrendo a uma amostra de maior volume, e portanto representativa da população em estudo.

Torna-se importante explorar e concluir, quais as reais expectativas e as prioridades dos indivíduos reabilitados com PDR's. Assim, e de uma forma mais específica, será possível investigar a relação da variável satisfação com as PDR's e a QVRSO.

## **Bibliografia:**

Areias, C., (2004). Grau de Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Dentária Removível. Dissertação de candidatura ao grau de mestre apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Atchison, K.A., Der – Martirosian, C., Gift, H. (1998). Components of Self-reported Oral Health and General Health in Racial and Ethnic Groups. *Journal of Public Health Dentistry*, 58, pp. 301- 308.

Atchison, K.A., Dolan, T.A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, 54, pp.680-687.

Baker, S., Pankhurst, C., Robinson, P. (2006). Utility of two oral health-related quality-of-life measures in patients with xerostomia. *Community Dental Oral Epidemiology*. 34, pp. 351-362.

Braga, S., Telarolli, Júnior, R. (2002). Avaliação das Condições e Satisfação com as Próteses em Idosos da Região Central do Estado de S.Paulo. *Revista de Odontologia da Universidade de São paulo*. 31(1), pp. 39-48.

Brondani, M., MacEntee, M. (2007). The concept of validity in sociodental indicators and oral health-related quality-of-life measures. *Community Dental Oral Epidemiology*. 35, pp. 472-478.

Carlsson, G.E., Otterland, A., Windstorm, A. (1967). Patient's factors in appreciation of complete dentures. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 17, pp. 323-328.

Chai, J., Frederick, C.S., Tak, W.C., Nam C.S. (2006). Influence of Dental Status on Nutritional Status of Geriatric Patients in a Convalescent and rehabilitation Hospital. *The International Journal Of Prosthodontics*. 19, pp. 244-249.

Chianca, T.K., De Deus, M.R., Dourado, A.S., Leão, A.T., Viana. (1999). El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Revista Flora Oral*, Brasil. 16, pp. 96-102.

Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Davis, E.L., Albino, J.E., Tedesco, L.A., Portenoy, B.S., Ortman, L.F. (1986). Expectations and Satisfaction of Denture Patients in a University Clinic. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 55(1), pp. 59-63.

Dikbas, I., Koksall, T., Calikkocaoglu, S. (2006). Investigation of the Cleanliness of Dentures in a University Hospital. *The International Journal of Prosthodontics*. 19, pp. 294-298.

Elias, A.C., Sheiham, A. (1998). The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *Journal of Oral Rehabilitation*. 25, pp. 649.

Figueiral, M.H., Azul, A.M., Fonseca, P., Pinto, E., Branco, F.M. (2006). Influência da Saliva na Estomatite Protética. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial*. 47, pp. 197-202.

Ferreira, M. (1995). “Stress e Doença Cardíaca”. *Revista Sinais Vitais*. 5, p. 45.

Fonseca, P., Areias, C., Figueiral, M.H. (2007). Higiene de Próteses Removíveis. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial*. 48, pp. 141-146.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à realização*. Loures, Lusociências, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Frank, R., Brudvik, J., Leroux, B., Milgrom, P., Hawkins, N. (2000). Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. *The journal of prosthetic dentistry*. 83, pp. 521-527.

Gamer, S., Tuch, R., Garcia, L.T. (2003). House mental classification revisited: intersection of particular patient types and particular dentist's needs. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 89 (3), pp. 297-302.

Hoad-Reddick, G. (1989). Oral pathology and prosthesis: are they related? Investigations in an elderly population. *Journal of Oral Rehabilitation*. 16, pp. 75-80.

Hugo, F., Hilgert, J., de Sousa, M., da Silva, D., Pucca Jr, G. (2007). Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dental Oral Epidemiology*. 35, pp. 224-232.

Hassel, A., Holste, T. (2006). Improving the Speech Function of Maxillary Complete Dentures: A Pilot Study. *The international Journal of Prosthodontics*. 19, pp. 499-503.

INE. (2007). Anuário Estatístico de Portugal – 2006. [ em linha ]. Disponível em <[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=11796801&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11796801&PUBLICACOESmodo=2)>[Consultado em 15/ 04 / 2008 ].

Ikebe, K., Hazeyama, T., Morri, K., Matsuda, K., Maeda, Y., Nokubi, T. (2007). Impact of Masticatory Performance on Oral Health-Related Quality of Life for Elderly Japanese. *The International Journal of Prosthodontics*. 20, pp. 478-485.

Ikebe, K., Hazeyama, T., Morri, K., Matsuda, K., Maeda, Y., Nokubi, T. (2007). Discrepancy Between Satisfaction with Mastication, Food Acceptability, and Masticatory Performance in Older Adults. *The International Journal of Prosthodontics*. 20, pp.161-167.

Jeganathan, S., Payne, J. (1993). Common faults in complete dentures: A review. *Quintessence International*. 24, pp. 483-487.

John, M., Szentpétery, A., Steele, J. (2007). Association Between Factors Related to the Time of Wearing Complete Dentures and Oral Health-Related Quality of Life in Patients Who Maintained a Recall. *International Journal of Prosthodontics*. 20, pp.31-36.

Jones, J., Orner, M., Spiro, A., Kressin, N. (2003). Tooth loss and dentures: patients perspectives. *International Dental Journal*. 53, pp.327-334.

Kaplan, G. (1980). *Princípios na Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro, Zahor Editores. pp. 52-68.

Kelly, E. (1972). Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *Journal of Prosthetics Dentistry*. 27, pp. 140-150.

Knezović-Zlatarić, D., čelebić, A., Valentić-Peruzović, M., Jerolimov, V., Pandurić, J. (2003). A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. *Journal of oral rehabilitation*. 30, pp. 847-854.

Kressin, N.R., Atchison, K.A., Miller, D.R. (1997). Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *Journal of Public Health Dentistry*. 57, pp. 224-232.

Kressin, N.R., Reisine, S., Spiro III, A., Jones, J.A. (2001). Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dental Oral Epidemiology*. 29, pp. 412-423.

Leake, J.L. (1990). An index of chewing ability. *Journal of Public Health Dentistry*. 50, pp. 262-267.

Mascarenhas, A.K. (1999). A comparison of oral health in elderly populations seeking and not seeking dental care. *Special Care in Dentistry*. 19, pp. 248-253.

Mathias, R., Atchison, K., Schweitzer, S., Lubben, J., Mayer-Oakes, A., De Jong, F. (1993). Comparisons Between Dentist Rating and Self-Ratings of Dental Appearance in an Elderly Population. *Special Care in Dentistry*. 13(2), pp. 53-60.

Moltzer, G., Van der Meulen, M.J., Verheij, H. (1996). Psychological characteristics of dissatisfied denture patients. *Community Dental Oral Epidemiology*. 24, pp. 52-55.

Monteiro, M., Santos, M. (1998). “Factores de Desenvolvimento, Psicologia”. In: *Psicologia*. Porto Editora. pp.161-162.

Narby, B., Kronstrom, M., Soderfeldt, B., Palmqvist, S. (2007). Prosthodontics and the Patient. Part 2: Need Becoming Demand, Demand Becoming Utilization. *The International Journal of Prosthodontics*. 20, pp. 183-189.

Neves M. (2006). Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral de indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis. Dissertação de candidatura ao grau de mestre, apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Ohlmann, B., Rohstock, K., Kugler, J., Gilde, H., Dreyhaupt, J., Stober, T. (2007). Influences on Clinical Wear of Acrylic Denture Teeth: A Pilot Study. *The International Journal of Prosthodontics*. 20, pp. 496-498.

Ozdemir, A., Ozdemir, H., Polat, N., Turgut, M., Sezer, H. (2006). The Effect of Personality Type on Denture Satisfaction. *The International Journal of Prosthodontics*. 19, pp. 364-370.

Paranhos, H., Pardini, L., Panzeri, H. (1991). Hábitos de Higienização de Portadores de Prótese Total. *Revista Paulista de Odontologia*. 13(1), pp. 11-21.

Patussi, M., Olinto, M., Hardy, R., Sheiham, A. (2007). Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dental Oral Epidemiology*. 35, pp. 337-386.

Pereira, F. (1997). Qualidade de Vida do doente após EAM, dissertação apresentada para concurso de Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do São João, Porto.

Pocztaruk, R., Frasca, L., Rivaldo, E., Mattia, P., Vidal, R., Fernandes, E., Gavião, M. (2006). Satisfaction level and masticatory capacity in edentulous patients with conventional dentures and implant-retained overdentures. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 5(19), pp. 1232-1238.

Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas, 3ª Ed.

Reisine, S. (1985). Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*. 75, pp. 27-30.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1ªEd.

Riley, J.L., Gilbert, G., Heft, M. (2006). Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. *Community Dental Oral Epidemiology*. 34, pp. 289-298.

Roessler, D. (2003). Complete denture success for patients and dentists. *International Dental Journal*. 53, pp. 340-345.

Ruiz-Medina, P., Bravo, M., Gil-Montoya, J., Montero, J. (2005). Discrimination of functional capacity for oral hygiene in elderly Spanish people by Barthel General Index. *Community Dental Oral Epidemiology*. 33, pp. 363-369.

Sam, K., Leung, W.K. (2006). Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dental Oral Epidemiology*. 34, pp. 114-122.

Seifert, E., Runt, C., Riebandt, M., Lamprecht-Dinnesen A., Bollmann, F. (1999). Can dental prostheses influence vocal parameters? *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 81, pp. 579-585.

Silva, D.S., Sousa, M.L.R., Wada, R.S. (2005). Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em uma População de Idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. 21, pp. 1251-1259.

Silva, M., Vergani, C., Giampaolo, E., Neppelenbroek, K., Spolidorio, D., Machado A. (2006). Effectiveness of Microwave Irradiation on the Disinfection of Complete Dentures. *The International Journal Of Prosthodontics*. 19, pp. 288-293.

Silva, S.R.C. (1999). Autopercepção das Condições Bucais em Pessoas com 60 anos ou mais de Idade [ Tese de Doutorado ], São Paulo-Brasil: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Silva, S.R.C., Fernandes, R.A.C. (2001). Autopercepção das Condições de Saúde Bucal por Idosos. *Revista de Saúde Pública*. 35(4), pp. 349-355.

Skaret, E., Astrom A.N., Hangejorden, O. (2004). Oral Health Related Quality of Life (OHRQOL). Review of Existing Instruments and Suggestions for use in Oral Health Outcome Measure Research in Europe. In: Bourgeois, D.M., Llodra J.C. (Ed.) *European Global Oral Health Indicators Development Project, 2003 Reported Proceedings*. Paris, Quitessence International, pp. 99-110.

Strauss, R.P., Hunt, R.J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *Journal of the American Dental Association*. 124, pp. 105-110.

Tubert-Jeannin, S., Riordan, P., Morel-Papernot, A., Porcheray, S., Saby-Collet, S. (2003). Validation of an Oral Health Quality of Life Index (GOHAI) in France. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 31(4), pp. 275-284.

Vervoorn, J., Duinkerke, A., Luteijn, F., Van De Poel, A. (1991). Relative Importance of Psychologic Factors in Denture Satisfaction. *Community Dental Oral Epidemiology*. 19(1), pp. 45-47.

Veyrune, J.L., Tubert-Jeannin, S., Dutheil, C., Riordan, P.J. (2005). Impact of new protheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerontology*. 22, pp. 3-9.

Velasco, J., Barrio, V. (1993). Validacion de un nuevo questionário para evaluar la calidad de vida en pacientes pós-infarto”. *Revista Espanhola de cardiologia*. 46.

Velasco, J., Barrio, V. (1997). “Escala de Avaliação de Qualidade de Vida”. In: Pereira, F. *Qualidade de Vida do doente após EAM*, Porto.

Yoshida, M., Sato, Y., Akagawa, Y., Hiasa, K. (2001). Correlation between quality of life and dentures satisfaction in elderly complete denture wearers. *International Journal of Prosthodontics*. 14, pp. 77-80.

Wakabayashi, N., Yatabe, M., AI, M., Sato, M., Nakamura, K. (1998). The influence of some demographic and clinical variables on psychosomatic traits of patients requesting replacement removable partial dentures. *Journal of Oral Rehabilitation*. 25, pp. 507-512.

Wong, M.C.M., Liu, J.K.S., Lo, E.C.M. (2002). Translation and Validation of the Chinese Version of GOHAI. *Journal of Public Health Dentistry*. 62, pp.78-83.

Wong, M.C., McMilan, A.S. (2005). Tooth loss, denture wearing and oral health – related quality of life in elderly Chinese people. *Community Dental Health*. 22, pp. 156-161.

Zlatarić, D., Čelebić, A. (2001). Treatment Outcomes With Removable Partial Dentures: A Comparison Between Patient and Prosthodontist Assessments. *The International Journal of Prosthodontics*. 14, pp.423-426.

