

Filipa dos Anjos Romeu

Avaliação da Satisfação de Pacientes Portadores de Próteses Removíveis

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2014

Filipa dos Anjos Romeu

Avaliação da Satisfação de Pacientes Portadores de Próteses Removíveis

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2014

Filipa dos Anjos Romeu

Avaliação Satisfação Pacientes Portadores de Próteses Removíveis

(Filipa dos Anjos Romeu)

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação de pacientes portadores de próteses removíveis nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária (CPMD) da Universidade Fernando Pessoa, no que remete à qualidade vida e à influência na sua condição oral.

Material e Métodos: Para o estudo foi selecionada uma amostra de 100 pacientes, reabilitados com prótese removível, que frequentaram as CPMD da Universidade Fernando Pessoa. Para efeito utilizou-se um questionário, aplicado pela autora a cada paciente no período correspondente a Fevereiro e Junho de 2014. A elaboração do mesmo teve como fundamento teórico uma pesquisa bibliográfica na Pubmed, datada desde 2008 até 2014, com as palavras-chave: “removable prosthetic dental”, “satisfaction”, “removable dental prosthesis”, “removable dental prosthodontics”, “tooth loss”, “oral satisfaction”, “prosthesis”, “removable dentures”, “quality life” e “dentures”.

Resultados/Conclusões: No estudo realizado, verificou-se que os pacientes que afirmam estar satisfeitos com a sua prótese são aqueles que apresentam maior Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral (QVRSO) (30%). O edêntulismo total ou a Classe I de Kennedy inferior são o tipo de desdentação que mais contribui para uma pior QVRSO (20,9%). Não foi encontrada, no presente estudo, qualquer associação entre QVRSO e factores socio-demográficos ou parâmetros de avaliação clínica.

Abstract

Objective: The main objective of this study was to evaluate the satisfaction of patients with removable prosthetic treatment at Pedagogic Clinics of Dental Medicine (PCDM) from Fernando Pessoa University with regards to quality of life and their oral condition.

Material and methods: To perform this study 100 patients being followed at the Fernando Pessoa University dental medicine clinics were selected based on their clinic history of removable prosthesis rehabilitation. A survey was created and launched by the author of this study to the patients attending the clinics during the period between February and June of 2014. This survey was based on a Pubmed bibliographic research dated from 2008 till 2014 with the key words: “removable prosthetic dental”, “satisfaction”, “removable dental prosthesis”, “removable dental prosthodontics”, “tooth loss”, “oral satisfaction”, “prosthesis”, “removable dentures”, “quality life” and “dentures”.

Results/Conclusions: In this study, it was possible to verify that patients who have reported satisfaction with their prosthesis are those who show the highest QVRSO (30%). The edentulism or lower Kennedy Class I are the type of toothless that has more contribution to a bad QVRSO result (20,9%). It was not found in this study any association between QVRSO and socio-demographic factors or clinical evaluation parameters.

Dedicatória

Aos meus pais que contribuíram para que este sonho
se tornasse uma realidade.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Doutora Sandra Gavinha, exemplo de trabalho e dedicação. Obrigado pelo apoio e orientação.

À minha co-orientadora, Prof. Doutora Conceição Manso, pela disponibilidade e ajuda numa parte importantíssima deste trabalho.

A todos os pacientes que disponibilizaram um bocadinho do seu precioso tempo.

A todos os docentes que contribuíram na minha formação.

Aos meus pais pelo amor, carinho e valores que me inculcaram.

Ao meu irmão que será sempre um exemplo.

Ao João Mário, pelo amor, paciência e apoio em todos os momentos.

Aos meus colegas de casa, Raquel e João, que durante os últimos anos se tornaram uma família para mim.

Aos meus amigos de infância, Renata e Sérgio, por me acompanharem em todos os momentos.

Aos meus amigos mais próximos por estarem presentes nas alturas certas.

Índice

Lista de Abreviaturas.....	X
Índice de Figuras	XI
Índice de Tabelas	XII
I. Introdução.....	1
II. Desenvolvimento.....	3
1. Epidemiologia.....	3
2. Perda Dentária	4
i. Causas	4
ii. Consequências	5
3. Reabilitação oral	7
i. Tipo de Próteses.....	7
ii. Tipo de desdentações	8
4. Qualidade de Vida	8
i. Características Biológicas.....	9
ii. Características Psicológicas	10
iii. Características sociais	11
5. Limitações do uso de prótese.....	11
i. Paladar	12
ii. Mastigação	12
iii. Fonética.....	12
iv. Desconforto.....	13
v. Estética/Aparência	13
vi. Dentes Pilares	14
6. Trabalho de Investigação	14
i. Objetivos.....	14
ii. Material e Métodos	15
ii.i Amostra	15
ii.ii Critérios de inclusão/exclusão.....	16
ii.iii Hipóteses	16
ii.v Critérios diagnóstico clínico.....	17
ii.vi Análise estatística	19

iii. Resultados.....	19
iii.i Caraterização da QVRSO em função de caraterísticas sócio-demográficas....	19
iii.ii Caraterização da QVRSO em função das caraterísticas da reabilitação protética	23
iii.iiiCaraterização da QVRSO em função das caraterísticas da avaliação clínica	32
7. Discussão	35
III. Conclusão	40
IV. Bibliografia.....	43
V. Anexos.....	47
Anexo A.....	47
Anexo B	50

Lista de Abreviaturas

ATM – Articulação Temporomandibular

GOHAI - Índice de Avaliação Geriátrica da Saúde Oral

IASO - Índice de Avaliação da Saúde Oral

MD – Médico Dentista

OHIP – Oral Health Impact Profile

PPA – Prótese Parcial Acrílica

PPE – Prótese Parcial Esquelética

PT – Prótese Total

QVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral

Índice de Figuras

Figura 1 – Diagrama de dispersão para a relação entre o índice ASO e a idade.	21
Figura 2 - Diagrama de dispersão para a relação entre o índice ASO e tempo de utilização de próteses: a) superior e b) inferior.	27

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição de valores do índice de Avaliação da Saúde Oral, e suas dimensões Física, Psicológica e de Dor	20
Tabela 2- Distribuição do índice de Avaliação da Saúde Oral segundo o gênero, idade e estado civil.....	21
Tabela 3- Distribuição do índice de Avaliação Saúde Oral segundo Doenças Crônicas	22
Tabela 4- Distribuição por domínios da Avaliação Saúde Oral segundo características sócio-demográficas	23
Tabela 5- Distribuição da Avaliação Saúde Oral segundo satisfação	24
Tabela 6- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo tipo de desdentação.....	25
Tabela 7- Distribuição da Avaliação Saúde Oral segundo o tipo de prótese	26
Tabela 8- Estatísticas para tempo de utilização de prótese (anos)	26
Também dicotomizando o tempo de utilização de próteses (Tabela 9) se confirma uma ausência de relação entre esta variável e o índice ASO ($p>0,05$).....	27
Tabela 9- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo o tempo de utilização de Prótese	27
Tabela 10 - Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo o profissional que confeccionou a prótese	28
Tabela 11- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo a frequência que passou a consultar o Médico Dentista	28
Tabela 12- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo o tipo de prótese.....	29
Tabela 13- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da reabilitação protética	30
Tabela 14- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da reabilitação protética	31
Tabela 15- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da reabilitação protética	32
Tabela 16- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo a retenção protética.....	33
Tabela 17- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo estabilidade da prótese.	33
Tabela 18- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da avaliação clínica	34

I. Introdução

Com o objetivo de restaurar as peças dentárias e tecidos de suporte perdidos, restabelecendo a forma e a função, surgem as próteses dentárias. Embora existam diferentes tipos de próteses, a prótese removível, é aquela que apesar de apresentar menos benefícios é muitas vezes a primeira opção por questões económicas.

A qualidade de vida é um conceito individual, ou seja, varia de indivíduo para indivíduo, interpretando-se pela satisfação em relação a determinado fator. O tratamento protético melhora a qualidade de vida das populações a nível biológico/funcional, psicológico e social. Uma prótese capaz de executar as suas funções corretamente, é aquela que apresenta uma boa retenção e estabilidade, mas, após a perda dentária, a cavidade oral sofre diversas alterações irreversíveis, que podem condicioná-las. Há uma reabsorção contínua do rebordo alveolar e alterações do equilíbrio neuro-muscular que conduzem a várias alterações da cavidade oral. Fatores como estado cognitivo do paciente, motivação e expectativas do paciente, influenciam a sua satisfação num domínio psicológico. O domínio social está em muitos casos associado à aparência do indivíduo.

Apesar dos benefícios que o tratamento protético oferece à qualidade de vida das populações, estão-lhe implícitas algumas limitações, tais como: a mastigação, fonética, desconforto, estética e conservação dos dentes pilares no caso dos desdentados parciais. A diminuição de mecanoreceptores conduz a alterações negativas na mastigação, passando a formar-se um bolo alimentar menos competente. A existência de material protético em regiões onde a língua contacta podem reproduzir um discurso menos eficaz. As alterações constantes da cavidade oral provocam um desajuste das próteses, que causam traumatismos dolorosos. O conceito de estética é muito subjetivo e nestes casos pode associar-se com a cor escolhida, localização da área edêntula, material de confecção, etc. Os dentes pilares, que suportam os retentores, sofrem traumas constantes, levando a uma reabsorção óssea e conseqüente recessão dos tecidos adjacentes, podendo ocorrer a perda destes dentes.

A escolha deste tema focou-se, essencialmente, no gosto pela área de prostodontia. Sendo cada paciente reabilitado único, é difícil, muitas das vezes enquanto profissional, corresponder a todas as suas expectativas. Desta forma, foi importante para mim avaliar a sua qualidade de vida física, psicológica e social.

Esta dissertação tem como principal objetivo avaliar a satisfação dos pacientes portadores de próteses removíveis nas CPMD da Universidade Fernando Pessoa, no que remete à qualidade de vida e à sua influência na condição oral.

O presente trabalho é constituído por duas partes, uma de revisão bibliográfica e outra de investigação científica. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa do tema com as palavras-chave: “removable prosthetic dental”, “satisfaction”, “removable dental prosthesis”, “removable dental prosthodontics”, “tooth loss”, “oral satisfaction”, “prosthesis”, “removable dentures”, “quality life”, “dentures”. A pesquisa limitou-se a artigos de revisão ou casos clínicos desde o ano de 2008 a 2014 e a livros publicados na área da reabilitação protética. No total foram encontrados 108 artigos dos quais se selecionaram 38, usando-se como critério de exclusão o fato da pesquisa não fazer referência à qualidade de vida, ou não se relacionar com a medicina dentária. A segunda parte foi composta por um trabalho de campo, com vista na determinação da relação entre Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral e factores socio-demográficos, protéticos e clínicos. Tratou-se de um estudo transversal, baseado na aplicação de um questionário.

No estudo realizado, verificou-se que os pacientes que afirmam estar satisfeitos com a sua prótese são aqueles que apresentam maior QVRSO (30%). O edêntulismo total ou a Classe I de Kennedy inferior são o tipo de desdentação que mais contribui para uma pior QVRSO (20,9%).

Não foi encontrada, no presente estudo, qualquer associação entre QVRSO e factores socio-demográficos ou parâmetros de avaliação clínica, pelo que é fundamental a realização de investigações futuras sobre o tema com recurso a uma amostra populacional maior e a critérios mais objetivos.

II. Desenvolvimento

1. Epidemiologia

O aumento da esperança média de vida das populações foi uma das grandes conquistas da humanidade. A melhoria das condições de vida satisfaz esta condição implicando um envelhecimento das populações. Este ocorre em todo o mundo devido a um declínio das taxas de fecundidade, ao crescimento da qualidade de vida e à diminuição da taxa de mortalidade (Ha et al., 2012); (Goiato et al., 2012).

O número de 20 dentes naturais é o geralmente aceite, pela OMS, como critério para determinar uma dentição natural funcional (OMS, 1992, cit. in Zhang et al. 2012).

Nas próximas décadas 50% dos indivíduos terá mais de 65 anos de idade. Mesmo em países desenvolvidos, onde os cuidados com saúde oral são significativamente maiores, o número de pacientes edêntulos é considerado alto. *De acordo com o banco de dados oral global da Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência de edêntulismo em idosos com mais do que 65 anos foi mostrado como 41% na Finlândia e 46% no Reino Unido (Bilhan et al., 2012).*

O processo de envelhecimento não é exclusivo da Europa, sendo cada vez mais crescente e com uma condição de edêntulismo ainda considerável, variando entre os 15% e 72%. Do outro lado do planeta, no Canadá o envelhecimento da população encontra-se nos 58%, na América do Norte verifica-se que entre 25% a 72% das populações são edêntulas (Pan et al., 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (2014) *entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, em Portugal.*

Em todas as comunidades verifica-se um elevado número de indivíduos desdentados e com tendência crescente no futuro devido ao aumento da esperança média de vida (Albaker, 2013).

2. Perda Dentária

O termo "edêntulismo" reflete uma deficiência de órgão que geralmente ocorre em pessoas idosas e que tem um profundo impacto sobre qualidade de vida (Baran & Nalcaci, 2011).

É uma forma de deficiência física devido à diminuição da capacidade de comer e interagir socialmente e a Classificação Internacional da Função, Incapacidade e Saúde tenta colocar o edêntulismo na igualdade com outras doenças não transmissíveis (Cakir et al., 2014).

i. Causas

Segundo Zarb et al. (2004), Ha et al. (2012), Khalifa et al. (2012) as principais causas para perda dentária são as cáries e a doença periodontal. *Estas doenças são altamente prevalentes em todo o mundo, sendo que perto de 100% e 90% dos adultos têm cárie dentária e doença periodontal, respectivamente (Furuta & Yamashita, 2013).* Estas doenças são causadas essencialmente pela acumulação de placa bacteriana e pela má higiene oral.

Doença periodontal é uma infeção crónica microbiológica caracterizada por uma inflamação persistente, colapso do tecido conjuntivo e destruição do osso alveolar (Dhingra, 2012).

Cárie Dentária é uma doença dos tecidos mineralizados (...) caracterizada pela desmineralização da porção mineral dos tecidos seguida da desintegração do material orgânico, causada pela acção de microorganismos durante a fermentação de hidratos de carbono (Allen, 2002).

Associado a estas duas causas principais, o hábito tabágico e a presença de doenças crónicas como: diabetes, hipertensão, osteoporose ou hiperlipidemia tornam os pacientes idosos mais propensos à perda dentária (Veiga et al., 2012); (Khazaei et al., 2013).

Mas existem outros fatores responsáveis pelo edêntulismo como: atitude/comportamento do paciente, comparecimento às consultas de medicina dentária, ambiente cultural do paciente, meios financeiros... (Zarb et al., 2004); (Khazaei et al., 2013); (Ha et al., 2012); (Khalifa et al., 2012).

ii. Consequências

O corpo humano sofre uma constante remodelação, portanto a cavidade oral não fica excluída. O envelhecimento fisiológico do organismo é um dos responsáveis pela remodelação existente, ou seja, durante toda a vida existe uma constante reabsorção óssea que, quando é mais acentuada, pode conduzir à perda de peças dentárias. Por outro lado esta reabsorção pode também ser consequência da perda de dentes, sendo mais acentuada no primeiro ano após essa perda dentária (Allen, 2002). A perda dentária por sua vez, influencia negativamente as funções do aparelho estomatognático (mastigação deficiente, fonética alterada, patologia da articulação temporomandibular) e estética (Kim et al., 2010); (Goiato et al., 2012); (Albaker, 2013).

O processo de mastigar ocorre pela ação dos dentes, músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e da língua, quando o alimento é intruduzido na cavidade oral os incisivos tem a função de o quebrar e os dentes posteriores de o moer. O sistema mastigatório apresenta mecanismos reflexos (mecanorreceptores), responsáveis pela resposta a estímulos mecânicos. Estes encontram-se nos músculos, tendões, articulações e estruturas periodontais e regulam o movimento mandibular durante o processo mastigatório. Quando há perda de dentes estes mecanismos ficam reduzidos e a capacidade de mastigação também. Pacientes nesta condição apresentam menor capacidade para formar um bolo alimentar adequado, refletindo-se diretamente na deglutição (parte integrante da função oral) que será ineficaz. Alterações a este nível conduzem a dieta alimentar fraca, pois serão selecionados alimentos ricos em hidratos de carbono, pobres em fibras e proteínas conduzindo a estados de malnutrição e consequente alteração da saúde sistêmica do idoso (Zarb et al., 2004); (Ha et al., 2012); (Khalifa et al., 2012); (Carr & Brown, 2012); (Furuta & Yamashita, 2013)

Em conformidade com Veiga et al. (2012) as causas para a redução do rebordo alveolar em volume, altura e largura são: o estado do alvéolo após extração, a causa da extração, a extensão e localização do espaço edêntulo, a duração do edêntulismo, o stress provocado no rebordo alveolar, parafunções, o suporte mucoso da prótese e o tipo de reabilitação da arcada antagonista. Alguns fatores sistêmicos agravam mais esta situação, como: osteoporose, hipertiroidismo, diabetes, medicação (corticóides ou tiroxina)... *Isto não acontece em todos os indivíduos de igual forma, mas regra geral a perda óssea é maior na mandíbula do que na maxila e maior na região posterior que anterior. A nível de mucosa também existe uma substituição de gengiva aderida ao osso por mucosa oral menos queratinizada* (Carr & Brown, 2012).

Quando há ausência de dentes no setor anterior é constatada uma dificuldade na articulação de determinadas palavras. Esta alteração negativa na função fonética pode também representar um impacto social e psicológico muito grande no indivíduo pois impede a comunicação correta, a integração social e a auto-confiança do mesmo (Allen, 2002).

A estética dentária resultante da perda de dentes é por vezes sobreponível ao impacto da perda de função, sendo dos fatores com maior importância para o paciente (Carr & Brown, 2012).

Um indivíduo nestas circunstâncias apresenta uma destruição esquelética que distorce o perfil mole, passando a ter uma aparência prognática, um estreitamento do lábio, uma redução do ângulo labio-dentário, um aprofundamento do sulco nasolabial, uma redução do ângulo labial horizontal e um aumento do ângulo do lábio (Zarb et al., 2004). *Existem características faciais que são alteradas com a perda dentária, tais como o suporte labial e a dimensão vertical de oclusão* (Carr & Brown, 2012).

De modo geral a perda de dentes afeta a pronúncia, aparência, qualidade de vida, mastigação e por conseguinte o estado nutricional dos pacientes (Lee et al., 2012).

3. Reabilitação oral

O objetivo principal das restaurações dentárias é substituir dentes perdidos. A restauração é o termo geral para qualquer material ou prótese que substitui a estrutura do dente perdido: dentes ou tecidos orais (Khazaei et al., 2013). Este tipo de tratamento tenta cumprir a necessidade normativa, sentida e expressa de um indivíduo desdentado (Zhao et al., 2013).

Perante uma perda dentária deve existir um restabelecimento da função e da estética. *A falta de dentes e tecidos de suporte orais têm sido tradicionalmente substituídos por próteses parciais removíveis ou fixas. Nos últimos 40 anos, os implantes dentários têm sido uma opção alternativa* (Dhingra, 2012).

i. Tipo de Próteses

A seleção do tipo de prótese deve ser precedida de uma anamnese, exame clínico e diagnóstico correto. Assim sendo, é possível alegar que existem 3 hipóteses para reabilitação oral: prótese removível (parcial ou total) suportada por dentes, mucosas ou implantes e prótese fixa suportada por dentes ou implantes (Shetty et al., 2014); (Zhang et al., 2012); (Kim et al., 2010); (Al-Quran et al., 2011); (Khazaei et al., 2013); (Allen, 2002)

De acordo com Allen (2002) e Dhingra (2012) a reabilitação convencional com próteses removíveis está indicada: na substituição de espaços edêntulos posteriores (Classe I e II de Kennedy), na substituição de Classes III e IV de Kennedy se o espaço é demasiado largo para prótese fixa ou a perda de osso é muito extensa que exige enxerto ósseo, na substituição de dentes extraídos recentemente se há comprometimento da estética da região anterior, conforme as considerações financeiras e caso exista uma falha na cimentação ou risco de fratura do pilar em caso de reabilitação fixa.

ii. Tipo de desdentações

A ausência de dentes é muito comum nas populações uma vez que estas são cada vez mais envelhecidas. As arcadas podem ser classificadas como total ou parcialmente desdentadas.

As arcadas dentárias parcialmente desdentadas foram classificadas por Kennedy, que as dividiu em quatro classes: Classe I existência de áreas desdentadas bilaterais posteriores aos dentes remanescentes; Classe II área desdentada unilateral posterior aos dentes remanescentes; Classe III área desdentada unilateral com dentes remanescentes anteriores e posteriores a esta e Classe IV área desdentada única bilateral anterior aos dentes remanescentes (Carr & Brown, 2012); (Fernández & Montalva, 2007).

4. Qualidade de Vida

Segundo a OMS a Qualidade de Vida é *a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Diniz & Schor, 2006). De acordo com Dable et al., (2013) é uma experiência subjetiva biológica e psicossocial, influenciada pelo ambiente pessoal e sócio-cultural.

Qualidade Vida relacionada com Saúde Oral (QVRSO) é uma construção multidimensional que refere como as condições orais podem perturbar o funcionamento normal de um indivíduo (Montero et al., 2013).

Ao longo dos tempos a esperança média de vida tem aumentado mas isso não se traduz num aumento da qualidade de vida (Ueda et al., 2010). Problemas orais são mais crónicos e graves, sobretudo em idosos, uma vez que foram negligenciados em detrimento de outros problemas de saúde sistémicos (Dable et al., 2013).

Qualidade de Vida não é exclusivamente relacionada com a presença ou ausência de saúde. A perda de dentes naturais apresenta um impacto negativo sobre algumas funções (mastigação, fala...) e estética do aparelho estomatognático. A saúde geral é um dos aspectos mais importantes da qualidade de vida dos indivíduos, no entanto a saúde oral é igualmente extremamente relevante. Isto porque a existência de problemas na cavidade oral pode comprometer determinadas necessidades básicas, como a mastigação dos alimentos, estética, discurso, que levam à irritabilidade e perda de estabilidade mental (Pan et al., 2008); (Dable et al., 2013).

Actualmente quando se avalia a Qualidade de Vida têm-se em consideração os seguintes domínios: físico, psicológico e social (Atieh, 2008); (Dable et al., 2013); (Cakir et al., 2014).

A reabilitação protética tem como objetivo produzir maior qualidade de vida ao indivíduo nos três domínios. Segundo Nazdrajic (2011) pacientes com novas próteses mostraram significativamente melhor Qualidade de Vida em relação ao período pré-tratamento e comparando com pacientes portadores de próteses antigas. *Edêntulismo tem efeitos inegáveis sobre o estado fisiológico, estético, biológico, social e psicológico dos indivíduos* (Baran & Nalcaci, 2011).

i. Características Biológicas

Na reabilitação oral é importante ter em conta diversas características biológicas/funcionais dos pacientes, pois podem estar relacionadas com a sua satisfação.

É importante realizar uma história clínica detalhada sobre os aspectos que estão relacionados com a perda dentária e as consequências desta na cavidade oral. Muitas das vezes são as alterações constantes na cavidade oral, tais como o grau de reabsorção do rebordo, que conduzem a essa insatisfação. Este é um fator imprescindível no momento de escolha do tipo de reabilitação assim como na sua confecção. *O clínico é essencialmente um educador em saúde, que atua para restaurar, proteger e promover a saúde dos pacientes. Para uma atuação competente, é necessária a obtenção de uma história clínica completa e abrangente* (Diniz & Schor, 2006).

Dado que a população reabilitada é majoritariamente idosa, a sua saúde sistémica está muitas vezes debilitada. Pacientes com estados de saúde mais frágeis tendem a apresentar menor satisfação. O recurso a diversos fármacos que podem provocar xerostomia (sensação de boca seca) vai influenciar a satisfação dos pacientes, a nível da retenção das próteses como da função mastigatória (Furuta & Yamashita, 2013).

A presença de doenças sistémicas ou dor crónica provoca desconforto físico constante que limita as atividades diárias dos pacientes (Diniz & Schor, 2006).

ii. Características Psicológicas

As características psicológicas são também responsáveis pela satisfação dos pacientes. Como afirmado anteriormente a maioria dos pacientes reabilitados são idosos, portanto encontram-se nesta situação devido ao envelhecimento fisiológico. Mas a condição socio-económica e experiências anteriores com medicina dentária também têm o seu contributo. Segundo Diniz & Schor (2006) o conhecimento do clínico quanto à forma de abordar pacientes e induzir mudanças positivas é fundamental na formação do profissional. Este deve criar empatia e ter a sensibilidade de entender a condição sócio-económica e psicológica de cada paciente.

A perda de dentes tem um impacto negativo nas emoções e na QVRSO (Khalifa et al., 2012). A personalidade dos pacientes muitas das vezes não é considerada, embora seja um fator importante a considerar na QVRSO, pois altera as suas interpretações de forma significativa (Özhayat, 2013).

A motivação dos pacientes para a confecção das próteses é de extrema importância. Muitas das vezes por se tratar de pacientes idosos, e por consequência com redução da capacidade intelectual, não percebem a necessidade de utilizar próteses e por sua vez são incapazes de se adaptar. *O sucesso do tratamento convencional depende essencialmente de como o paciente se adapta a ultrapassar as limitações por um processo de treino (Albaker, 2013). Os idosos precisam de tempo para aceitar as coisas que são novas para eles (Dable et al., 2013).*

Segundo Baran & Nalcaci (2011) as expectativas dos pacientes são um critério importante na aceitação das próteses.

A reabilitação protética convencional não termina com o momento de entrega da prótese, exige que o indivíduo faça controlos regulares para que a satisfação a longo prazo esteja garantida. Isto não significa que estas não possam provocar alterações biológicas, assim como não possam produzir emoções e sentimentos negativos. *Atitude e comportamento são uma das maiores influências sobre o estado de saúde oral em países desenvolvidos, atitudes apresentam uma carga emocional (positiva ou negativa) que persistem ao longo do tempo* (Dable et al., 2013).

iii. Características sociais

Independentemente das diferenças raciais, culturais, religiosas, idade, género ou escolaridade todos os indivíduos procuram o mesmo, isto é, uma forma de lidar com aquilo que causa desconforto/tristeza ao indivíduo (Ogata & Marchi, 2008).

O desconforto com as próteses e o comprometimento da capacidade de comunicação dos pacientes pode conduzir a problemas psicosociais (Cakir et al., 2014).

5. Limitações do uso de prótese

Após terem perdido dentes naturais com funções essenciais ao organismo, há a possibilidade de os substituir com recurso a próteses adaptadas por médicos dentistas. Estas vão restabelecer a estética, a função e oferecer melhor qualidade de vida (Rodrigues et al., 2010).

Muitos pacientes referem limitações das suas reabilitações, ou seja, determinados aspectos em que a qualidade de vida em pacientes não está tão satisfatória como por exemplo: mastigação, fonética, conforto e estética (Goiato et al., 2012).

i. Paladar

Segundo Son et al. (2012) o paladar é um fator importante na deglutição voluntária, alterações no paladar e na redução sensorial provocam grandes mudanças no movimento da deglutição.

ii. Mastigação

Num estudo de Bessadet et al. (2013) verificou-se frequências mastigatórias menores em portadores de prótese removível, isto é indicativo que a reabilitação da função mastigatória não é eficaz. Afirma ainda que pacientes portadores de próteses perdem a precisão da força a aplicar para esmagar os alimentos, devido a uma redução da propriocepção por perda de unidades biológicas dentárias. Estas não conseguem ser restabelecidas pela mucosa.

A má adaptação das próteses acelera o processo de reabsorção que ocorre após a perda de dentição, isto causa desconforto e redução da eficácia mastigatória. Afetando de forma significativa a ingestão de determinados alimentos, o que altera a condição nutricional dos pacientes (Goiato et al., 2012).

Muitos pacientes alteram *a composição das suas dietas, evitando alimentos específicos ou modificando alguns alimentos para os tornar mais fáceis de comer* (Savoca et al., 2011).

iii. Fonética

O processo de falar *envolve fenómenos acústicos e motores para os quais a integridade das estruturas envolvidas é essencial. A falta de dentes e a utilização de prótese dentária pode influenciar o discurso já que os dentes determinam a produção de sons que podem afetar a emissão de sons, especialmente /s/* (Rodrigues et al., 2010).

Quando comparada com outros tipos de reabilitação a eficácia do discurso é mais insatisfatória nas próteses removíveis. São vários os pacientes que se sentem desconfortáveis na comunicação com os outros. Muitos têm receio que esta possa projetar-se para fora da cavidade oral devido à retenção que apresenta (Al-Quran et al., 2011); (Albaker, 2013). De acordo com Dable et al. (2013) 53,97% dos entrevistados citou problemas em falar (muitas vezes ou sempre) devido à perda de dentes ou prótese.

Segundo Bilhan et al. (2012) a sobreextensão das próteses superiores para o palato pode ser a causa de dificuldades fonéticas.

No entanto é de salientar que próteses removíveis confeccionadas com base no conceito de zona neutra, isto é, considerando as acções sinérgicas dos músculos e próteses tem melhor qualidade fonética (Al-Magaleh et al., 2012). A função fonética é uma habilidade complexa e requer um período de adaptação prolongado (Komagamine et al., 2012).

iv. Desconforto

O desconforto oral nos portadores de prótese é uma característica comum, (Komagamine et al., 2012) muitas das vezes pacientes com reabilitações protéticas antigas referem este aspeto (Goiato et al., 2012).

Segundo Dable et al. (2013) num estudo publicado referem que cerca de 49,21% dos entrevistados não foram capazes de comer sem desconforto, enquanto que cerca de 36,51% participantes concordaram que tomaram a medicação para aliviar a dor e desconforto ao redor da boca.

v. Estética/Aparência

A visibilidade da superfície dos dentes anteriores com os lábios em repouso ou durante a função é um fator importante na determinação do resultado protético. Qualquer tratamento protético, removível ou fixo, que envolve a substituição do segmento anterior é considerado crítico (Shetty et al., 2014).

A seleção da cor dos dentes artificiais é uma importante limitação da prótese. Esta é em muitos casos feita aleatoriamente e segundo Ueda et al. (2010) há uma diferença significativa nessa seleção de cor, *os dentes naturais correspondem 39% ao tipo C, 32% ao tipo D, 22% ao tipo A e 7% ao tipo B, enquanto os dentes artificiais corresponde 97% ao tipo A, 2% ao tipo B e 1% ao tipo C.*

A visibilidade dos retentores contituíntes das próteses parciais removíveis é para muitos uma limitação. A presença destes em regiões anteriores pode interferir na estética (Shetty et al., 2014).

vi. Dentes Pilares

É importante que o desenho de construção da prótese tenha em consideração as forças aplicadas nos dentes pilares. O uso de prótese removível aumenta a formação de placa bacteriana na área dos dentes remanescentes, provocando por sua vez um risco acrescido de cáries e doença periodontal nos mesmos (Dhingra, 2012); (Jorge et al., 2012).

O uso de próteses desajustadas favorece a reabsorção do rebordo alveolar, devido às tensões causadas nos tecidos. Isto afeta negativamente a retenção e estabilidade da mesma, podendo desta forma afetar os dentes pilares (Jorge et al., 2012); (Xie et al. & De Baat et al., cit. in Veiga et al. 2012).

Segundo Cabanilla et al. (cit. in Dhingra 2012) se existir uma reabilitação com prótese removível o risco de perda de dentes pilares é 3,05 vezes maior do que se a reabilitação for com prótese fixa.

6. Trabalho de Investigação

i. Objetivos

Este estudo é do tipo observacional transversal.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a satisfação de pacientes portadores de próteses removíveis nas CPMD da Universidade Fernando Pessoa, no que remete à qualidade de vida e à influência na sua condição oral.

Os objetivos específicos são: avaliar como as características socio-demográficas (idade, género, estado civil, nível educacional) podem afetar a qualidade de vida relacionada com saúde oral (QVRSO), avaliar como as características da reabilitação podem afetar a QVRSO e avaliar como as características da avaliação clínica podem afetar a QVRSO.

ii. Material e Métodos

Para elaboração deste trabalho foi efetuada uma revisão narrativa da literatura, usando a base de dados Pubmed (Medline) utilizando as seguintes palavras-chave: “removable prosthetic dental”, “satisfaction”, “removable dental prosthesis”, “removable dental prosthodontics”, “tooth loss”, “oral satisfaction”, “prosthesis”, “removable dentures”, “quality life” e “dentures”.

Os critérios de exclusão para esta pesquisa foram o fato do tema das publicações não fazer qualquer tipo de referência à qualidade de vida, ou não haver qualquer tipo de relação do tema com a medicina dentária, não sendo esta de todo mencionada. A pesquisa limitou-se a artigos de revisão ou casos clínicos desde o ano de 2008 a 2014. Foram ainda consultados alguns livros publicados na área da reabilitação protética como apoio para definições teóricas.

Foram pesquisados/encontrados um total de 108 artigos, dos quais foram selecionados 38.

ii.i Amostra

Participaram neste estudo 100 pacientes que frequentam as CPMD da Universidade Fernando Pessoa. Ambos os géneros foram incluídos na amostra, sendo que não existiu uma pré-determinação do número de homens e mulheres, uma vez que essa comparação não é o objetivo do estudo. Os participantes, adultos, foram selecionados respeitando os

critérios de inclusão/exclusão. Todos os participantes do estudo autorizaram a participação através do Consentimento Informado (Anexo A).

ii.ii Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão são adultos que sejam pacientes CPMD da Universidade Fernando Pessoa. Por sua vez os critérios de exclusão são pacientes não portadores de prótese removível, pacientes que sofram algum problema psicológico e físico que altere a dieta alimentar, pacientes submetidos a radioterapia orofacial e pacientes que recusem participar no estudo.

ii.iii Hipóteses

A QVRSO poderá não ser semelhante em todos os grupos, pelo que se testará sob hipótese nula (H_0) uma ausência de associação ou ausência de diferença, e sob hipótese alternativa (H_1) a existência de associação ou existência de diferença. As relações pesquisadas neste estudo (sob forma de teste de hipóteses) estão indicadas em seguida:

- a) Relação entre QVRSO e idade
- b) Relação entre QVRSO e estado civil
- c) Relação entre QVRSO e nível educacional
- d) Relação entre QVRSO e satisfação com a prótese
- e) Relação entre QVRSO e tipo de desdentação
- f) Relação entre QVRSO e tipo de reabilitação removível
- g) Relação entre QVRSO e ano confecção da mesma
- h) Relação entre QVRSO e profissional que confeccionou
- i) Relação entre QVRSO e frequência que passou a consultar o Médico Dentista
- j) Relação entre QVRSO e a retenção e estabilidade da prótese

ii.iv Instrumentos de colheita de dados

Utilizou-se um inquérito (Anexo B) elaborado para recolher a informação, sob a forma de entrevista, aplicado junto à população-alvo nos meses de Fevereiro a Junho de 2014.

Este questionário é composto por diferentes partes que permitem avaliar fatores socio-demográficos, aspetos relacionados com a confecção da prótese, satisfação e aspetos da Qualidade Vida Relacionada com Saúde Oral (QVRSO).

A primeira parte, fatores socio-demográficos, é composta por 6 perguntas: idade, género, estado civil, escolaridade, hábitos tabágicos e doenças crónicas.

A segunda parte, aspetos relacionados com a confecção da prótese, é composta por 5 questões: tipo de prótese removível superior e inferior, classificação de Kennedy superior e inferior, quem confeccionou a prótese, frequência com que passou a consultar o Médico Dentista e satisfação.

Para efeitos de análise de dados os desdentados totais como não integram a Classificação de Kennedy foi-lhe atribuída a classificação de Classe 0.

A terceira parte, avaliação clínica, tem 2 perguntas: retenção superior e inferior e estabilidade superior e inferior.

A parte do inquérito correspondente à avaliação da QVRSO, quarta parte, foi realizada a partir de uma adaptação do índice de GOHAI (Índice de Avaliação Geriátrica da Saúde Oral) em IASO (Índice de Avaliação da Saúde Oral). Este já foi usado em diversos ensaios clínicos para avaliação problemas de saúde oral nos idosos (Atieh, 2008); (A-Dan & Jun-Qi, 2011); (Albaker, 2013).

ii.v Critérios diagnóstico clínico

Foram definidos critérios de diagnóstico para que a recolha de dados fosse mais uniforme no decorrer do estudo. Para cada critério foi considerada sempre a opção de não aplicabilidade (código 8) ou não registo (código 9).

Grau de Escolaridade: O grau de escolaridade foi categorizada em quatro opções: sem escolaridade quando os pacientes afirmam nunca terem frequentado a escola e não

possuírem qualquer tipo de escolaridade; básico quando referem até 9 anos de escolaridade, secundário consideramos quando indica a frequência de mais de 9 anos de escolaridade ou de um curso de formação média e superior quando refere ter frequência ou curso superior completo.

Classificação de Kennedy: Todos os desdentados parciais foram classificados com base nesta classificação. Para efeitos de análise de dados os desdentados totais, como não a integram, foi-lhe atribuída a classificação de Classe 0.

Satisfação com a prótese: Satisfação que o indivíduo sente na globalidade com o dispositivo protético.

Retenção e Estabilidade: Aplicou-se o Índice de Nevalainen Modificado (Catovic, 2003, cit.in Gavinha 2010) para avaliação dos factores clínicos. A retenção (aplicar uma força discreta com o dedo indicador) deve ser classificada em boa (boa resistência à tracção vertical e resistência suficiente às forças laterais), satisfatória (ligeira ou moderada resistência à tracção vertical, pouca resistência às forças laterais) ou insatisfatória (nenhuma resistência à tracção vertical e nenhuma resistência às forças laterais) e a estabilidade (aplicar uma força ligeira de rotação com os dedos indicador e polegar na zona pré-molar e observar o deslocamento no lado contra lateral) classificável em boa (ligeiro ou nenhum movimento da prótese removível sob pressão), satisfatória (movimento moderado quando aplicada força nas estruturas de suporte) ou insatisfatória (movimento acentuado quando aplicada pressão sob as estruturas de suporte).

QVRSO: O questionário usado na Avaliação Saúde Oral (ASO) apresenta 11 questões que incluem 3 domínios: físico, psicológico e dor (Atieh, 2008). Uma vez que a qualidade de vida que as próteses proporcionam é que determinam a satisfação, esta variável passa a considerá-la de forma mais minunciosa. Cada questão tem 3 respostas possíveis “sempre”, “às vezes” e “nunca” à qual se atribui uma pontuação de 1, 2 e 3 respetivamente, apenas no critério estética a pontuação é atribuída de forma inversa. O valor de QVRSO pode variar entre 11 e 33, sendo que o valor mais alto corresponde a melhor QVRSO, a divisão corresponde a alto (31-33), médio (28-30) e baixo (igual ou

inferior a 27). O domínio físico engloba mastigação, fonética, paladar, sintomas de DTM e estado dos dentes pilares, classificado como alto para valores de 21, moderado para valores de 20 e baixo para igual ou inferior a 19. O domínio psicológico engloba estética e contato social, classificado como alto para valores 9, moderado para valores 8 e baixo para igual ou inferior a 7. O domínio dor engloba dor/desconforto, classificado como alto para valores 3, moderado para valores 2 e baixo para igual ou inferior a 1.

ii.vi Análise estatística

A análise de dados foi elaborada com recurso ao *Software Microsoft Excel 2010*® e *IBM® IBM® Statistics* versão 22.0.

A descrição de variáveis qualitativas/categóricas foi realizada através de contagens absolutas (n) e relativas (%).

A avaliação de relação/associação entre variáveis qualitativas foi realizada com recurso ao teste de Qui-quadrado. Para variáveis quantitativas a associação/relação bivariada foi também testada usando o coeficiente de correlação de Spearman (por se ter detetado falta de normalidade na distribuição dessas variáveis, através do teste de Kolmogorov-Smirnov). Todas as comparações foram efetuadas com um nível de significância 0,05.

iii. Resultados

iii.i Caracterização da QVRSO em função de características sócio-demográficas

A amostra é constituída por 100 pacientes, sendo 73 do género feminino (73%) e 27 do género masculino (27%). Têm idades compreendidas entre 31 e 88 anos, com uma média (\pm desvio padrão) 59,9 (\pm 12,2) anos. Em relação ao estado civil 50 dos pacientes são casados, 16 são solteiros, 17 são divorciados e 17 são viúvos.

O índice ASO variou entre 18 e 33 pontos, apresentando uma média de 29,0 ($\pm 3,0$) pontos (Tabela 1). Após categorização (ver secção 6.ii.v), verificou-se que 37% destes pacientes se avaliaram numa categoria alta de ASO, 34% como média e 29% como baixa (Tabela 2).

Tabela 1- Distribuição de valores do índice de Avaliação da Saúde Oral, e suas dimensões Física, Psicológica e de Dor

	N	média (\pm DP)	Mediana (P25-P75)	Min-Máx
Índice ASO	100	29,1 ($\pm 3,0$)	30 (27-31)	18 – 33
Dimensão Física	100	17,8 ($\pm 2,4$)	18 (16-20)	10 – 21
Dimensão Psicológica	100	8,4 ($\pm 1,1$)	9 (8-9)	3 – 9
Dimensão Dor	100	2,8 ($\pm 0,4$)	3 (3-3)	1 – 3

O índice de avaliação da saúde oral (Tabela 2) não difere significativamente por género, nem se encontra significativamente associado com a faixa etária ou com o estado civil dos portadores de prótese ($p > 0,05$). O índice de avaliação da saúde oral e a idade (dados originais e não categorizados em faixa etária) apresentam uma inexistência de relação e não significativa ($r_s = 0,171$, $p = 0,088$) como pode ser observado na figura 1.

No que diz respeito ao grau de escolaridade a amostra apresenta 5 pacientes que não têm escolaridade (5%), 66 frequentaram o ensino básico (66%), 19 frequentaram ensino secundário (19%) e 10 frequentaram o ensino superior (10%). O índice ASO em pacientes com ensino básico é superior (25%), seguido dos pacientes com ensino secundário (7%), sem escolaridade (3%) e, por fim, ensino secundário (2%). Contudo, não existem diferenças significativas ($p = 0,855$) na distribuição da ASO em função do nível educacional (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição do índice de Avaliação da Saúde Oral segundo o género, idade e estado civil.

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Feminino	26	26%	22	22%	25	25%	73	73%
	Masculino	11	11%	12	12%	4	4%	27	27%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%

p=0,143

Faixa etária (anos)		n	%	n	%	n	%	n	%
	≤40		1	1%	2	2%	4	4%	7
[41,50]		5	5%	5	5%	7	7%	17	17%
[51,70]		21	21%	21	21%	13	13%	55	55%
>70		10	10%	6	6%	5	5%	21	21%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%

p=0,417

Estado civil		n	%	n	%	n	%	n	%
	Casado		20	20%	18	18%	12	12%	50
Solteiro		5	5%	6	6%	5	5%	16	16%
Divorciado		3	3%	7	7%	7	7%	17	17%
Viúvo		9	9%	3	3%	5	5%	17	17%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%

p=0,402

Escolaridade		n	%	n	%	n	%	n	%
	Sem Escolaridade		3	3%	1	1%	1	1%	5
Ensino Básico		25	25%	23	23%	18	18%	66	66%
Ens. Secundário		7	7%	6	6%	6	6%	19	19%
Ensino Superior		2	2%	4	4%	4	4%	10	10%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%

p=0,855

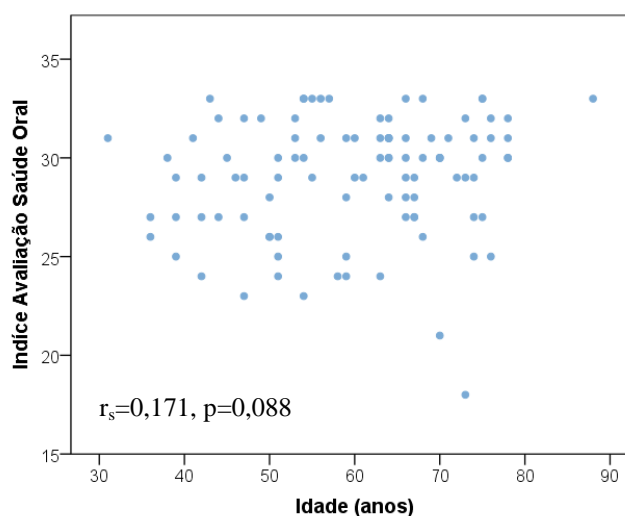


Figura 1 – Diagrama de dispersão para a relação entre o índice ASO e a idade.

A presença de doenças crónicas é relatada em 49 pacientes (49%), sendo exemplos, a osteoporose, o colesterol, a diabetes, a hipertensão, a patologia tiróideia, a patologia articular, a patologia cardíaca, a patologia respiratória, a patologia ocular, a patologia renal, a patologia gástrica e o cancro.

Quando comparados os valores do índice ASO em pacientes com doenças crónicas ou sem doenças crónicas (Tabela 3), verifica-se que não há diferenças significativas ($p=0,888$).

Tabela 3- Distribuição do índice de Avaliação Saúde Oral segundo Doenças Crónicas

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Doenças Crónicas	Ausente	20	20%	17	17%	14	14%	51	51%
	Presente	17	17%	17	17%	15	15%	49	49%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%

$p=0,888$

A avaliação da relação entre as características sócio-demográficas com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor (Tabela 4), permite concluir que não existe relação significativa ($p>0,05$).

Tabela 4- Distribuição por domínios da Avaliação Saúde Oral segundo características sócio-demográficas

		IASO físico						IASO psicológico						IASO dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)	≤40	0	0%	1	1%	6	6%	3	3%	1	1%	3	3%	5	5%	2	2%	0	0%
	[41,50]	1	1%	3	3%	13	13%	11	11%	2	2%	4	4%	15	15%	1	1%	1	1%
	[51,70]	8	8%	6	6%	41	41%	41	41%	4	4%	10	10%	48	48%	7	7%	0	0%
	>70	3	3%	4	4%	14	14%	16	16%	2	2%	3	3%	17	17%	4	4%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
		p=0,812						p=0,681						p=0,282					
Estado civil	Casado	8	8%	6	6%	36	36%	33	33%	5	5%	12	12%	42	42%	8	8%	0	0%
	Solteiro	1	1%	1	1%	14	14%	13	13%	1	1%	2	2%	15	15%	1	1%	0	0%
	Divorciado	0	0%	3	3%	14	14%	12	12%	2	2%	3	3%	16	16%	0	0%	1	1%
	Viúvo	3	3%	4	4%	10	10%	13	13%	1	1%	3	3%	12	12%	5	5%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
		p=0,339						p=0,925						p=0,069					
Escolaridade	Sem Escolaridade	1	1%	1	1%	3	3%	4	4%	0	0%	1	1%	3	3%	2	2%	0	0%
	Ensino Básico	10	10%	8	8%	48	48%	49	49%	5	5%	12	12%	57	57%	8	8%	1	1%
	Ensino Secundário	1	1%	3	3%	15	15%	14	14%	2	2%	3	3%	16	16%	3	3%	0	0%
	Ensino Superior	0	0%	2	2%	8	8%	4	4%	2	2%	4	4%	9	9%	1	1%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
		p=0,733						p=0,446						p=0,722					
Doenças Crónicas	Ausente	9	9%	6	6%	36	36%	37	37%	4	4%	10	10%	46	46%	4	4%	1	1%
	Presente	3	3%	8	8%	38	38%	34	34%	5	5%	10	10%	39	39%	10	10%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
		p=0,192						p=0,906						p=0,128					

iii.ii Caracterização da QVRSO em função das características da reabilitação protética

Dos indivíduos que participaram no estudo 62% encontram-se satisfeitos com as próteses que utilizam, sendo que desses 30% dizem ter melhor qualidade de vida (Tabela 5), apresentando uma relação significativa entre estar satisfeito e elevado grau de qualidade de vida (p=0,002).

Tabela 5- Distribuição da Avaliação Saúde Oral segundo satisfação

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfação	Insatisfeito	7	7%	13	13%	18	18%	38	38%
	Satisfeito	30	30%	21	21%	11	11%	62	62%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%
p=0,002									

O tipo de desdentação mais frequente no maxilar superior é a Classe II (Tabela 6). Sendo que esses pacientes referem um valor mais baixo do IASO, ou seja, pior qualidade de vida. No entanto, pacientes com este tipo de desdentação não apresentam diferenças significativas de índice ASO relativamente a qualquer outra Classe ($p>0,05$). Já no maxilar inferior, o tipo de desdentação mais frequente é a Classe I (48,1%), esses pacientes referem mais frequentemente um IASO médio. Detecta-se uma associação significativa ($p=0,015$) entre tipo de desdentação (Classificação de Kennedy) e índice ASO, com os pacientes com desdentação total inferior a dizer ter pior qualidade de vida enquanto os que apresentam Classe III a afirmar ter melhor qualidade de vida.

Tabela 6- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo tipo de desdentação

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação Kennedy Superior	Classe 0	4	4,4%	5	5,6%	6	6,7%	15	16,7%
	Classe I	6	6,7%	9	10%	5	5,6%	20	22,2%
	Classe II	9	10%	10	11,1%	11	12,2%	30	33,3%
	Classe III	12	13,3%	6	6,7%	6	6,7%	24	26,7%
	Classe IV	1	1,1%	0	0%	0	0%	1	1,1%
Total		32	35,6%	30	33,3%	28	31,1%	90	100%
p=0,590									
Classificação Kennedy Inferior	Classe 0	1	1,5%	3	4,5%	5	7,5%	9	13,4%
	Classe I	6	9%	13	19,4%	9	13,4%	28	41,8%
	Classe II	2	3%	4	6%	4	6%	10	14,9%
	Classe III	10	14,9%	2	3%	2	3%	14	20,9%
	Classe IV	4	6%	2	3%	0	0%	6	9%
Total		23	34,3%	24	35,8%	20	29,9%	67	100%
p= 0,015									

O tipo de reabilitação mais comum na maxila (Tabela 7) é a prótese parcial acrílica (56,7%) e na mandíbula este é também o tipo de reabilitação mais comum (46,3%). Não se deteta uma diferença ou associação entre diferentes tipos de prótese e a avaliação da saúde oral ($p>0,05$).

Tabela 7- Distribuição da Avaliação Saúde Oral segundo o tipo de prótese

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo Prótese Superior	Prótese Total	4	4,4%	5	5,6%	6	6,7%	15	16,7%
	Prótese Parcial Acrílica	20	22,2%	16	17,8%	15	16,7%	51	56,7%
	Prótese Parcial Esquelética	8	8,9%	9	10%	7	7,8%	24	26,7%
	Total	32	35,6%	30	33,3%	28	31,1%	90	100%
		p=0,878							
Tipo Prótese Inferior	Prótese Total	1	1,5%	3	4,5%	5	7,5%	9	13,4%
	Prótese Parcial Acrílica	13	19,4%	11	16,4%	7	10,4%	31	46,3%
	Prótese Parcial Esquelética	9	13,4%	10	14,9%	8	11,9%	27	40,3%
	Total	23	34,3%	24	35,8%	20	29,9%	67	100%
		p=0,341							

O tempo de utilização das próteses varia entre 0 anos (pacientes que as possuem à dias ou meses) até 43 anos (Tabela 8). Em média, o tempo de utilização de próteses para a maxila é 6,8 (± 8) anos e para a mandíbula é 5,4 ($\pm 6,7$) anos, e verifica-se que metade das pessoas usa a prótese superior há pelo menos 5 anos e a inferior há pelo menos 4 anos.

Tabela 8- Estatísticas para tempo de utilização de prótese (anos)

Tempo (anos) de utilização de:	N	média ($\pm DP$)	Mediana (P25-P75)	Min-Máx
Prótese superior	88	6,8 ($\pm 8,0$)	5 (0,3-10)	0 - 43
Prótese inferior	65	5,4 ($\pm 6,7$)	4 (0-7)	0 - 40

Avaliação da Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Removível

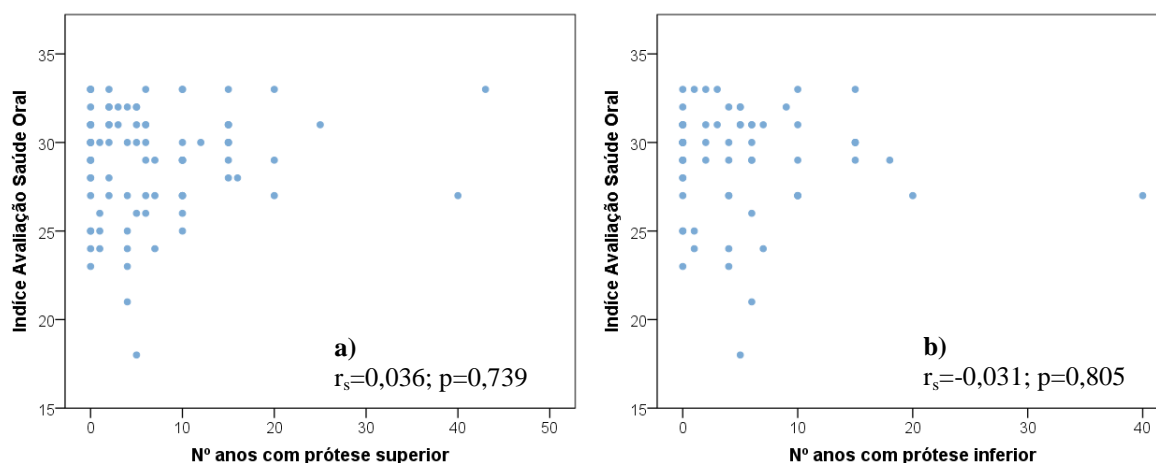


Figura 2 - Diagrama de dispersão para a relação entre o índice ASO e tempo de utilização de próteses: a) superior e b) inferior.

Também dicotomizando o tempo de utilização de próteses (Tabela 9) se confirma uma ausência de relação entre esta variável e o índice ASO ($p > 0,05$).

Tabela 9- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo o tempo de utilização de Prótese

Tempo (anos) de utilização de:		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Prótese superior	≤ 5 anos	19	19%	14	14%	16	16%	49	49%
	> 5 anos	18	18%	20	20%	13	13%	51	51%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%
$p=0,507$									
Prótese inferior	≤ 5 anos	16	16%	14	14%	11	11%	41	41%
	> 5 anos	21	21%	20	20%	18	18%	59	59%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%
$p=0,909$									

Oitenta e cinco por cento dos pacientes do estudo referem que as suas próteses foram essencialmente confeccionadas por Médicos Dentistas (Tabela 10) e 14% directamente por Protésicos. Apesar de não se detetar uma diferença significativa ($p=0,078$) no índice ASO segundo o profissional que confeciona a prótese, deteta-se uma maior percentagem

de ASO elevado quando a prótese é confeccionada pelo Médico Dentista e uma maior percentagem de ASO baixo quando esta é confeccionada por Protésicos.

Tabela 10 - Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo o profissional que confeccionou a prótese

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Quem confeccionou a prótese	Médico Dentista	34	34%	30	30%	21	21%	85	85%
	Protésico	2	2%	4	4%	8	8%	14	14%
	Outro Profissional de Saúde	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%
p=0,078									

A frequência com que os pacientes passaram a consultar o Médico Dentista (Tabela 11) não se alterou em 40 indivíduos (40%), 38 indivíduos passaram a consultar menos vezes (38%) e 22 indivíduos passaram a consultar mais vezes (22%).

Não há diferenças significativas no valor de avaliação da saúde oral segundo a frequência que os pacientes passaram a consultar o Médico Dentista ($p>0,05$).

Tabela 11- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo a frequência que passou a consultar o Médico Dentista

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Frequência passou a visitar o Médico Dentista	Menos vezes	14	14%	14	14%	10	10%	38	38%
	Igual nº vezes	16	16%	16	16%	8	8%	40	40%
	Mais vezes	7	7%	4	4%	11	11%	22	22%
Total		37	37%	34	34%	29	29%	100	100%
p=0,139									

A avaliação da relação entre o tipo de prótese com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor (Tabela 12), permite concluir que não existe relação significativa ($p>0,05$).

Tabela 12- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo o tipo de prótese

		IASO_físico						IASO_psicológico						IASO_dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo Prótese Superior	PT	2	2,2%	1	1,1%	12	13,3%	12	13,3%	0	0%	3	3,3%	10	11,1%	5	5,6%	0	0%
	PPA	9	10%	4	4,4%	38	42,2%	35	38,9%	8	8,9%	8	8,9%	46	51,1%	4	4,4%	1	1,1%
	PPE	0	0%	5	5,6%	19	21,1%	18	20%	1	1,1%	5	5,6%	22	24,4%	2	2,2%	0	0%
Total		11	12,2%	10	11,1%	69	76,7%	65	72,2%	9	10%	16	17,8%	78	86,7%	11	12,2%	1	1,1%
p=0,133						p=0,342						p=0,086							
Tipo Prótese Inferior	PT	0	0%	1	1,5%	8	11,9%	7	10,4%	0	0%	2	3%	6	9%	3	4,5%	0	0%
	PPA	5	7,5%	4	6%	22	32,8%	22	32,8%	4	6%	5	7,5%	26	38,8%	4	6%	1	1,5%
	PPE	1	1,5%	5	7,5%	21	31,3%	20	29,9%	2	3%	5	7,5%	22	32,8%	5	7,5%	0	0%
Total		6	9%	10	14,9%	51	76,1%	49	73,1%	6	9%	12	17,9%	54	80,6%	12	17,9%	1	1,5%
p=0,388						p=0,805						p=0,548							

A avaliação da relação entre o tipo de desdentação com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor (Tabela 13), permite concluir que existe relação significativa ($p<0,05$), na classificação de Kennedy inferior com o domínio físico.

Tabela 13- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da reabilitação protética

		IASO_físico						IASO_psicológico						IASO_dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação Kennedy Superior	Classe 0	2	2,2%	1	1,1%	12	13,3%	12	13,3%	0	0%	3	3,3%	10	11,1%	5	5,6%	0	0%
	Classe I	3	3,3%	1	1,1%	16	17,8%	14	15,6%	4	4,4%	2	2,2%	17	18,9%	2	2,2%	1	1,1%
	Classe II	2	2,2%	2	2,2%	26	28,9%	21	23,3%	4	4,4%	5	5,6%	28	31,1%	2	2,2%	0	0%
	Classe III	3	3,3%	6	6,7%	15	16,7%	17	18,9%	1	1,1%	6	6,7%	22	24,4%	2	2,2%	0	0%
	Classe IV	1	1,1%	0	0%	0	0%	1	1,1%	0	0%	0	0%	1	1,1%	0	0%	0	0%
Total		11	12,2%	10	11,1%	69	76,7%	65	72,2%	9	10%	16	17,8%	78	86,7%	11	12,2%	1	1,1%
		p=0,063						p=0,575						p=0,192					
Classificação Kennedy Inferior	Classe 0	0	0%	1	1,5%	8	11,9%	7	10,4%	0	0%	2	3%	6	9%	3	4,5%	0	0%
	Classe I	0	0%	1	1,5%	27	40,3%	19	28,4%	5	7,5%	4	6%	22	32,8%	5	7,5%	1	1,5%
	Classe II	0	0%	2	3%	8	11,9%	6	9%	0	0%	4	6%	9	13,4%	1	1,5%	0	0%
	Classe III	2	3%	4	6%	8	11,9%	13	19,4%	1	1,5%	0	0%	12	17,9%	2	3,0%	0	0%
	Classe IV	4	6%	2	3%	0	0%	4	6%	0	0%	2	3%	5	7,5%	1	1,5%	0	0%
Total		6	9%	10	14,9%	51	76,1%	49	73,1%	6	9%	12	17,9%	54	80,6%	12	17,9%	1	1,5%
		p=0,001						p=0,141						p=0,904					

A avaliação da relação entre o tempo de uso da prótese com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor (Tabela 14), permite concluir que não existe relação significativa ($p > 0,05$).

Tabela 14- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da reabilitação protética

Tempo de uso da prótese		IASO_físico						IASO_psicológico						IASO_dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Superior	≤ 5 anos	5	5%	9	9%	35	35%	37	37%	5	5%	7	7%	42	42%	6	6%	1	1%
	>5 anos	7	7%	5	5%	39	39%	34	34%	4	4%	13	13%	43	43%	8	8%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
p=0,438						p=0,368						p=0,533							
Inferior	≤ 5 anos	4	4%	7	7%	30	30%	33	33%	2	2%	6	6%	32	32%	8	8%	1	1%
	>5 anos	8	8%	7	7%	44	44%	38	38%	7	7%	14	14%	53	53%	6	6%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
p=0,682						p=0,203						p=0,188							

A avaliação da relação entre o profissional que confeccionou a prótese ou a frequência com que visita o Médico Dentista com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor (Tabela 15), permite concluir que existe relação significativa ($p < 0,05$), no profissional que confeccionou a prótese com o domínio físico e psicológico.

Tabela 15- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da reabilitação protética

		IASO_físico						IASO_psicológico						IASO_dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quem confeccionou a prótese	Médico Dentista	11	11%	14	14%	60	60%	66	66%	6	6%	13	13%	71	71%	13	13%	1	1%
	Protésico	0	0%	0	0%	14	14%	4	4%	3	3%	7	7%	13	13%	1	1%	0	0%
	Outro Profissional de Saúde	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
		p=0,012						p=0,006						p=0,904					
Frequência passou a visitar o MD	Menos vezes	3	3%	6	6%	29	29%	28	28%	4	4%	6	6%	31	31%	7	7%	0	0%
	Igual vezes	7	7%	6	6%	27	27%	28	28%	2	2%	10	10%	35	35%	4	4%	1	1%
	Mais vezes	2	2%	2	2%	18	18%	15	15%	3	3%	4	4%	19	19%	3	3%	0	0%
Total		12	12%	14	14%	74	74%	71	71%	9	9%	20	20%	85	85%	14	14%	1	1%
		p=0,622						p=0,685						p=0,631					

iii.iii Caracterização da QVRSO em função das características da avaliação clínica

Foi avaliada a retenção (Tabela 16) e estabilidade (Tabela 17) de todas as próteses mas estas não interferem significativamente na avaliação da saúde oral ($p > 0,05$), ou seja, não contribuem de forma diferente para a qualidade de vida. Das 90 próteses superiores avaliadas, a retenção é boa em 36 pacientes (40%), satisfatória em 13 pacientes (14,44%) e insatisfatória em 41 pacientes (45,56%). Já das 67 próteses inferiores avaliadas, a retenção é boa em 27 pacientes (40,30%), satisfatória em 14 pacientes (20,90%) e insatisfatória em 26 pacientes (38,81%).

Tabela 16- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo a retenção protética

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Retenção Superior	Insatisfatória	12	13,3%	14	15,6%	15	16,7%	41	45,6%
	Satisfatória	6	6,7%	5	5,6%	2	2,2%	13	14,4%
	Boa	14	15,6%	11	12,2%	11	12,2%	36	40%
Total		32	35,6%	30	33,3%	28	31,1%	90	100%
p=0,626									
Retenção Inferior	Insatisfatória	7	10,4%	8	11,9%	11	16,4%	26	38,8%
	Satisfatória	4	6%	6	9%	4	6%	14	20,9%
	Boa	12	17,9%	10	14,9%	5	7,5%	27	40,3%
Total		23	34,3%	24	35,8%	20	29,9%	67	100%
p=0,371									

Ao avaliar a estabilidade das próteses conclui-se que 37 pacientes apresentam boa estabilidade superior (41,1%), 15 pacientes apresentam estabilidade superior satisfatória (16,7%) e 38 pacientes tem uma estabilidade insatisfatória da prótese superior. Já na prótese inferior os valores de estabilidade são 26 pacientes com boa (38,8%), 16 com satisfatória (23,9%) e 25 com insatisfatória (37,3%). O índice ASO não difere significativamente ($p>0,05$) com a estabilidade observada.

Tabela 17- Distribuição da Avaliação da Saúde Oral segundo estabilidade da prótese

		IASO						Total	
		Alto		Médio		Baixo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Estabilidade de superior	Insatisfatória	12	13,3%	14	15,6%	12	13,3%	38	42,2%
	Satisfatória	7	7,8%	4	4,4%	4	4,4%	15	16,7%
	Boa	13	14,4%	12	13,3%	12	13,3%	37	41,1%
Total		32	35,6%	30	33,3%	28	31,1%	90	100%
p=0,885									
Estabilidade de inferior	Insatisfatória	8	11,9%	10	14,9%	7	10,4%	25	37,3%
	Satisfatória	5	7,5%	4	6%	7	10,4%	16	23,9%
	Boa	10	14,9%	10	14,9%	6	9,0%	26	38,8%
Total		23	34,3%	24	35,8%	20	29,9%	67	100%
p=0,668									

A avaliação da relação entre as características sócio-demográficas com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor (Tabela 18), permite concluir que não existe relação significativa ($p>0,05$).

Tabela 18- Distribuição por domínios da Avaliação da Saúde Oral segundo características da avaliação clínica

Retenção		IASO_físico						IASO_psicológico						IASO_dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Superior	Insatisfatória	6	6,7%	2	2,2%	33	36,7%	27	30%	4	4,4%	10	11,1%	36	40%	4	4,4%	1	1,1%
	Satisfatória	1	1,1%	2	2,2%	10	11,1%	10	11,1%	2	2,2%	1	1,1%	13	14,4%	0	0%	0	0%
	Boa	4	4,4%	6	6,7%	26	28,9%	28	31,1%	3	3,3%	5	5,6%	29	32,2%	7	7,8%	0	0%
Total		11	12,2%	10	11,1%	69	76,7%	65	72,2%	9	10%	16	17,8%	78	86,7%	11	12,2%	1	1,1%
p=0,514						p=0,564						p=0,292							
Inferior	Insatisfatória	4	6%	3	4,5%	19	28,4%	18	26,9%	3	4,5%	5	7,5%	21	31,3%	4	6%	1	1,5%
	Satisfatória	1	1,5%	1	1,5%	12	17,9%	9	13,4%	2	3%	3	4,5%	11	16,4%	3	4,5%	0	0%
	Boa	1	1,5%	6	9%	20	29,9%	22	32,8%	1	1,5%	4	6%	22	32,8%	5	7,5%	0	0%
Total		6	9%	10	14,9%	51	76,1%	49	73,1%	6	9%	12	17,9%	54	80,6%	12	17,9%	1	1,5%
p=0,402						p=0,700						p=0,776							
Estabilidade		IASO_físico						IASO_psicológico						IASO_dor					
		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo		Alto		Médio		Baixo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Superior	Insatisfatória	5	5,6%	2	2,2%	31	34,4%	26	28,9%	3	3,3%	9	10%	34	37,8%	4	4,4%	0	0%
	Satisfatória	2	2,2%	2	2,2%	11	12,2%	10	11,1%	3	3,3%	2	2,2%	14	15,6%	0	0%	1	1,1%
	Boa	4	4,4%	6	6,7%	27	30%	29	32,2%	3	3,3%	5	5,6%	30	33,3%	7	7,8%	0	0%
Total		11	12,2%	10	11,1%	69	76,7%	65	72,2%	9	10%	16	17,8%	78	86,7%	11	12,2%	1	1,1%
p=0,660						p=0,489						p=0,074							
Inferior	Insatisfatória	4	6,0%	3	4,5%	18	26,9%	17	25,4%	3	4,5%	5	7,5%	21	31,3%	4	6%	0	0%
	Satisfatória	1	1,5%	1	1,5%	14	20,9%	13	19,4%	1	1,5%	2	3%	12	17,9%	3	4,5%	1	1,5%
	Boa	1	1,5%	6	9%	19	28,4%	19	28,4%	2	3%	5	7,5%	21	31,3%	5	7,5%	0	0%
Total		6	9%	10	14,9%	51	76,1%	49	73,1%	6	9%	12	17,9%	54	80,6%	12	17,9%	1	1,5%
p=0,315						p=0,907						p=0,498							

7. Discussão

Antes de concluir sobre os resultados devem ser descritas as limitações do estudo que passam pela população alvo e instrumentos utilizados.

A dimensão da amostra deveria ser superior e coletada de forma aleatória numa população alvo portadora de próteses mais abrangente para que se extrapolasse resultados para toda a população portadora de próteses. As variáveis em estudo não são suficientes para avaliar a QVRSO pois esta pode ser influenciada por outras como o *status dentário*, *status sócio-económico e atendimento dentário* (Özhayat, 2013). A limitação do questionário de QVRSO está na subjetividade, isto é, cada indivíduo apresenta tolerâncias diferentes.

Apesar das limitações do estudo o objetivo principal passa por saber se os indivíduos estão satisfeitos com as suas próteses parciais removíveis, no que remete à qualidade de vida oral e não propriamente na aplicabilidade direta dos índices.

A utilização de Próteses Removíveis, segundo vários estudos, promovem melhorias na QVRSO das populações. Embora outros indiquem o contrário, cabe ao Médico Dentista determinar os fatores com maior influência (Özhayat, 2013).

Estudos revelam que a satisfação está relacionada com a QVRSO, esta pode ser traduzida pelo valor de GOHAI e pelo valor de OHIP (A-Dan & Jun-Qi, 2011); (Kuo et al., 2013).

Neste estudo constatou-se que a satisfação com as próteses contribui para uma QVRSO maior (30%), isto é, a reabilitação protética a que foram sujeitos contribuiu para um aumento da sua qualidade de vida. As diferenças estatísticas encontradas foram especificamente na dimensão física e psicológica, e portanto alguns pacientes apesar das suas próteses não estarem bem adaptadas preferem a sua utilização à existência de falta de reabilitação pois esta melhora do ponto de vista estético e auxilia nas funções do aparelho estomatognático (mastigação, fonética).

A inexistência de relação significativa com dor pode estar associada ao fato de muitos pacientes utilizarem as próteses apenas durante um curto período de tempo.

Num estudo de Dable et al. (2013) com 63 indivíduos concluiu-se que os *pacientes que preferiam a nova prótese registraram uma mudança positiva na pontuação GOHAI*, ou seja, verificou-se melhor qualidade de vida. Também Ha et al. (2012) e Pistorius et al. (2013) afirmam que pacientes com satisfação com as próteses coincidem com aqueles que apresentam melhor QVRSO.

Albaker (2013) afirma que *pacientes com baixas pontuações GOHAI podem indicar insatisfação com a prótese, observando-se (...) impacto em sua qualidade de vida*.

No entanto, Atieh (2008) afirma que o uso de prótese removível produz valores de GOHAI mais baixos ($p=0,01$), ou seja, que existe menor QVRSO. As baixas pontuações de índices que traduzem a QVRSO, devem-se essencialmente à comparação com próteses fixas ou implanto-suportadas.

As características socio-demográficas deste estudo não apresentam significado estatístico na QVRSO da população em estudo. Resultados corroborados por Atieh (2008) que afirma que as características sócio-económicas (género, educação, estado sócio-económico) não têm influência nos resultados do GOHAI. Evidências do estudo de (A-Dan & Jun-Qi, 2011) sugerem não existir associação entre idade, género e educação com a QVRSO. Contrastando com as afirmações de Lee et al. (2012) cuja escolaridade, condição de saúde sistémica (diabetes, visão má, pressão arterial elevada, condição física) e estado sócio-económico influenciam negativamente a QVRSO.

Alguns autores afirmam que são os homens que apresentam melhor qualidade de vida, apresentando um valor mais baixo de OHIP (Baran & Nalcaci, 2011). Montero et al. (2013) afirma que os homens relataram uma mais significativa auto-satisfação ($p < 0,01$). Segundo Pan et al. (2008) são as mulheres que apresentam classificações mais baixas para a capacidade de mastigar, a estética, a satisfação geral, conforto e estabilidade do que os homens, ou seja, que apresentam pior qualidade de vida.

No que refere à idade, Albarke (2013) afirma que quanto mais avançada menor o valor do índice GOHAI, logo menor QVRSO. Já Montero et al. (2013) confirma que qualidade vida relacionada com saúde oral é menor em pacientes mais velhos (idades superiores a 65 anos). Dable et al. (2013) corrobora estas duas perspectivas, *indivíduos mais jovens teriam melhores pontuações GOHAI do que os indivíduos mais velhos*. Estes estudos não suportam os resultados deste, que apesar de não apresentar relação significativa tem maior QVRSO em pacientes entre os 51 e 70 anos.

Para Pistorius et al. (2013) que constata valores *mais altos de GOHAI para viúvos, seguido de casados, e o menor para pacientes divorciados*. Já Dable et al. (2013) o estado civil mostrou alto impacto na QV dos idosos, *como foi visto que os sujeitos casados apresentaram valores mais elevados de GOHAI que os viúvos(as)*.

Segundo os valores do estudo de Baran & Nalcaci (2011) os indivíduos com melhor saúde geral apresentam valores mais baixos de OHIP (sendo estes estatisticamente significativos). Atieh (2008) confirma que a existência de uma melhor saúde geral promove uma QVRSO mais elevada.

O fato deste estudo não mostrar relação significativa da QVRSO com as características sócio-demográficas, podemos supor que tal estará provavelmente relacionado com uma amostra populacional reduzida. Seria previsível que o género feminino, a idade avançada, a escolaridade menor e a presença de patologia sistémica a influenciassem negativamente.

Neste estudo de todas as características da reabilitação, apenas o tipo de desdentação inferior contribui de forma estatisticamente significativa para a QVRSO. Relacionada com o edêntulismo do maxilar inferior existirá uma reabsorção do rebordo alveolar mais rápida e acentuada, e como tal as próteses totais ou com extremos livres apresentarão maior dificuldade na retenção e estabilidade conduzindo a influencias diretas nos valores do QVRSO inferior. Desdentações do tipo Classe III, com suporte dentário a anterior e posterior, como sofrem menos reabsorção e apresentam retenções dentárias mais acentuadas com características de próteses dentosuportadas, são as que mais satisfazem os pacientes quanto à qualidade de vida oral.

Outras características da prótese podem ter influência na QVRSO, embora no presente estudo não se tenha revelado. Não existem ainda estudos que mostrem a influência do profissional que confeciona a prótese com a QVRSO.

Segundo Albaker (2013) os pacientes portadores de próteses totais estão insatisfeitos no domínio físico e psicológico (incapacidade funcional, desconforto, incapacidade social). Para Lee et al. (2012) aqueles que perderam mais de 25 dentes ou com espaços anteriores podem ter a QVRSO mais afetada. O número de dentes remanescentes deve ser o maior possível, uma vez que é um fator importante na QVRSO (Ha et al., 2012) De acordo com Pistorius et al. (2013) *pacientes com mais de dez dentes remanescentes têm uma QVRSO muito maior do que aqueles com menos de dez dentes. Isto pode ser devido às possibilidades limitadas de tratamento que são muito mais difíceis de implementar, com menos dentes restantes, em soluções funcionais e esteticamente agradáveis.* No entanto, A-Dan & Jun-Qi (2011) e Cakir et al. (2014) afirmam que os pacientes com mais dentes perdidos apresentam melhor qualidade de vida.

No estudo de Montero et al. (2013) é afirmado que *na amostra estudada os pacientes com próteses removíveis acrílicas relatam uma significativamente pior percepção da QVRSO ($p < 0,001$) no que diz respeito aos pacientes com próteses removíveis esqueléticas.* Pistorius et al. (2013) declara que pacientes com tratamento protético parcial apresentam melhor QVRSO do que aqueles com tratamento de prótese total.

Os resultados do estudo de Goiato et al. (2012) indicam que o tempo prolongado e continuado de uso da prótese se refletem em maior queixa em relação a estas.

No presente estudo as características da avaliação clínica como a retenção e estabilidade não mostraram contribuição significativa na QVRSO. A avaliação destes parâmetros requer treino e condições de avaliação estando tais aspetos relacionados na maioria das vezes com a percepção do observador e as condições de registo (trata-se de dois parâmetros com alguma subjetividade). No entanto uma amostra reduzida influência diretamente os resultados esperados.

De acordo com Goiato et al. (2012) a utilização de próteses retentivas e estáveis contribui para melhores QVRSO uma vez que melhora o conforto da mesma durante o processo mastigatório e torna os pacientes mais auto-confiantes. Para que exista retenção e estabilidade é preciso existir tecido alveolar ósseo e mole, o que não acontece em muitos dos pacientes reabilitados com próteses removíveis. A falta de retenção pode influenciar negativamente a QVRSO se não permitir comer determinado tipo de alimentos ou falar claramente (Cakir et al., 2014). Fenlon e Sherriff (*cit. in* Yamaga 2013) sugeriram *que havia relações entre a condição do rebordo mandibular, estabilidade e retenção (...) e a satisfação com as novas próteses.*

III. Conclusão

O aumento da qualidade de vida está diretamente associado a um envelhecimento populacional. Os cuidados com a saúde oral melhoraram, contudo, a prevalência de pacientes edêntulos, é elevada. O processo fisiológico do envelhecimento associado à doença periodontal e à cárie provocam o edêntulismo, com consequências no perfil e nas funções dos pacientes. Apesar de existirem diversos tipos de reabilitações, a prótese removível continua a ser a alternativa usada com mais frequência. Estes dispositivos pretendem incrementar a QVRSO, ou seja, a satisfação.

Depois de questionar os pacientes da amostra e que frequentam as CPMD da Universidade Fernando Pessoa, na área da reabilitação protética, relativamente à influência da sua reabilitação na sua saúde oral, concluí-se que:

O índice de avaliação da saúde oral, avaliado nas suas dimensões físicas, psicológicas e de dor, não difere significativamente por género, nem se encontra significativamente associado com a faixa etária ou com o estado civil dos portadores de prótese. Não se registaram igualmente diferenças significativas na distribuição da ASO em função do nível educacional nem na situação dos pacientes serem ou não portadores de patologias crónicas referidas no questionário.

Apresentam uma QVRSO influenciada, pela satisfação geral dos mesmos com a reabilitação realizada e, principalmente quando ela é da arcada inferior. O domínio físico e psicológico são os que maior impacto apresentam na QVRSO, ou seja, são estes que promovem a satisfação específica dos pacientes da amostra.

Os pacientes que referem um valor mais baixo do IASO, ou seja, pior qualidade de vida, são os pacientes em que se avaliou a presença de uma classe II de Kennedy no maxilar superior. No entanto, pacientes com este tipo de desdentação não apresentam diferenças significativas de índice ASO relativamente a qualquer outra Classe. Já no maxilar inferior, o tipo de desdentação mais frequente é a Classe I (48,1%), esses pacientes referem mais frequentemente um IASO médio. Deteta-se uma associação significativa entre tipo de desdentação e índice ASO, com os pacientes com desdentação

total inferior a dizer ter pior qualidade de vida enquanto os que apresentam Classe III a afirmar ter melhor qualidade de vida.

O tipo de reabilitação mais comum na maxila é a prótese parcial acrílica (56,7%) e na mandíbula este é também o tipo de reabilitação mais comum (46,3%). Não se deteta uma diferença ou associação entre diferentes tipos de prótese e qualidade de vida, assim como não se registou qualquer relação entre o tempo de uso da prótese e a influência no índice ASO.

Apesar de não se detetar uma diferença significativa no índice ASO segundo o profissional que confeciona a prótese, deteta-se uma maior percentagem de ASO elevado quando a prótese é confecionada pelo Médico Dentista e uma maior percentagem de ASO baixo quando esta é confecionada por Protésicos.

Regista-se no entanto na avaliação da relação entre as características sócio-demográficas com os domínios da Avaliação da Saúde Oral, físico, psicológico e de dor uma relação significativa na classificação de Kennedy da arcada inferior com o domínio físico e em quem confecionou a prótese com o domínio físico e psicológico.

Não há diferenças significativas no valor de avaliação da saúde oral segundo a frequência com que os pacientes passaram a consultar o Médico Dentista

O índice ASO não difere significativamente com a estabilidade e retenção das próteses observadas.

1. Considerações finais

Com a elaboração deste trabalho atingiu-se o objetivo de avaliar se a satisfação influencia a QVRSO. No entanto, os objetivos específicos do trabalho não foram concluídos com significado estatístico.

No futuro a continuidade deste trabalho e o seu melhoramento passa pela escolha de uma amostra maior e mais heterogénea, conseguindo certamente desta forma, valores mais significativos. O recurso a meios que permitam uma avaliação clínica mais objetiva seria vantajoso assim como de outros parâmetros. Só assim, o modo de atuação na área da QVRSO em prótese removível pode ser melhorada.

Incluir outras populações que não apenas os utilizadores das CPMD poderia tornar o estudo mais completo, assim como a comparação com outro tipo de reabilitação. Desta forma talvez se conseguissem outros resultados.

Investigações realizadas nesta área, permitem que os profissionais de reabilitação oral possam ter em consideração as opiniões, expectativas e preocupações dos pacientes portadores de prótese dirigindo as suas reabilitações para a satisfação de algumas das expectativas. Não devemos esquecer que muitas vezes os aspetos psicológicos e outras questões mais subjetivas e muito particulares de cada paciente, podem e devem ser consideradas paralelamente à atitude técnica na reabilitação protética, revelando-se por vezes determinantes no êxito dessa reabilitação. Para tal os instrumentos para a sua avaliação deve ser claros e dirigidos de forma a que se possam valorizar e considerar.

IV. Bibliografia

1. A-Dan, W. & Jun-Qi, L. (2011). Factors associated with the oral health-related quality of life in elderly persons in dental clinic: validation of a Mandarin Chinese version of GOHAI. *Gerodontology*, 28, pp. 184-191.
2. Albaker, A. (2013) The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with Conventional complete dentures. *Gerodontology*, 30, pp.61–66.
3. Allen, P. (2002). *Teeth for life for older adults*. London, Quint Essentials.
4. Al-Magaleh, W., *et alii*. (2012). Setting up of teeth in the neutral zone and its effect on speech. *The Saudi Dental Journal*, 24, pp. 43–48.
5. Al-Quran, F.; Al- Ghalayini, R. & Al- Zu’bi, B. (2011). Single-tooth replacement: factors affecting different prosthetic treatment modalities. *BioMed Central Oral Health*, 11(34), pp. 2-7.
6. Atieh, M. (2008). Arabic version of the geriatric oral health assessment Index. *Gerodontology*, 25, pp. 34-41.
7. Baran, I & Nalcaci, R. (2011). Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, pp.99–105.
8. Bessadet, M., *et alii*. (2013). Impact of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency. *Journal Applied Oral Science*, 21(5), pp. 392-396.
9. Bilhan, H., *et alii*. (2012). Complication rates and patient satisfaction with removable dentures. *Journal Adv Prosthodont*, 4(2), pp. 109-115.
10. Cakir, O., *et alii*. (2014). Evaluation of the Efficacy of Mandibular Conventional and Implant Prostheses in a Group of Turkish Patients: A Quality of Life Study. *Journal of Prosthodontics*, 0, pp. 1-7.
11. Carr, A. & Brown, D. (2012). *McCracken’s Removable Partial Prosthodontics*. Canada, Elsevier Mosby.
12. Dable, R., *et alii*.(2013). Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(9), pp. 2063-2067.
13. Dhingra, K. (2012). Oral Rehabilitation Considerations for Partially Edentulous Periodontal Patients. *Journal of prosthodontics*, 21(1), pp. 494-513.
14. Diniz, D. & Schor, N. (2006). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP-Escola Paulista de Medicina*. São Paulo, Manole.

15. Fernández, D. & Montalva, H. (2007). *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. Madrid, Editorial Ripano.
16. Furuta, M. & Yamashita, Y. (2013). Oral Health and Swallowing Problems, *Current Physical Medicine Rehabilitation Report*, 1, pp. 216-222.
17. Gavinha, S. (2010). *Avaliação do Estado de Saúde Oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desadaptadas nos tecidos dentários*, (PhD), Universidade Fernando Pessoa.
18. Goiato, M., *et alii*. (2012). Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39; pp. 438-445.
19. Ha, J., *et alii*. (2012). The impact of the National Denture Service on oral health-related quality of life among poor elders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39; pp. 600-607.
20. Instituto Nacional de Estatísticas (2014). *Projeções da população residente 2012-2060* [Em linha]: Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2. [Consultado em 1/6/2014].
21. Jorge, J., *et alii*. (2012). Clinical evaluation of failures in removable partial dentures. *Journal of Oral Science*, 54(4), pp. 337-342.
22. Khalifa, N., *et alii*. (2012). Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*, 54(4), pp. 303-312.
23. Khazaei, S., *et alii*. (2013). Epidemiology and Risk Factors of Tooth Loss among Iranian Adults: Findings from a Large Community-Based Study. *BioMed Research International*, 1, pp. 1-8.
24. Kim, M., *et alii*. (2010). Full mouth rehabilitation of destroyed dentition with rotational path removable partial denture: a case report, *Journal Adv Prosthodont*, 2(2), pp. 46-49.
25. Komagamine, Y., *et alii*. (2012). Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life, *Journal of Oral Rehabilitation*, 39, pp. 847-857.
26. Kuo, H., *et alii*. (2013). The association of responsiveness in oral and general healthrelated quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. *Quality of Life Restauration*, 22, pp. 1665-1674.

27. Lee, I., *et alii.* (2012). Exploring the quality of life after denture-wearing within elders in Kaohsiung. *Gerodontology*, 29, pp. 1067-1077.
28. Montero, J., *et alii.* (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *Journal of dentistry*, 41, pp. 493-503.
29. Nazdrajic, A. (2011). Quality of Life with Removable Dentures, *MSM*, 23(4), pp.214-220.
30. Ogata, A. & Marchi, R. (2008). *Wellness – Seu guia de Bem-estar e Qualidade de Vida*, Florianópolis, Campus.
31. Özhayat, E. (2013). Influence of negative affectivity and self-esteem on the oral health related quality of life in patients receiving oral rehabilitation. *BioMed Central*, 11, pp. 1-7.
32. Pan, S., *et alii.* (2008). Sex differences in denture satisfaction. *Journal of dentistry*, 36, pp. 301-300.
33. Pistorius, J., *et alii.* (2013). Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Removable Dentures. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 123, pp. 964-971.
34. Rodrigues, L., *et alii.* (2010). Speech in different oral prosthetic rehabilitation modalities for elderly individuals. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(2), pp. 151-156.
35. Savoca, M., *et alii.* (2011). Impact of Denture Usage Patterns on Dietary Quality and Food Avoidance among Older Adults. *Journal Nutrition Gerontology Geriatric*, 30(1), pp. 86-102.
36. Shetty, N., *et alii.* (2014). Precision Attachments for Aesthetics and Function: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(1), pp. 268-270.
37. Son, D., *et alii.* (2013) The Effects of Removable Denture on Swallowing. *Ann Rehabilitation Medicine*, 37(2), pp. 247-253.
38. Ueda, T., *et alii.* (2010) Color Differences between Artificial and Natural Teeth in Removable Partial Denture Wears. *Bulletin Tokyo Denalt College*, 51(2), pp. 65-68.
39. Veiga, M., *et alii.* (2012). Influence of the patients' sex, type of dental prosthesis and antagonist on residual bone resorption at the level of the premaxilla. *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal*, 17(1), pp.171-182.

40. Yamaga, E.; Sato, Y. & Minakuchi, S. (2013). A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers. *Journal of Dentistry*, 41, pp. 710-717.
41. Zarb, G., *et alii*. (2004). *Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients – Complete Dentures and Implant-Supported Protheses*. St.Louis, Mosby.
42. Zhang, Q., *et alii*. (2012). Dental functional status with and without tooth replacement in a Chinese adult population. *Clinical Oral Investigation*, 16(1), pp.1251-1259.
43. Zhao, K., *et alii*. (2013). Occlusal designs on masticatory ability and patient satisfaction with complete denture: A systematic review. *Journal of dentistry*, 41, pp. 1036-1042.

V. Anexos

Anexo A

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

A causa de perda dentária é multifactorial, tendo como consequências a perda da oclusão, da função mastigatória, entre outras. Isto conduz a prejuízos a vários níveis da qualidade de vida (biológicos, psicológicos e sociais). A reabilitação convencional apresenta impactos orais favoráveis, contudo existem relatos de desconforto, dor, inflamação gengival, limitações funcionais (mastigação inadequada, instabilidade e falta de retenção), problemas fonéticos, reabsorção do rebordo alveolar.

Existe por isso um grupo de pacientes reabilitados que se apresenta insatisfeito quanto à estética, auto-confiança, desconforto, dificuldade em mastigar, apesar dos benefícios que o tratamento oferece.

Com este estudo pretende-se analisar a satisfação dos pacientes portadores de próteses removíveis, através de um questionário. Para efeitos de organização de dados, cada participante será identificado por um número, sendo necessário apenas como elementos de identificação referir o género e idade.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo B

Questionário

Caracterização sócio-demográfica

1. Idade ____ anos	2. Género: __ Masculino __ Feminino
3. Estado Civil: __ Casado(a) __ Solteiro(a) __ Divorciado(a) __ Viúvo(a)	4. Escolaridade __ Sem escolaridade __ Ensino Básico __ Ensino Secundário __ Ensino Superior
5. Hábitos tabágicos __ Sim __ Não	6. Doenças crónicas __ Não __ Sim. Quais? _____ _____

Caracterização da reabilitação

	7. Tipo de Prótese		8. Classificação Kennedy	9. Ano confeção
Maxilar Superior	Total			
	Parcial acrílica			
	Parcial esquelética			
Maxilar Inferior	Total			
	Parcial acrílica			
	Parcial esquelética			
10. Quem confeccionou a sua prótese?			<input type="checkbox"/> Médico Dentista <input type="checkbox"/> Protésico <input type="checkbox"/> Outro profissional de saúde	

11. Com que frequência passou a visitar o médico dentista?

- Mais vezes depois de colocar as próteses
- Menos vezes depois de colocar as próteses
- Igual ao que frequentava anteriormente

12. Grau de satisfação

Satisfeito ____ Insatisfeito ____

Avaliação Clínica

Parâmetros	Boa		Satisfatória		Insatisfatória	
	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
13. Retenção						
14. Estabilidade						

Qualidade de vida

Parâmetros	Questões	Sempre	Às vezes	Nunca
15. Estética	Sente-se agradado com o aspeto da sua prótese?			
16. Fonética	Sentiu dificuldade em falar como gostaria devido às suas prótese?			
17. Dificuldade mastigatória	Sentiu necessidade de limitar o tipo ou quantidade de alimentos que comeu devido ao uso de próteses?			
	Sente dor ao mastigar?			
18. Alterações paladar	Sentiu alterações no paladar devido ao uso da prótese?			
19. Dor	Necessitou de medicação para aliviar dor ou desconforto devido ao uso da prótese?			
20. Incapacidade social	Já se sentiu socialmente envergonhado devido à sua prótese?			
	Já recusou algum convite por se sentir envergonhado com a sua prótese?			
21. Sintomas de DTM	Range ou aperta os dentes?			
	Sente dificuldades em abrir a boca?			
22. Dentes pilares	Sente que desde que usa prótese os dentes que a suportam ficaram danificados?			

Em cada critério utilizado, foram colocadas sempre as hipóteses do não registo (código 9) e da não aplicabilidade à situação (código 8).