

Maria Filipa Torres de Carvalho

Avaliação da auto-estima nos portadores de Prótese Dentária Removível

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Maria Filipa Torres de Carvalho

Avaliação da auto-estima nos portadores de Prótese Dentária Removível

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Maria Filipa Torres de Carvalho

Avaliação da auto-estima nos portadores de Prótese Dentária Removível

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciada em Medicina Dentária.

Sumário

Introdução: O conceito de auto-estima por si só é muito subjectivo, amplo e complexo portanto quando relacionado com a prótese dentária removível ainda mais subjectivo se torna pois a influência quotidiana da prótese dentária varia de pessoa para pessoa a vários níveis. A saúde mental, social e emocional é proporcionada por uma auto-estima elevada, uma das formas de a conseguir é através da melhoria da imagem, conforto e melhoria da função dada pela prótese dentária. A auto-estima para além de ser influenciada pelas características sócio-económicas do indivíduo é também influenciada pela sua percepção sobre o mundo e sobre si. Objectivos: Com este estudo pretende-se relacionar a auto-estima dos indivíduos com o uso de prótese dentária removível total e/ou parcial, isto é avaliar se o uso de prótese dentária removível leva a variações no grau de auto-estima dos pacientes parcialmente e totalmente desdentados, nomeadamente a uma baixa auto-estima e se há diferenças de auto-estima consoante o tempo de uso da prótese e consoante o tipo de prótese usada, tendo em conta indicadores sócio-económicos e culturais, idade e género. Metodologia: Aplicou-se um questionário, constituído por três partes, a 150 pacientes que frequentaram as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. A primeira parte do questionário corresponde a um conjunto de informações acerca de alguns aspectos de ordem sócio-cultural no sentido de caracterizar a amostra, a parte seguinte do questionário diz respeito à Escala de Auto-estima Global, da autoria de Rosenberg – “ The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)”, adaptada para a população portuguesa por Faria e Silva (2000), e por fim, a última parte constituída por um conjunto de questões que permitem validar externamente o grau de auto-estima dos indivíduos em relação ao uso de prótese dentária removível. Resultados: Neste estudo, os valores de auto-estima obtidos são satisfatórios visto que os inquiridos apresentam uma pontuação média de auto-estima de 51, 58 pontos, na RSES (mínimo de 10 pontos e um máximo de 60 pontos). Este valor corresponde a uma auto-estima elevada. Conclusão: Independentemente do género, idade, nível sócio-económico e cultural, tipo de prótese usada e tempo de uso de prótese a auto-estima dos participantes deste estudo parece ser elevada.

Summary

Introduction: The concept of self-esteem for it self is very subjective, vast and complex so when in relation to removable dental prothesis it is even more subjective because the everyday life influence of dental prothesis varies from person to person in several levels. The mental, social and emoional health is provided by an hight self-esteem, one of the ways of achieving it is by the improvement of image, confort and function given throught the dental prothesis. Self-esteem besides being influenced by the individual socio-economical characteristics it's also influenced by his perception about the world and about himself. Objectives: With this study it is intended to relate the personal self-esteem with the use of total and/or partial removable dental prothesis, that is to evaluate if the use of removable dental prothesis leads to variation in the self-esteem degree of total or partially edentulous patients, particularly to a low self-esteem and if there are differences according to the length of dental prosthesis use, type of prosthesis, considering the socio-economical and cultural status, age and gender. Methods: A questionnaire comprising three parts was applied to a sample of 150 patients that attended the Pedagogic Dental Clinics of the Faculty of Health Sciences of the University Fernando Pessoa. The first part of the quiz corresponds to a set of informations about the patient's social-cultural aspects in order to characterize the sample, the next part of the quiz was the "Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)" adapted to the portuguese population by Faria e Silva (2000), and the last part composed by a group of questions that would allow for the external validation of the patients' self-esteem degree in ralation to the use of removable dental prothesis. Results: In this study, the self-esteem values obtained were satisfactory as the participants presented an average RSES value of 51,58 points (minimum of 10 points and maximum of 60 points). This value corresponds to a high self-esteem. Conclusion: Regardless of gender, age, socio-economical and cultural level, type of prothesis used and dental prothesis time of use, the participants of this study presented high degree of self-esteem.

Dedicatórias

Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu pai.

Agradecimentos

Agradeço à Mestre Sandra Gavinha, minha orientadora neste projecto.

Agradeço à Professora Doutora Conceição Manso.

Agradeço a todos os que participaram neste estudo.

Agradeço à minha família.

Agradeço a todas as pessoas que me deram força para a realizar este trabalho, como um marco do início de uma nova etapa da minha vida.

Índice

Introdução.....	1
Desenvolvimento	6
I. Auto-estima.....	6
1. Definição	6
2. Como se forma a auto-estima	7
3. Tipos de auto-estima - tendências.....	10
4. Dimensões da auto-estima.....	11
5. Avaliação da qualidade da auto-estima.....	11
6. Componentes da auto-estima.....	12
7. A importância da auto-estima.....	12
II. Atitude mental do paciente	14
1. Perfil psicológico do paciente.....	16
III. Consequências da perda dentária	18
1. Comportamento e respostas adaptativas	19
IV. Reabilitação oral: Prótese Dentária Removível	19
1. O que é.....	19
2. Funções.....	20
3. Tipos de próteses dentárias removíveis.....	20
V. O paciente portador de Prótese Dentária Removível	21
VI. Material e Métodos.....	23
1. Objectivo do estudo.....	23
2. Caracterização do estudo.....	23
3. Participantes do estudo.....	23
4. Considerações éticas	25
5. Recolha de dados	25
6. Material usado.....	26
7. Plano operacional.....	27
8. Análise estatística dos dados	28
VII. Resultados	29
1. Caracterização da amostra.....	29
2. Escala de auto-estima.....	33
3. Relação entre as diferentes variáveis	35
VIII. Discussão	42
1. Género vs. auto-estima.....	42
2. Idade vs. auto-estima.....	43
3. Estado profissional vs. auto-estima.....	44
4. Tipo de prótese dentária vs. auto-estima.....	45
5. Tempo de uso de prótese superior e inferior vs. auto-estima	46
6. “Considero os dentes como um elemento essencial a uma boa aparência” vs. auto-estima.....	46
7. “Estou satisfeito(a) com o resultado final da(s) prótese(s)” vs. auto-estima.....	46
8. “Sentia-me incomodado por ter ausência de dentes” vs. auto-estima.....	47
9. “Não gosto de usar prótese(s) dentária(s)” vs. auto-estima.....	47
10. “Prefiro usar prótese(s) a ter ausência de dentes” vs. auto-estima	48
11. “Tive dificuldade em adaptar-me à(s) prótese(s)” vs. auto-estima.....	48
12. “Tenho vergonha de usar prótese(s) dentária(s)” vs auto-estima	49
13. “Acho que a(s) prótese(s) fez/ajudou com que me sentisse melhor” vs. auto-estima.....	49

14. “A minha aparência melhorou muito depois da reabilitação com prótese(s)” vs. auto-estima.....	50
15. “Olho para o espelho e gosto de me ver com a(s) prótese(s)” vs. auto-estima .	50
16. “Sinto-me mais confiante por ter prótese dentária” vs. auto-estima.....	51
17. “Acho que as outras pessoas reparam que tenho prótese(s) dentária(s)” vs. auto-estima.....	51
18. “Acho que só a minha mastigação é que melhorou e não a estética” vs. auto-estima.....	52
19. “Acho que só a estética é que melhorou e não a mastigação” vs. auto-estima .	52
20. “Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca” vs. auto-estima.....	53
Conclusão	54
Bibliografia.....	57
Anexo 1.....	63
Anexo 2.....	65

Índice de figuras

Figura 1: Distribuição de frequência do gênero do inquirido.	29
Figura 2: Distribuição de frequência da idade dos inquiridos.....	30
Figura 3: Distribuição de frequência do nível educacional dos inquiridos.....	31
Figura 4: Distribuição de frequências do estado civil dos inquiridos.....	31
Figura 5: Distribuição de frequência do tipo de prótese dentária removível dos inquiridos.....	32
Figura 6: Histograma percentual da escala de auto-estima.	34
Figura 7: Variação escala de auto-estima por gênero.	35
Figura 8: A variação da escala de auto-estima por faixa etária.	36
Figura 9: A variação da auto-estima em relação ao estado profissional.....	37
Figura 10: A variação da auto-estima em relação ao tipo de prótese removível.....	37
Figura 11: Diagrama de dispersão da variação da auto-estima em relação ao tempo de uso de: a) prótese dentária inferior, b) prótese dentária superior.	38

Índice de tabelas

Tabela 1: Caracterização dos pacientes relativamente à sua idade e género (anos).....	30
Tabela 2: Distribuição de frequência de pacientes por faixa etária.	30
Tabela 3: Tempo de uso de prótese superior e inferior.....	32
Tabela 4: ACP da RSES e consistência interna de cada factor	33
Tabela 5: Resultados da escala de auto-estima de Rosenberg de pacientes portadores de prótese dentária removível (PPR), subdivididos por género, faixa etária, tipo de prótese dentária removível, TUP e estado profissional.....	39
Tabela 6: Resultados da Escala de Auto-estima de Rosenberg por género e respectiva faixa etária	39
Tabela 7: Resultados da RSES para as perguntas que fazem a validam externamente. .	41

Abreviaturas e siglas

DC – Depois de Cristo

PPR – Prótese parcial removível

PTR – Prótese total removível

RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

Introdução

A auto-estima refere-se à auto-avaliação individual das suas próprias competências (Rosenberg, 1965, *cit. in* Pierce e Gardner, 2004). É a opinião e o sentimento que cada um tem de si mesmo (Escada, 2003).

A sua formação inicia-se na infância, a partir da forma como somos tratados pelos outros e através das experiências diárias vividas (Ducclos, 2006). E, é particularmente problemática na fase da adolescência (Rosenberg, 1965).

Não é estática pois apresenta altos e baixos, revelando-se nos acontecimentos sociais, emocionais e psíquico-fisiológicos. Portanto, é uma importante determinante do bem-estar psicológico (Mosquera e Stobäus, 2006).

Em geral, alta auto-estima está associada a resultados positivos, como maior satisfação com a vida e melhor saúde física. Por outro lado, baixa auto-estima está associada a depressão, sentimento de rejeição e delinquência (Dubois e Tevendale, 1999, *cit. in* Dusek, 2000). Também está relacionada com a gravidez precoce, fracasso escolar, abuso de drogas, agressividade e distúrbios alimentares e relacionais (Ito *et al.*, 2007). Isto, apoia o facto de que alta auto-estima é desejável (Dubois e Tevendale, 1999, *cit. in* Dusek, 2000) e que a auto-estima é um aspecto relevante na prevenção do desajustamento psicossocial, na moderação de traços de personalidade, na socialização e em questões desenvolvimentais como o rendimento escolar, a identidade de género e a resiliência (Ito *et al.*, 2007).

De acordo com Abraham Maslow (1972), a auto-estima surge em quarto lugar na Hierarquia das Necessidades Humanas portanto, só quando as necessidades correspondentes aos níveis anteriores estiverem na sua maioria suprimidas é que a pessoa é capaz de desenvolver a sua auto-estima (Ducclos, 2006).

A teoria de Maslow, proposta em 1970 e que ainda hoje continua a ser perfeitamente válida, pressupõe uma hierarquia para as necessidades humanas. É uma hierarquização por níveis e de acordo com o grau de importância das motivações, ou seja, das

necessidades. Usa uma pirâmide onde as necessidades mais baixas (fisiológicas) estão na sua base, e as mais altas (auto-realização) estão no topo dessa pirâmide (Matos, 1999).

A existência de dentes é fundamental para uma pessoa se sentir bem com ela própria mas também para se sentir integrada na sociedade e aceite, já que muitas vezes pessoas desdentadas sofrem discriminação (Fonseca, 2004).

A prótese dentária é a ciência que se ocupa da substituição de um ou mais dentes ausentes e das partes circundantes, por um substituto artificial. Este substituto artificial dos dentes vai afectar muitos aspectos do dia-a-dia de um indivíduo a nível físico, funcional e no plano psicológico, mais especificamente ao nível da auto-estima (Tamaki, 1983).

As próteses dentárias removíveis podem ser totais, aquelas que substituem toda a dentição ou parciais, as que substituem dentes em arcadas parcialmente desdentadas, sendo que ambas podem existir tanto na maxila como na mandíbula (Corrado, 1990).

Há uma grande relação entre auto-estima e a imagem corporal, portanto ambas influenciam muito o sucesso de um tratamento protético. Para evitar a desilusão e stress por parte do paciente em relação ao seu tratamento protético, o clínico deve olhar para o paciente reconhecendo mecanismos psicológicos que estão envolvidos em todo este processo e nunca deve elevar as expectativas do paciente a patamares impossíveis de atingir. Para evitar isto as explicações do médico devem ser directas, simples e verdadeiras. É fundamental avaliar e educar o paciente para prevenir exigências e desilusões com o tratamento. É muito importante o médico dedicar-se à parte clínica de todo o processo de reabilitação mas por vezes é ainda mais importante a parte psicológica que envolve o tratamento, é preciso querer perder tempo de consulta com o paciente para obter resultados ainda melhores (Johnson *et al.*, 1988).

A prótese tem como objectivos ajudar e melhorar estética, conforto, fonética e mastigação mas estes objectivos dependem não só da prótese mas também da atitude

psicológica do paciente. Portanto o Médico Dentista também tem uma função vital de levar o paciente a querer o tratamento e a aceitá-lo (Plasencia, 1988).

Psicologicamente os pacientes são classificados em: receptivo, céptico, indiferente e histérico (Tamaki, 1983). Depois do clínico conseguir aperceber-se de algumas características psicológicas do paciente consegue determinar se há motivação para o tratamento (Plasencia, 1988).

A escolha deste tema prendeu-se com o facto de nos últimos três anos de formação académica, nos quais tive a componente clínica do curso, me ter apercebido das consequências físicas, funcionais e psicológicas da perda dentária e do uso da prótese, como forma de substituição dos dentes em falta. Apercebi-me que a perda dentária afecta tanto os pacientes mais novos como os de maior idade, e que as suas consequências podem variar desde muito graves a quase inexistentes. Considero a auto-estima um tema subjectivo, de que se fala muito actualmente, portanto a subjectividade da questão constituiu uma das principais motivações para a realização deste trabalho, de forma a adquirir novos conhecimentos sobre o assunto que também influencia o meu trabalho futuro. Tentei perceber em que medida a ausência dentária versus prótese dentária removível poderia afectar a auto-estima de uma pessoa, já que há vários factores que influenciam uma alta auto-estima ou uma baixa auto-estima.

Os objectivos deste trabalho são demonstrar que o uso prótese dentária removível, total e parcial, leva a variações no grau de auto estima dos pacientes parcialmente e totalmente desdentados, nomeadamente que leva a uma baixa auto-estima e que há diferenças de auto-estima consoante o tempo de uso da prótese e consoante o tipo de prótese usada. Isto é, entender até que ponto a auto-estima influencia a aceitação de uma prótese dentária e vice-versa, isto é, até que ponto a prótese melhora ou piora a auto-estima de uma pessoa.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre Fevereiro de 2008 e Abril de 2008 com o objectivo de fazer uma revisão bibliográfica acerca do tema. Esta pesquisa teve lugar em motores de busca tais como, PubMed, SAGE Journals Online, Google Scholar e, nos catálogos da biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando

Pessoa, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.

Neste trabalho, para além de uma revisão bibliográfica acerca da auto-estima e da prótese dentária, foi aplicado um questionário dirigido a pacientes portadores de prótese dentária removível, de modo a recolher informações de ordem sócio-cultural e a avaliar a sua auto-estima. Para avaliar a auto-estima foi utilizada uma escala, “ The Rosenberg Self-Esteem Scale” – Escala de Auto-Estima Global para adultos de Rosenberg, versão traduzida, adaptada e validada para português pela Professora Doutora Ângela Sá Azevedo e pela Professora Doutora Luísa Faria (Azevedo & Faria, 2003; Azevedo & Faria, 2004).

Para isto, o questionário foi aplicado aos pacientes que frequentaram as consultas de Medicina Dentária, nas instalações da Clínica de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no Porto, durante o período de tempo entre 15 de Setembro de 2008 e 28 de Fevereiro de 2009.

Os resultados deste estudo revelaram que entre os 150 indivíduos inquiridos existia uma média de idades de 57,71 anos, tendo as mulheres uma média de idades superior aos homens (58,42 anos). De entre os 150 pacientes, predominaram as pacientes do género feminino com 67,3% (n=101). Em relação ao tipo de prótese usada o tipo de prótese mais referido foi a PPR superior combinada com PPR inferior, com 38% (n=57), seguida da PPR superior, com 28% (n=42).

Com este estudo foi possível verificar que os indivíduos que responderam ao questionário obtiveram uma pontuação média de 51, 58 pontos, sendo que na escala esta pontuação corresponde a uma auto-estima elevada (mínimo de 10 pontos e máximo de 60 pontos). Assim, no geral, o questionário permitiu observar que os pacientes que frequentam as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa tinham uma elevada auto-estima, independentemente do género, idade, estado profissional, tipo de prótese dentária usada e tempo de uso de prótese superior e/ou inferior.

Os resultados obtidos não estão em concordância com o objectivo inicial do trabalho uma vez que se verificou uma elevada auto-estima mesmo com o uso de uma prótese dentária removível, total e/ou parcial, não havendo assim variações no grau de auto-estima dos pacientes parcialmente e totalmente desdentados consoante o tipo de prótese usada, nem se verificaram diferenças de auto-estima consoante o tempo de uso da prótese.

Desenvolvimento

I. Auto-estima

1. Definição

A forma como nos sentimos acerca de nós mesmos é algo que afecta fundamentalmente todos os aspectos da nossa vida. As nossas reacções diante dos acontecimentos do quotidiano são determinadas por quem e pelo que pensamos que somos. A auto-estima é a base para nos entendermos a nós próprios (Escada, 2003).

Remontando às origens da palavra auto-estima, constata-se que o verbo “estimar” vem do latim *aestimare*, “avaliar”, que tem um duplo significado: determinar o valor de; ter uma opinião acerca de (André & Lelord, 2000).

“É a apreciação positiva que a pessoa faz de si, fundada na consciência do próprio valor e da sua importância inalienável enquanto ser humano. Uma pessoa que se estima trata-se com afabilidade e sente-se digna de ser amada e feliz. A auto-estima funda-se igualmente no sentimento de segurança que dá a certeza de se poder utilizar o livre-arbítrio e as faculdades de aprendizagem para enfrentar, de forma responsável e eficaz, os acontecimentos e os desafios da vida” (Saint-Paul, 1999, *cit. in* Duclos 2006^a). Segundo Duclos^a (2006), esta é a definição mais completa e minuciosa de auto-estima.

Refere-se a aspectos especificamente avaliativos e emocionais (Vaz Serra, 1988, *cit. in* Azevedo & Silva 2004).

Fazem parte da auto-estima dois componentes: o sentimento de competência pessoal e o sentimento de valor pessoal. Ou seja, a auto-estima é o conjunto da autoconfiança com o auto-respeito. Transmite-nos o julgamento implícito do direito de ser feliz e da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida (Escada, 2003).

Como é uma profunda e poderosa necessidade humana é imprescindível a uma adaptação emocional saudável, para promover a auto-satisfação, isto é, se um indivíduo conservar a auto-estima elevada, fica satisfeito consigo próprio e com certeza “resistente” contra os factores externos do quotidiano. Sem dúvida nenhuma que a auto-estima é essencial (Escada, 2003). Então, pode ser considerada como consequência da relação entre os êxitos do sujeito e as suas pretensões (Azevedo & Faria, 2004).

Quando se fala de alta auto-estima, simplesmente deve significar que o individuo se respeita a si próprio, que se considera merecedor e, que não se considera obrigatoriamente melhor que os outros; considera não ser perfeito e reconhece as suas limitações e expectativas em relação ao crescimento e melhoria. Por outro lado, baixa auto-estima, implica haver auto-rejeição, auto-insatisfação, auto-desprezo. A pessoa demonstra falta de respeito por ela própria. A auto-imagem que tem de si é desagradável e faz com que deseje que a mesma fosse outra (Rosenberg, 1965, *cit. in* Bachman 1982).

Auto-estima, refere-se à avaliação que cada pessoa faz e que frequentemente mantém em relação a si mesmo: expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação, e indica até que ponto o individuo acredita que ele próprio é capaz, significativo, bem sucedido e digno (Coopersmith, 1967, *cit. in* Bachman 1982).

André e Lelord (2000) referem que apesar deste conceito constituir-se como uma das dimensões mais importantes da nossa personalidade, a verdade é que esta é um fenómeno discreto, impalpável e complexo de que nem sempre se está ciente.

2. Como se forma a auto-estima

“A auto-estima é um factor psicológico crítico que se relaciona intimamente com a saúde mental e/ou psíquica e com os comportamentos sociais” (Man et al., 2004, *cit. in* Kim e Lennon, 2007). É um auto-julgamento de ser digno ou não, expresso nas atitudes que o indivíduo tem para consigo (Coopersmith, 1967, *cit. in* Bachman 1982), varia de acordo com as diferentes fases da vida por onde o ser Humano vai passando e pode desenvolver-se em qualquer idade. Contudo, os primeiros anos são fundamentais. De certa forma constituem o fundamento psíquico do ser humano (Duclos, 2006^a).

Quatro princípios que explicam o desenvolvimento da auto-estima: “(i) as apreciações que pensamos que os outros realizam sobre nós próprios; (ii) as comparações que acontecem nas interacções sociais, desfavorecendo a auto-estima sempre que o indivíduo se subvaloriza em relação aos outros ou se considera diferente, (iii) a forma como o sujeito avalia as suas acções (auto-atribuição); e, finalmente, (iv) a importância e o valor relativos das várias dimensões do auto-conceito para o indivíduo” (Rosenberg, 1975, *cit. in* Azevedo 2004).

A auto-estima não é inata, começando a construir-se na infância. A partir de como os adultos tratam a criança podem alimentar ou destruir a autoconfiança desta (Escada, 2003).

Para Alcântara (2000), a auto-estima é adquirida e ocorre como resultado da história de cada pessoa. É o fruto de uma longa e permanente sequência de acções e paixões que nos vão acompanhando no decurso dos nossos dias. Esta aprendizagem da auto-estima não é igualmente intencional, visto que modela a partir de contextos educativos informais, embora às vezes seja o fruto de uma acção intencionalmente projectada para a sua consecução.

É uma estrutura consistente, estável, difícil de remover e mudar. Todavia, a sua natureza não é estática, mas dinâmica e, portanto, pode crescer, arraigar-se mais intimamente, ramificar-se e interligar-se com outras atitudes nossas; ou pode debilitar-se, empobrecer-se e desintegrar-se (Alcântara, 2000).

A auto-estima é a noção do valor pessoal, assim como das forças, das qualidades e das habilidades que permitem que uma pessoa viva em harmonia consigo e com os outros, adquirida ao longo dos anos. Esta enriquece-se com as experiências vividas. Estimar significa fazer um juízo e isso permite presumir uma certa maturidade intelectual. Sendo assim, antes dos sete ou oito anos não podemos falar de uma verdadeira auto-estima (Duclos, 2006^a).

A auto-estima é definida em relação ao valor que a pessoa dá a si própria. É a componente avaliativa do auto-conhecimento. Alta auto-estima refere-se a uma

avaliação global de si próprio favorável, enquanto que baixa auto-estima se refere a uma definição de si próprio desfavorável. É mais uma percepção do que propriamente realidade (Baumeister *et al.*, 2003).

Dos três aos seis anos, a criança tem uma percepção de si muito fantástica; não lhe é possível avaliar as suas acções de forma sequencial, causal e lógica. Antes dos sete ou oito anos, a criança tem um pensamento demasiado puro, ingénuo e egocêntrico tornando-a incapaz de fazer um juízo crítico de si. As suas capacidades intelectuais estão pouco desenvolvidas para que seja capaz de fazer uma avaliação crítica sobre si. O autoconhecimento da criança em idade pré-escolar limita-se à actividade acabada de viver, num passado recente, assim como num espaço exacto. Este conhecimento funciona como uma preparação para o aparecimento da auto-estima que ocorre por volta dos 8 anos, nesta idade a criança tem acesso a um juízo lógico (Duclos, 2006^a).

À medida que a idade avança, as crianças começam a ter consciência das suas capacidades e interesses pessoais (Oesterreich, 1997).

Com a chegada do pensamento lógico, por volta dos sete ou oito anos, a criança torna-se capaz de recuperar as imagens positivas que provêm das suas experiências e integrá-las numa visão global. As atitudes dos adultos em relação às crianças são muito importantes nesta fase pois preparam o aparecimento de uma auto-estima sólida. Assim, graças ao aparecimento de um pensamento crítico em relação a si própria, a criança é muito influenciada pelas avaliações que faz acerca das suas competências em domínios considerados essenciais por todos e, que a seus olhos são significativas. Portanto, a criança já pode fazer uma avaliação global do seu valor pessoal e pode apreciar o seu valor em cada um dos domínios da sua vida, segundo os seus critérios pessoais ou das pessoas que considera importantes. A criança começa a avaliar-se e exprime aos outros a sua própria estima mediante actos, palavras e atitudes (Duclos, 2006^a).

A auto-estima é uma determinante de bem-estar psicológico muito importante e durante a fase da adolescência é particularmente problemática (Rosenberg, 1965).

A adolescência é caracterizada por mudanças muito notórias portanto, é um período de tempo muito crítico para o desenvolvimento de percepções, crenças, valores e práticas a longo prazo. Sendo assim, antes de entrar na idade adulta, é fundamental que o adolescente desenvolva uma auto-estima saudável (Anderson, e Olnhausen, 1999).

A auto-estima é relativamente elevada durante a infância, decresce durante a adolescência, particularmente nas raparigas, eleva-se gradualmente durante a vida adulta e depois decresce novamente, de forma acentuada, durante a terceira idade. À medida que a vida passa, a auto-estima inevitavelmente sofre variações, ela aumenta e diminui pois durante a vida de uma pessoa ocorrem alterações no ambiente social assim como alterações de maturação física e psicológica (Robins e Trzesniewski, 2005). Portanto, “cada pessoa tem uma ideia de si mesma” que vai sendo construída ao longo dos anos e nunca é definitiva (Duclos *et al.*, 2006^b).

3. Tipos de auto-estima - tendências

Existem duas grandes tendências na documentação científica relativamente à auto-estima. Uma delas, apoia a auto-estima como um direito legítimo e gratuito adquirido à nascença, no sentido do valor inalienável e da importância enquanto pessoa. Trata-se da auto-estima ao nível do “ser”. Com este sentimento, o respeito por si próprio, o sentido de dignidade, a convicção de se poder ser amado e feliz e o direito de ser merecedor simplesmente por se ser um ser humano, é favorecido. A auto-estima em função do valor intrínseco ou do “ser” leva a pessoa a dizer que tem valor simplesmente por ser um ser Humano e não pela sua aparência ou pelos seus êxitos. A outra tendência coloca a auto-estima no “parecer”, nas competências e nos resultados (Duclos, 2006^a).

As crenças e as avaliações que as pessoas têm acerca de si determinam quem elas são, quem elas se podem tornar e o que elas podem fazer (Mann *et al.*, 2004).

Alguns autores referem que se confunde a auto-estima do “ser” (ou valor intrínseco) com a auto-estima do “agir”, aparência ou rendimento (o parecer) (Monbourquette, 1998 *cit. in* Duclos, 2006^a). Infelizmente, muitas pessoas julgam o seu valor baseando-se apenas nos seus “resultados” ou na sua aparência corporal e/ou social (a sua

reputação). O valor que atribuem a si próprias é fundamentalmente extrínseco e muitas vezes aleatório, já que depende de uma aprovação sobre a qual não têm qualquer influência. Segundo Monbourquette, “a auto-estima pela própria pessoa e a pela sua competência são ambas necessárias. Importa encontrar um justo equilíbrio entre as duas, harmonizá-las correctamente” (Duclos, 2006^a).

4. Dimensões da auto-estima

É considerado que a auto-estima tem duas dimensões: a auto-estima global e a auto-estima específica (Forney, *et al.*, 2005).

A auto-estima global refere-se a um julgamento global do valor próprio de cada um como pessoa. A auto-estima específica é uma avaliação da competência pessoal num domínio específico (Harter, 1990 *cit. in* Forney, *et al.*, 2005). Os investigadores chegaram à conclusão que a auto-estima específica inclui julgamentos auto-avaliativos multidimensionais que diferem entre si de acordo com o estágio de desenvolvimento no qual a pessoa se encontra (Forney, *et al.*, 2005).

5. Avaliação da qualidade da auto-estima

De acordo com André e Lelord (2000) a auto-estima assenta em três pilares: a auto-confiança, a imagem de si próprio e o gostar de si mesmo e, que para se ter uma auto-estima harmoniosa é indispensável um bom doseamento destes três componentes.

Com isto, foram determinados por alguns autores três componentes que permitem avaliar a qualidade da auto-estima de uma pessoa:

- “O olhar que lança sobre si própria (o seu “ser”) e sobre os seus actos (o seu “parecer”).
- O diálogo interior que mantêm consigo própria a propósito do seu ser e dos seus resultados.

- Os sentimentos que tem relativamente a si própria e aos frutos da sua acção.”

Portanto, isto refere-se ao ver-se, ouvir-se e amar-se respectivamente (Duclos, 2006^a).

A auto-estima é na sua maioria afectada por duas expectativas: aquilo que o indivíduo espera de si próprio e aquilo que significa para pessoas importantes que o rodeiam (Forney, *et al.*, 2005).

6. Componentes da auto-estima

Fazem parte da auto-estima quatro componentes. Os sentimentos de segurança e de confiança, o autoconhecimento, o sentimento de pertença a um grupo e o sentimento de competência. Os sentimentos de segurança e confiança são condições básicas para existir auto-estima. Com efeito, em primeiro lugar é indispensável sentir e viver, com isto está-se disponível para aprender o que é necessário para alimentar a auto-estima. Com as outras três componentes não se verifica o mesmo. Temos possibilidade de estimular o autoconhecimento, o sentimento de pertença e o sentido de competência em todos os estádios de desenvolvimento, em todos os períodos da vida, mediante atitudes adequadas e meios concretos. É então necessário valorizar de uma forma muito peculiar a segurança e a confiança (Duclos, 2006^a).

7. A importância da auto-estima

“É importante situar a auto-estima numa perspectiva de desenvolvimento. Se evocarmos a pirâmide das necessidades universais de Abraham Malow (1972) a auto-estima surge em quarto lugar na hierarquia das necessidades” (Duclos, 2006^a).

Num primeiro patamar, encontram-se as necessidades vitais ou de sobrevivência, ou seja, a alimentação, o alojamento e abrigo e o estar vestido convenientemente. Se quisermos ajudar uma criança a desenvolver auto-estima devemos numa primeira fase assegurar que estas primeiras necessidades estão satisfeitas. Num segundo nível, para permitir à criança integrar uma atitude de confiança em si própria e nos outros será necessário garantir que viva num estado de segurança física e psicológica, isto é, será

fundamental zelar pela criança. No terceiro nível da pirâmide das necessidades de Maslow estão as relações de vinculação e de amor estáveis com uma ou várias pessoas do meio; de certo modo estas relações são o sustento psíquico do ser humano. Assim, é necessário avaliar se a criança integra uma rede relacional ou social com a qual possa desenvolver um sentimento de pertença. A pessoa só estará preparada para desenvolver a sua auto-estima quando estes três níveis de necessidades estão colmatados, pelo menos em grande parte (Duclos, 2006^a).

Quando favorecermos a auto-estima das crianças, investimos na prevenção das dificuldades de adaptação, de aprendizagem e no embelezamento das suas vidas (Duclos, 2006^a).

Sendo assim, “as crenças e avaliações que cada um tem acerca de si próprio determinam quem elas são, aquilo que podem fazer e no que se podem tornar” (Burns, 1982 *cit. in* Mann *et al.*, 2004).

Como foi referido anteriormente, a auto-estima é uma necessidade humana, indispensável. Ansiedade, depressão, desempenho escolar, medo da intimidade, medo da felicidade, medo do sucesso, abuso de álcool e drogas, violência física, falta de objectivos, sensação de inutilidade, entre outros comportamentos e sentimentos estão vinculados, em parte, à baixa auto-estima e à dificuldade em reconhecer o seu próprio valor como pessoa (Escada, 2003).

Para Bonet (2002), a importância da auto-estima vem do facto de dizer respeito ao nosso ser, à nossa maneira de ser e ao sentido da nossa valia pessoal. Por isso, não pode deixar de afectar a nossa maneira de estar e de actuar no mundo e de nos relacionarmos com os outros. Nada na nossa maneira de pensar, de sentir, de decidir e de actuar escapa ao influxo da nossa auto-estima.

Ninguém pode deixar de pensar em si mesmo e de se avaliar. Todos, portanto, construímos uma auto-estima suficiente ou deficiente, positiva ou negativa, alta ou baixa, ainda que não o notemos. Importa, por isso desenvolvê-la da maneira mais realista e positiva possível, permitindo-nos descobrir não só os nossos recursos pessoais,

para os apreciarmos e utilizarmos devidamente, mas também as nossas deficiências, para as aceitarmos e superarmos na medida das nossas possibilidades (Bonet, 2002).

A auto-estima, importante em todos os estádios da vida é-o de maneira especial nos estádios formativos da infância e da adolescência, na família e na escola, e também no estádio degenerativo da idade avançada. A psicopedagogia atribui à auto-estima um papel fundamental no crescimento da criança como pessoa (Bonet, 2002).

II. Atitude mental do paciente

Sendo a prótese dentária, de acordo com Tamaki (1983), “ (...) a ciência que trata da substituição de um ou mais dentes ausentes do arco dental e das partes circunvizinhas, por um substituto artificial”, vai afectar muitos aspectos da vida quotidiana do indivíduo no plano psicológico, mais especificamente ao nível da auto-estima.

A auto-estima e a imagem corporal do paciente relacionam-se de uma forma muito importante para o sucesso do tratamento protético. Com o objectivo de prevenir o desapontamento e aliviar a ansiedade, o médico dentista deve reconhecer os mecanismos psicológicos que estão envolvidos e deve moderar as expectativas irreais com explicações lógicas e sinceras acerca de todo o procedimento envolvido. Fornecer informações ao paciente é tão importante como adquirir informação acerca dele, especialmente se ele for usar uma prótese dentária pela primeira vez. A avaliação e a educação do paciente são imprescindíveis para o tratamento protético ser bem sucedido. Embora sejam procedimentos que consomem bastante tempo de consulta, fornecem benefícios fundamentais (Johnson & Stratton, 1988).

Na construção de uma prótese terão de ser cumpridos objectivos de função, estética, comodidade e fonética, mas é certo que não conseguimos atingir o mesmo grau de satisfação com estes parâmetros em todos os pacientes, vai depender das suas condições anatómicas e orais gerais e do seu estado psicológico. Há que ter em conta que o Médico Dentista não é responsável pelo estado oral e psicológico do paciente portanto, é muito importante conseguir estabelecer um diagnóstico apropriado para poder dar ao paciente o prognóstico. O diagnóstico só poderá ser feito com uma exploração prévia

que deve consistir em duas partes: o estudo psicológico do paciente e a exploração oral propriamente dita. A primeira consulta é fundamental, há que deixar o paciente falar, deixar que ele explique os seus problemas, receios, desejos e necessidades. O Médico Dentista deve reconhecer o tipo de personalidade do paciente antes de olhar para o interior da sua boca. Para descobrir a personalidade odontológica do paciente, o médico dentista deve reunir informação acerca de como o paciente pensa que se adaptar à prótese, isto é, saber o que ele pensa acerca de perder os seus dentes e saber o que pensa acerca de ir usar prótese (Plasencia, 1988).

Podemos classificar psicologicamente os pacientes em: receptivo, céptico, indiferente e histérico (Tamaki, 1983). Depois de englobarmos o paciente numa determinada classificação ficamos a saber quais os pacientes que estão motivados para o tratamento, os que tem a capacidade de se adaptarem e vontade de aprender e quais os que estão frustrados ou ansiosos (Plasencia, 1988).

“O êxito do tratamento de um paciente desdentado muitas vezes está mais naquilo que o clínico faz antes de começar a construção da prótese dentária” (Plasencia, 1988). Desde que não hajam falhas no processo de construção da prótese, os clínicos podem proporcionar aos pacientes muita informação positiva acerca da prótese dentária, conduzindo-os à aceitação e satisfação com o resultado final. Uma abordagem psicológica feita de forma correcta irá produzir um efeito positivo em pacientes insatisfeitos com as suas próteses que se baseiam apenas em factores psicológicos (Ma *et al.*, 2008).

Os factores não relacionados com características dentárias, que contribuem para o sucesso do uso de uma prótese dentária cada vez são mais importantes e até mesmo fundamentais. Os pacientes têm também de compreender os seus direitos e deveres na complicada relação Médico Dentista-Paciente. Tem de perceber onde terminam as competências de um e onde começam as competências do outro (Ma *et al.*, 2008).

1. Perfil psicológico do paciente

Os diferentes tipos de pacientes respondem de formas diversas à perspectiva de se tornarem desdentados e ao uso de prótese dentária. Do ponto de vista psicológico House classificou os pacientes em quatro tipos (Ma *et al.*, 2008).

i. Paciente filosófico

O paciente do tipo filosófico é o que tem a melhor atitude mental possível para a aceitação de uma prótese dentária. São indivíduos racionais, sensíveis, calmos e sossegados em situações difíceis. Têm uma motivação generalizada, pois desejam a(s) prótese(s) para a manutenção da sua saúde e aparência e sentem que é normal e aceitável ter dentes substitutos (Rahn & Heartwell Jr, 1993). Manifestam um alto grau de confiança no julgamento e habilidade do Médico Dentista (Johnson & Stratton, 1988). Pacientes filosóficos ultrapassam conflitos, organizam o seu tempo e vivem de uma forma ordenada; eliminam frustrações e rapidamente aprendem a adaptar-se (Rahn & Heartwell Jr, 1993). Este tipo de paciente tem um prognóstico muito bom e requer um tratamento pouco especial. Felizmente, a grande maioria de pacientes encontram-se nesta categoria (Johnson & Stratton, 1988).

ii. Paciente exigente

O tipo exigente de paciente, pode ter todos os atributos positivos do paciente do tipo filosófico; no entanto, requer um cuidado, um esforço e uma paciência extrema da parte do Médico Dentista. São pacientes metódicos, precisos, exactos e por vezes fazem exigências muito severas (Rahn & Heartwell Jr, 1993). É também um tipo de paciente “(...) excessivamente preocupado com a estética e a função das próteses, relutante em aceitar conselhos; pode tentar ordenar o tratamento (...)”. Os pacientes nesta categoria podem sugerir um bom prognóstico, isto se as suas tendências perfeccionistas e atitude crítica forem equilibradas com entendimento e inteligência. Comparando com o paciente do tipo histérico, de um modo geral o exigente tem razões válidas para as suas reclamações. Este paciente é sensível portanto, para ele, a menor falha pode até estar no mais insignificante dos procedimentos (Johnson & Stratton, 1988).

iii. Paciente indiferente

O paciente indiferente apresenta um prognóstico na maior parte das vezes desfavorável, a menos que seja bem instruído e tenha uma boa educação (Johnson & Stratton, 1988). O plano de tratamento recomendado antes da construção de uma prótese é um programa de educação em condições dentárias e em tratamento dentário. Na maioria das vezes a principal causa de desdentação é a falta de interesse (Rahn & Heartwell Jr, 1993).

Evidenciam pouca ou até nenhuma preocupação; são apáticos, desinteressados e têm falta de motivação. Este tipo de pacientes não prestam atenção a instruções, não cooperaram e muitas vezes tem tendência a culpar o profissional pela pobre saúde dental que apresentam (Rahn & Heartwell Jr, 1993).

É um paciente que não se interessa com o uso de prótese; não demonstra nenhum tipo de apreciação pelos esforços do clínico; normalmente têm uma dieta pobre; e, frequentemente é levado a procurar tratamento por um parente ou amigo; pode também ter hábitos alcoólicos (Johnson & Stratton, 1988).

Infelizmente, muitos dos pacientes jovens são pacientes indiferentes (Rahn & Heartwell Jr, 1993).

iv. Paciente histérico

Os pacientes do tipo histéricos são emocionalmente instáveis, são excitáveis, excessivamente apreensivos, e hipertensivos. Frequentemente o prognóstico é desfavorável, e é imprescindível ajuda profissional (psiquiatria) extra antes e durante o tratamento. Deve-se alertar estes pacientes de que o seu problema é em primeiro lugar sistêmico e que muitos dos sintomas que apresenta não são resultado das próteses dentárias (Rahn & Heartwell Jr, 1993).

Geralmente têm saúde precária e também receio do tratamento dentário; o estado oral mostra um descuido considerável; habitualmente queixa-se ao Médico Dentista da sua

condição oral precária e acha que ninguém é capaz de ajudá-lo. Nestes pacientes as próteses imediatas são de evitar (Johnson & Stratton, 1988).

Os pacientes com este tipo de perfil devem ser tratados com paciência e tranquilidade, não fazendo promessas de sucesso acerca do tratamento (Johnson & Stratton, 1988).

III. Consequências da perda dentária

“Os pacientes procuram o tratamento dentário por razões funcionais, estéticas ou cosméticas (...)” (Zarb *et al.*, 2003).

Com a perda de dentes a crista residual já não beneficia do estímulo funcional que ocorre aquando da existência de dentes. Com isto, há perda de volume de crista, tanto em altura como largura. Isto não acontece de igual forma em todos os indivíduos com perda dentária, uma vez que a mudança na anatomia é variável entre vários grupos de pacientes. Geralmente, a perda óssea é maior na mandíbula do que na maxila, mais pronunciadamente em posterior do que em anterior, produzindo um arco mandibular mais amplo que restringe o arco maxilar. Sendo assim, estas alterações anatómicas podem constituir um desafio à construção da prótese. Associada a esta perda óssea está a alteração da mucosa oral. A gengiva aderida ao osso alveolar pode ser substituída com menor quantidade de mucosa oral queratinizada, que mais facilmente é traumatizada (Carr *et al.*, 2005).

O impacto estético da perda dentária pode ser altamente significativo e pode constituir uma preocupação mais importante para paciente do que propriamente a perda de função. Na sociedade actual, a perda visível de dentes, especialmente na região anterior da cavidade oral, carrega consigo um estigma social significativo. Secundariamente à perda dentária e à diminuição da crista residual, as características faciais podem-se modificar, altera-se o suporte labial, e/ou a altura facial diminui como resultado da redução da dimensão vertical de oclusão (Carr *et al.*, 2005). O sulco nasolabial acentua-se, há estreitamento dos lábios, há perda do ângulo lábio-dentário, há diminuição do ângulo labial horizontal, aumenta o ângulo do filtrum e o perfil do paciente torna-se prognático (Zarb *et al.*, 2003).

“É de notar que algumas destas alterações também podem ser encontradas em pessoas com dentições intactas (...). Na prática clínica, encontramos frequentemente situações em que factores tais como perda de peso, idade e atrofia dentária severa manifestam alterações orofaciais sugestivas de suporte dentário comprometido ou ausente para os tecidos subjacentes” (Zarb *et al.*, 2003).

“Restaurar estética facial de forma a manter uma aparência apropriada pode constituir um desafio, e é um factor prioritário na restauração e na tomada de decisões para variados tratamentos protéticos” (Carr *et al.*, 2005).

1. Comportamento e respostas adaptativas

É muito complexo o processo pelo qual um paciente desdentado aceita e usa uma prótese dentária. Este processo torna-se muito complicado porque é um processo que requer adaptação de aprendizagem, capacidade muscular e motivação, que está relacionado com as expectativas do paciente. O que basicamente determina o grau de sucesso do tratamento é a capacidade e a vontade do paciente para aceitar e aprender. Espera-se e os próprios pacientes esperam de si mesmos que se adaptem às próteses mais ou menos de forma instantânea. Essa adaptação tem de ocorrer a nível oral, sistémico, emocional e psicológico do paciente (Zarb *et al.*, 2003).

IV. Reabilitação oral: Prótese Dentária Removível

1. O que é

“A prótese, em sentido lato, é definida como a ciência e a arte que tratam da reposição das partes ausentes do corpo humano por elementos artificiais” (Todescan *et al.*, 2001).
“Assim, prótese dentária é a ciência que trata da substituição de um ou mais dentes ausentes do arco dental e das partes circunvizinhas, por um substituto artificial” (Tamaki, 1983).

Quando se olha para a prótese sob a perspectiva da Medicina Dentária, enaltece-se o seu sentido como arte, sobretudo quando estão em jogo os factores estéticos relativos a esta

área do corpo humano. Mas, antes de se pensar na prótese dentária como arte, é obrigatório que se tenha antes cuidado com os seus fundamentos científicos, pois no corpo humano, sem ciência, nenhuma arte poderá sobreexistir. A ciência é a base, oculta, porém necessariamente obrigatória. Assim, neste caso, a arte é a parte que emerge à superfície e se apresenta aos olhos da sociedade num sorriso de saúde. Por isto, deseja-se que toda a reconstrução protética seja em primeiro lugar duradoura e, inevitavelmente há de passar pelo pré-requisito científico dos procedimentos clínicos que têm em conta a recuperação dos tecidos comprometidos pelos processos patológicos (Todescan *et al.*, 2001).

2. Funções

“Os objectivos de todo o tratamento protético são: eliminar a doença, preservação, restauração e manutenção da saúde dos dentes remanescentes e dos tecidos bucais, substituição dos dentes perdidos e restituição da função de uma forma esteticamente agradável” (Macgivney *et al.*, 2005).

3. Tipos de próteses dentárias removíveis

Em 700 DC, iniciou-se o desenvolvimento de próteses parciais pelos Etruscos. Algumas delas eram removíveis e outras eram fixadas aos dentes vizinhos. Os dentes artificiais eram feitos a partir de vários materiais como o ferro, madeira, osso, prata, madrepérola, cobre esmaltado, ou porcelana. Incluindo até dentes de outros humanos, como substitutos de dentes. Até meados do século XIX, geralmente as bases das próteses eram feitas de ouro ou ferro, mas estes materiais foram substituídos por borracha preta (borracha temperada com enxofre), que se manteve popular até os anos 40, quando se começou a usar resina polimerizada (metilmetacrilato) para construir dentes e bases (Corrado, 1990).

As próteses dentárias removíveis podem ser divididas em dois grupos, as próteses totais e as próteses parciais. As próteses totais são desenhadas de forma a substituir toda a dentição da maxila ou da mandíbula. Na sua maioria são feitas através de resina acrílica mas, algumas incorporam palatos de metal (geralmente ou cromo-cobalto ou aço

inoxidável) quando é necessário aumentar a resistência. Próteses parciais removíveis são desenhadas para substituir dentes ausentes em pacientes parcialmente desdentados e são feitas a partir de resina acrílica ou metal. Algumas são mantidas por forças físicas tais como adesão, coesão e controlo muscular, mas muitas incorporam dispositivos mecânicos (retentores) com este objectivo. Isto inclui granchos, atachements, e mecanismos de bloqueio mais elaborados (Corrado, 1990).

Uma sobredentadura é uma prótese removível, parcial ou total, que assenta sobre raízes preparadas ou dentes naturais ficando assim retida. Próteses parciais e sobredentaduras podem ser usadas como uma fase de adaptação antes da colocação de uma prótese total, permitindo aos pacientes, com esta fase intermédia, uma adaptação gradual ao uso da prótese. Próteses parciais e totais podem ter de ser modificadas de forma a incluir um obturador. Um obturador é uma extensão da base da prótese desenhada para preencher um defeito congénito, como por exemplo a fenda do palato, ou um defeito que tenha sido adquirido, por exemplo, depois de uma cirurgia. Este obturador melhora a fonética, a função mastigatória e a aparência (Corrado, 1990).

V. O paciente portador de Prótese Dentária Removível

Hoje em dia a auto-estima é considerada a razão primordial para uma vida útil e feliz conforme afirmam Brunetti & Montenegro (1998). Os dentes em boca exercem um papel fundamental na integração social dos pacientes (Fonseca, 2004).

Manetta et al., (1998), salientam que um bom sorriso é muito importante para um melhor relacionamento com o meio em que o indivíduo vive, tornando-o mais feliz, assim como também traz um bom retorno à auto-estima e à saúde como um todo. Para estes autores, dentes naturais presentes ou com um tratamento protético adequado, que permita melhor fonética e, por conseguinte, melhor relacionamento com os seus semelhantes, cumpre adequadamente estes objectivos (Manetta *et al.*, 1998, *cit. in* Fonseca 2004).

Actualmente, não se pode ignorar o facto de que a sociedade moderna já não aceita tão bem o desdentado total ou mesmo parcial, podendo este sofrer verdadeiras reacções de

rejeição social, inclusive em relação à obtenção de emprego no mercado de trabalho. Este tipo de discriminação não ocorre apenas em relação a pessoas da terceira idade, mas também com pessoas mais jovens, sendo que muitas das vezes são classificadas como mutilados bucais (Fonseca, 2004).

Os efeitos psicológicos que provém da ausência dos dentes são complexos e diversos, variando de um grau mínimo até um estado de neurose. As próteses totais e parciais apesar de satisfazerem as necessidades estéticas de muitos pacientes, existem outros que sentem que a sua vida social é significativamente afectada. Preocupam-se, por exemplo, com situações afectivas, principalmente se a pessoa envolvida na relação não sabe da sua deficiência bucal (MISCH, 2000, *cit. in* Fonseca 2004).

VI. Material e Métodos

1. Objectivo do estudo

O estudo teve como objectivo avaliar se o uso prótese dentária removível total ou parcial, leva a variações no grau de auto-estima dos pacientes parcialmente e totalmente desdentados, nomeadamente a uma baixa auto-estima e se há diferenças de auto-estima consoante o tempo de uso da prótese e consoante o tipo de prótese usada.

2. Caracterização do estudo

i. Classificação do tipo de estudo

Este estudo é de tipologia observacional e transversal, visto que se pretende avaliar a auto-estima de portadores de prótese dentária removível através de um questionário aplicado num único momento, no dia em que o paciente foi à consulta nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFPA).

ii. Classificação do tipo de amostra

A amostra foi constituída por conveniência pois o questionário foi aplicado a qualquer paciente adulto portador de prótese dentária removível parcial ou total que frequentou as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da FCS-UFPA.

3. Participantes do estudo

i. Universo do estudo

Homens e Mulheres adultos, saudáveis, com idade superior a 18 anos, e portadores de prótese dentária removível parcial e/ou total.

ii. Amostra do universo

Pacientes adultos, portadores de prótese dentária removível que frequentaram as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

iii. Dimensão da amostra

O valor mínimo dimensão de amostra necessária foi calculado utilizando o número de categorias de respostas da escala de Likert das questões a multiplicar pelo número de questões da escala. Isto é, foram multiplicadas as 25 questões que fazem parte do questionário por 6 categorias de resposta, contabilizando um mínimo de 150 inquéritos

iv. Critérios de inclusão

Considerou-se em simultâneo as seguintes condições:

Adultos de ambos os sexos;

- Adultos portadores de prótese dentária removível total e/ou parcial;
- Adultos com idade superior a 18 anos;
- Adultos que frequentassem as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa;

v. Critérios de exclusão

- Adultos não portadores de prótese dentária;
- Adultos portadores de prótese fixa parcial e/ou total;

- Adultos com idade inferior a 18 anos;
- Adultos que não frequentassem as Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa;

4. Considerações éticas

No que diz respeito à ética, todos os participantes deste estudo foram informados no que consistia e qual o seu objectivo. Foi explicado a cada um que os dados recolhidos iriam ser trabalhados com o máximo de confidencialidade e privacidade. Todas as dúvidas dos participantes foram esclarecidas, tiveram conhecimento de que podiam desistir do estudo a qualquer momento e, através da Declaração do Consentimento Informado autorizaram a que os seus dados fossem utilizados (ver anexo 2).

5. Recolha de dados

Este estudo foi realizado nas instalações das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

Foi solicitado o consentimento das utentes para participar no estudo através do preenchimento voluntário do questionário e da Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

Após o consentimento do paciente foi aplicado um questionário para a recolha de dados. Trata-se de um questionário do tipo fechado, auto-aplicado e presencial, sob supervisão do investigador, através do qual foram recolhidas informações acerca de alguns aspectos de ordem sócio-cultural no sentido de caracterizar a amostra e avaliar o grau de auto-estima dos indivíduos em relação ao uso de prótese dentária removível.

Para a avaliação da Auto-Estima Global foi utilizada uma escala da autoria de Rosenberg – “The Rosenberg Self-Esteem Scale” – com adaptação portuguesa de Faria e Silva (2000) (Azevedo *et al.*, 2003). (anexo 1)

Esta escala é uma medida unidimensional que avalia a auto-estima global (Faria *et al.*, 2004), e que “Apesar de apresentar muitas limitações, nomeadamente no que se refere às suas qualidades psicométricas, esta escala continua a ser muito utilizada pela sua brevidade e facilidade de utilização, sendo considerada um marco histórico na avaliação do auto-conceito e da auto-estima” (Keith & Braken, 1996, *cit. in* Faria & Silva, 2000, *cit. in* Faria *et al.*, 2004).

Trata-se de uma escala de 6 pontos do tipo Likert (6-concordo totalmente, 5-concordo, 4-concordo parcialmente, 3-discordo parcialmente, 2- discordo, 1- discordo totalmente), contendo 10 itens. Assim, os itens da escala são cotados de 1 a 6. Do total de itens, 5 avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo (De modo geral, estou satisfeito(a) comigo próprio(a); Sinto que tenho um bom número de boas qualidades; Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas; Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros; Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a)) e 5 avaliam sentimentos negativos (Por vezes penso que nada valho; Sinto que não tenho muito do que me orgulhar; Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil; Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a); em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a)) (Azevedo & Faria, 2004).

Os 10 itens, os 5 positivos e os 5 negativos encontram-se misturados para tornar a estrutura da escala menos transparente. Em relação à pontuação das respostas, a pontuação máxima corresponde à concordância total com os itens que reflectem atitudes positivas em relação ao *self* ou à discordância total com os itens que reflectem atitudes negativas (Faria *et al.*, 2004).

Assim, a escala está cotada no sentido positivo ou seja, maior pontuação indica maior auto-estima global (Faria *et al.*, 2004), sendo que para a metade dos itens formulados (com conotação negativa) há uma inversão da cotação (Azevedo & Faria, 2004).

6. Material usado

Como material usaram-se inquéritos contendo entre outras questões as da Escala de Auto-estima Global, da autoria de Rosenberg – “The Rosenberg Self-Esteem Scale”,

adaptada para a população portuguesa por Faria e Silva (2000) (Azevedo *et al.*, 2003) (anexo 1).

7. Plano operacional

Foi desenvolvido um cronograma de actividades de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho em questão:

- Fevereiro 2008 – Abril 2008: pesquisa bibliográfica;
- Abril 2008 – Junho 2008: construção do questionário;
- Junho 2008: validação do questionário;
- Setembro 2008: início da aplicação dos questionários;
- Outubro 2008: índice da monografia;
- Dezembro 2008 – Janeiro 2009: introdução e desenvolvimento da monografia;
- Fevereiro 2009 – Março 2009: fim da recolha de inquéritos;
- Abril 2009 – tratamento dos dados, análise estatística, resultados e conclusões;
- Maio 2009 – entrega da monografia;
- Junho/Julho 2009 – apresentação da monografia.

8. Análise estatística dos dados

Foi efectuada uma análise estatística dos dados recolhidos, com o objectivo de os descrever e fazer inferência estatística, considerando um nível de significância de 0,05. Os resultados obtidos, a partir da aplicação do questionário, foram colectados através do programa Microsoft© Office Excel®, e depois foram tratados estatisticamente através da versão 15.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

VII. Resultados

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo que teve como objectivo relacionar a auto-estima e o uso de prótese dentária removível.

1. Caracterização da amostra

De entre os 150 pacientes inquiridos, a maioria eram mulheres, representando 67,3% (n=101) dos casos (Figura 1).

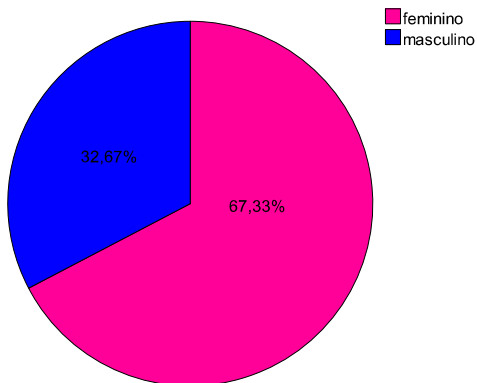


Figura 1: Distribuição de frequência do género do inquirido.

A idade mínima dos inquiridos foi de 29 anos e a máxima de 88 anos, como pode ser consultado na Figura 2. A idade média (\pm desvio padrão) dos inquiridos foi de 57,7 anos ($\pm 11,20$ anos) (Tabela 1), e verifica-se que não existem diferenças significativas na idade por género (T. Mann-Whitney; $p = 0,167$). Observou-se que a maioria dos indivíduos, 58,7% (n=88), tinham idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos (Tabela 2).

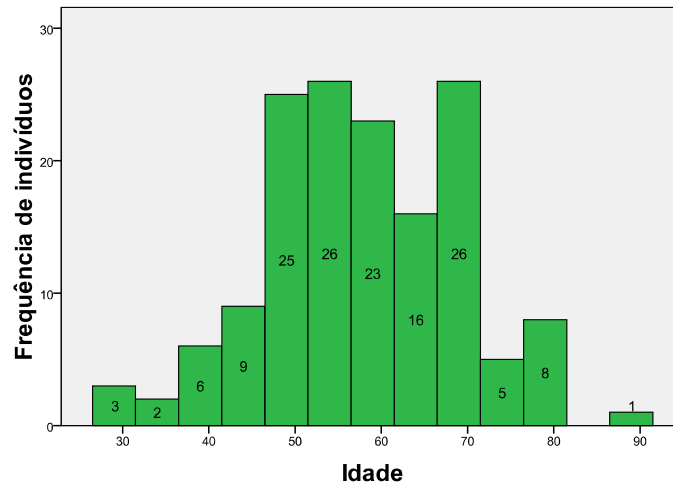


Figura 2: Distribuição de frequência da idade dos inquiridos.

Tabela 1: Caracterização dos pacientes relativamente à sua idade e género (anos).

		Idade (anos)				
		n (%)	Média (±DP)	Me (P25-P75)	Min-Max	P
Todos		150 (100%)	57,71 (±11,2)	57 (49,75 - 67)	29 - 80	
Género	Feminino	101 (63,7%)	58,42 (± 10,2)	57 (50 - 67)	31 - 80	0,167
	Masculino	49 (32,7%)	56,27 (± 13)	58 (58 - 65,5)	29 - 88	

Tabela 2: Distribuição de frequência de pacientes por faixa etária.

Faixa Etária	Frequência	Percentagem
< 45anos	16	10,7
45-64 anos	88	58,7
≥65 anos	46	30,7
Total	150	100

O ensino primário corresponde ao nível de escolaridade mais frequente, com 38,7% (n=58) dos inquiridos. Também é elevada a percentagem de indivíduos com ensino preparatório e ensino secundário, com 27,3% (n=41) e 18,7% (n=28) respectivamente, e apenas 6,6% (n=10) dos indivíduos tinham um tipo de escolaridade superior. Pode dizer-se que o nível educacional da população em estudo era predominantemente baixo (Figura 3).

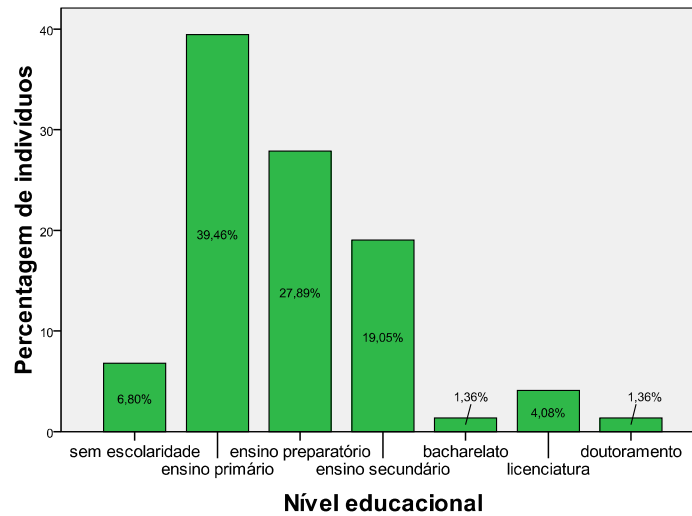


Figura 3: Distribuição de frequência do nível educacional dos inquiridos.

Em relação ao estado civil, dos 150 indivíduos que fizeram parte deste estudo, a maioria eram casados, 66,7 % (n=100) (Figura 4).

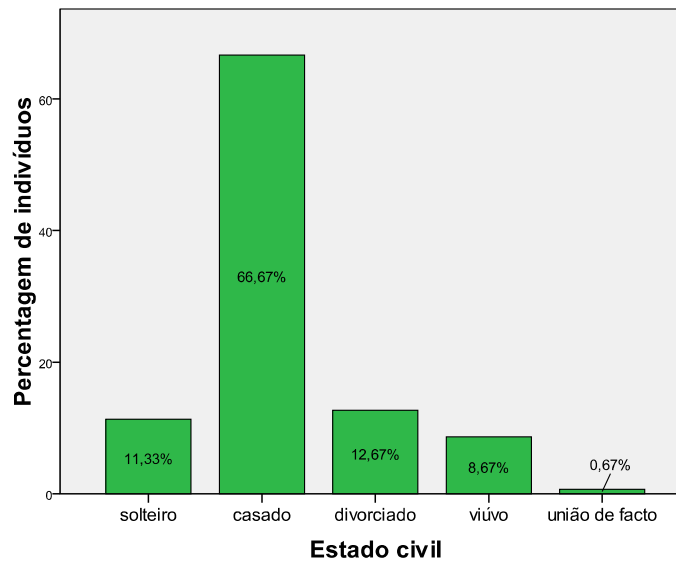


Figura 4: Distribuição de frequências do estado civil dos inquiridos.

Quanto ao emprego, a percentagem de desempregados foi de 6% (n=9) e a percentagem de reformados foi de 36,5% (n=29). Os restantes participantes eram profissionalmente activos.

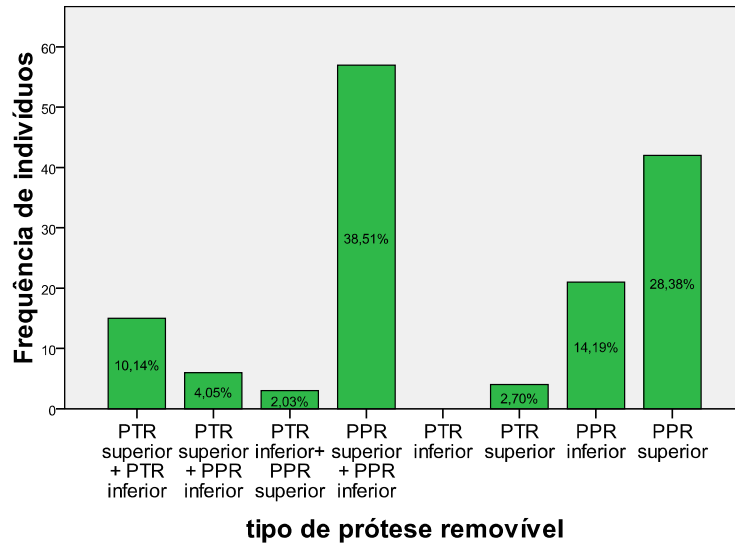


Figura 5: Distribuição de frequência do tipo de prótese dentária removível dos inquiridos

De entre os tipos de prótese parcial removível referidos (n respostas=148, n=150) mais de metade eram PPR superiores conjugadas com PPR inferior, com 38% (n=57). O segundo tipo de prótese mais referido pelos pacientes foi a PPR superior, com 28 % (n=42). A PTR inferior isolada não foi referida por nenhum dos participantes do estudo (Figura 5).

Tabela 3: Tempo de uso de prótese superior e inferior.

Tempo de uso		n (%)	Média (±DP)	Mediana (P25-P75)	Mínimo-Máximo
Prótese	Superior	126 (56%)	12,20 (± 8,85)	10 (5 – 20)	0,42 - 45
	Inferior	98 (44%)	11,41 (± 9,31)	10 (4,75 - 20)	0,33 - 45

O tempo médio de uso de prótese dentária superior é de 12,20 anos, sendo que o tempo mínimo de uso da prótese é de 0,42 anos, e o tempo máximo de 45 anos. Em relação à prótese dentária inferior, o tempo médio de uso é de 11,41 anos e varia de um mínimo de 0,33 anos a um máximo de 45 anos. Metade dos inquiridos utilizava as suas próteses superiores ou as inferiores há pelo menos 10 anos e a outra metade usavam-nas há 10 ou mais anos.

2. Escala de auto-estima

i. Validade da escala

A validade da escala foi observada através da análise dos componentes principais (ACP), com rotação Varimax, seguindo o método de Kaiser.

Análise de Componentes Principais

Procedeu-se a uma ACP cujos resultados constam na Tabela 4. Desta análise, obtiveram-se dois factores com valores próprios superiores a 1, respectivamente 3,69 e 1,62, que explicam 53,08% da variância total. O factor 1 agrupa os itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7, 10), que explicam 36,87% da variância. O factor 2 ficou composto pelos itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8, 9) que explicam 16,21% da variância total.

Rosenberg descreve na sua forma original a Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) como unidimensional (Romano *et al.*, 2007). Contudo, tal como em vários estudos (Romano, A., Negreiros, J., Martins, T., 2007), no presente estudo foram encontrados 2 factores.

Tabela 4: ACP da RSES e consistência interna de cada factor

Itens	Factor 1	Factor 2
1. Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a)	0,507	
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades	0,818	
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas	0,845	
7. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	0,800	
10. Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a)	0,678	
2. Por vezes penso que nada valho		0,637
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar		0,737
6. Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil		0,454
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a)		0,745
9. Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a)		0,639
Valores próprios	3,69	1,62
Variância (total =)	36,87%	16,21%
Alpha Cronbach	0,807	0,684

ii. Consistência interna

Observam-se resultados satisfatórios em vários estudos de medição de auto-estima utilizando a RSES, já que os valores de alpha (α) são próximos ou superiores a 0,70 (Bachman, 1982; Faria *et al.* 2004; Robins *et al.* 2001; Faria *et al.* 2004; Azevedo & Faria, 2004; Azevedo & Faria, 2004; Souza & Ferreira, 2005; Pedro & Peixoto, 2006).

A análise da consistência interna da RSES foi verificada utilizando o coeficiente α de Cronbach, medida de intercorrelação entre os itens que constituem a escala e cada um dos domínios. Obteve-se um valor de 0,790 para o α de Cronbach para a RSES neste estudo, e de 0,802 considerando os itens estandardizados, que nos indica estarmos na presença de uma escala com uma boa consistência interna. De acordo com Bland e Altman (1997), valores de α de Cronbach entre 0,7 e 0,8 são considerados satisfatórios para fazer comparações entre grupos com fiabilidade. Sendo assim, com o valor de α obtido verifica-se a utilidade clínica de usar todos os itens desta escala em vez de utilizar apenas alguns dos seus domínios. Por outro lado, verificou-se ainda que o valor de α não melhorava retirando qualquer uma das 10 questões.

A Figura 6 permite visualizar a distribuição das pontuações da escala obtidas pelos inquiridos. A média das pontuações obtidas é de 51,58 pontos, registando-se um mínimo de 22 pontos e um máximo de 60 (Tabela 4).

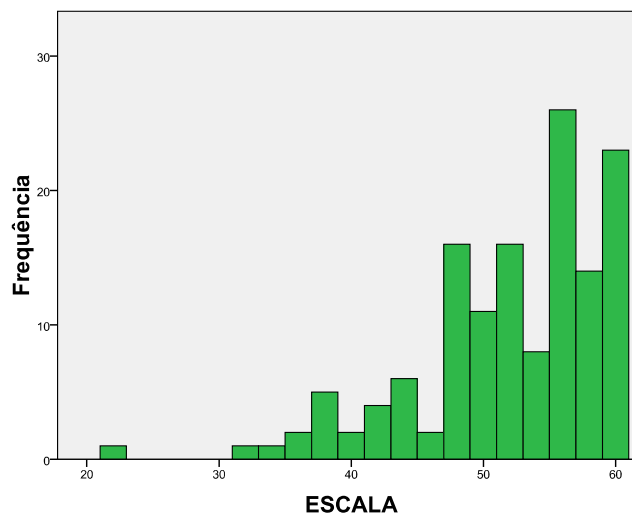


Figura 6: Histograma percentual da escala de auto-estima.

3. Relação entre as diferentes variáveis

i. Género vs. auto-estima

Para verificar se existiam diferenças em auto-estima para o género feminino e masculino, foi utilizado o Teste Mann-Whitney, tendo-se concluído que não há diferenças significativas na auto-estima entre mulheres e homens ($p = 0,163$) (Figura 7, Tabela 5).

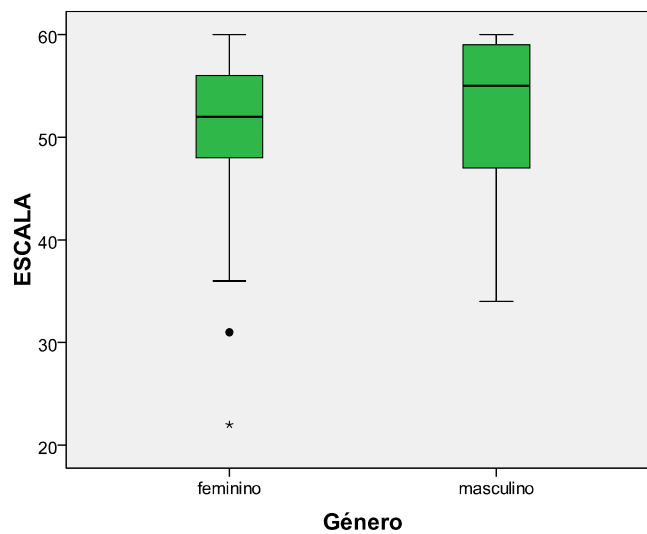


Figura 7: Variação escala de auto-estima por género.

ii. Idade vs. auto-estima

Na amostra de 150 indivíduos, verificou-se que a auto-estima não depende da idade, isto é, pode afirmar-se que não existem diferenças significativas para o grau de auto-estima com a idade (T. Kruskal-Wallis; $p = 0,194$) (Figura 8, Tabela 5).

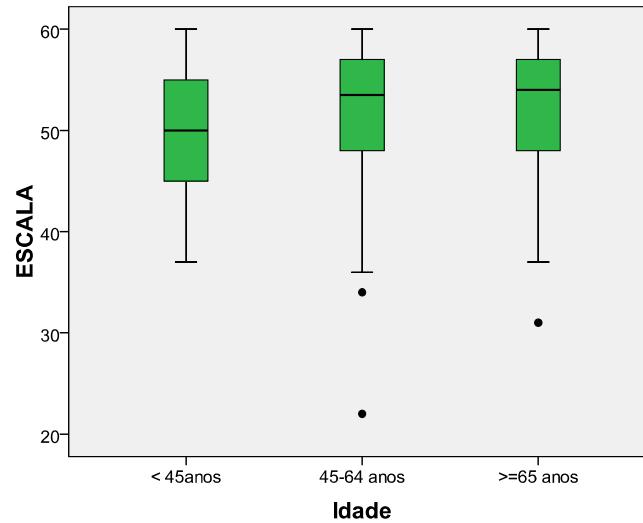


Figura 8: A variação da escala de auto-estima por faixa etária.

Verificou-se também se existiriam diferenças de auto-estima por faixa etária, separando a análise por género, mas também não se detectaram diferenças significativas de auto-estima do género feminino e masculino com idades diferentes (T. Kruskal-Wallis; $p = 0,071$; T. Kruskal-Wallis; $p = 0,112$ respectivamente) (Tabela 6).

iii. Estado profissional vs. auto-estima

Não há diferenças significativas de auto-estima para os diferentes estados profissionais considerados para os indivíduos que participaram neste estudo (T. Kruskal-Wallis; $p = 0,518$). Os níveis de auto-estima para os três grupos são bastante elevados (Figura 9, Tabela 5).

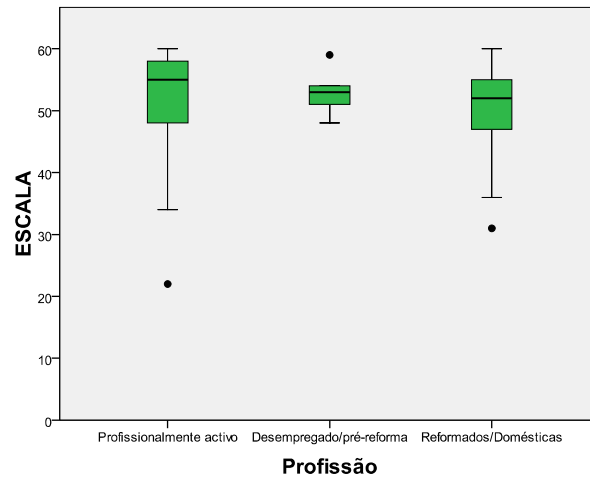


Figura 9: A variação da auto-estima em relação ao estado profissional

iv. Tipo de prótese dentária vs. auto-estima

De igual forma, também para o tipo de prótese dentária de que cada paciente era portador, não se detectaram diferenças significativas em auto-estima com base na tipologia de prótese usada (T. Kruskal Wallis; $p = 0,780$) (Figura 9, Tabela 5).

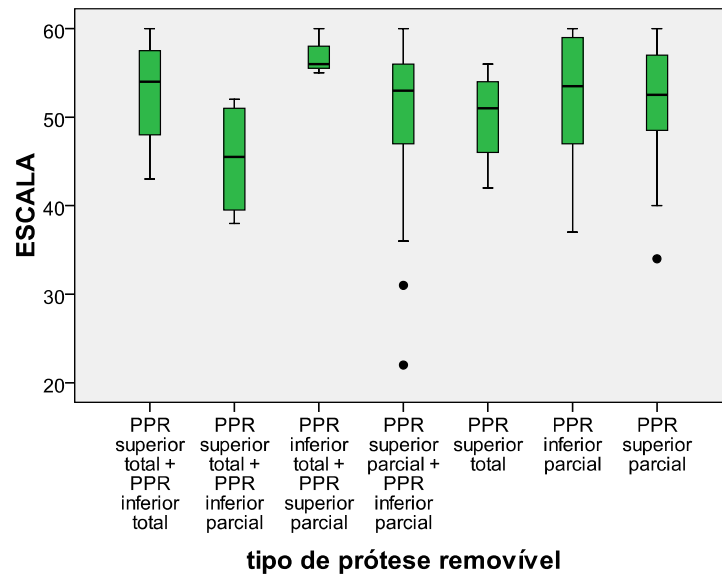


Figura 10: A variação da auto-estima em relação ao tipo de prótese removível

v. Tempo de uso de prótese vs auto-estima

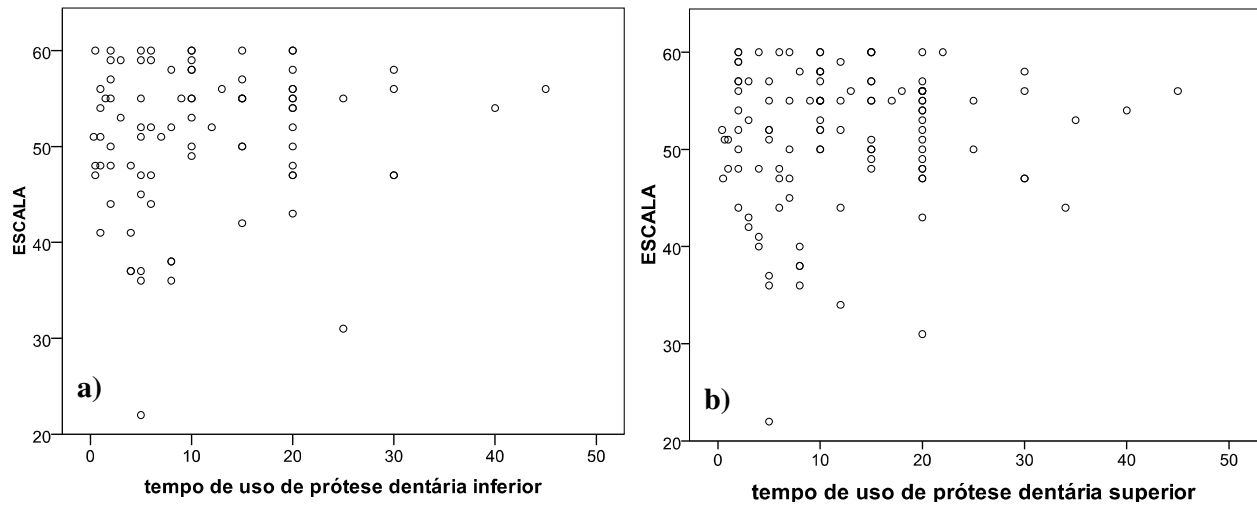


Figura 11: Diagrama de dispersão da variação da auto-estima em relação ao tempo de uso de: a) prótese dentária inferior, b) prótese dentária superior.

Não se observa uma relação clara entre o resultado da escala de auto-estima e o tempo de uso de prótese (quer superior, quer inferior) (Figura 11), verificando-se que a correlação entre a escala de auto-estima e o tempo de uso da prótese inferior e superior é praticamente inexistente e não é significativa, com valores de coeficiente de correlação de Spearman (r_s) de 0,13 e 0,08 ($p = 0,22$ e $p = 0,38$), respectivamente.

Tabela 5: Resultados da escala de auto-estima de Rosenberg de pacientes portadores de prótese dentária removível (PPR), subdivididos por género, faixa etária, tipo de prótese dentária removível, tempo de uso de prótese e estado profissional.

		Escala				
		n (%)	Média (±DP)	Me (P25-P75)	Min-Max	p
Todos		138 (100)	51,58 (± 7,12)	53 (48 – 57)	22 - 60	
Tipo PPR	ST+IT	12 (9,1)	53 (± 5,5)	54 (48–58,3)	43 - 60	0,780
	SP+IP	53 (40,2)	50,64 (± 8,1)	53 (47 – 56)	22 - 60	
	IP	20 (15,2)	52,10 (± 7,1)	53,5 (47 – 59)	37 - 60	
	SP	40 (30,3)	52,25 (± 6,4)	52,5 (48,3 - 57)	34 - 60	
	ST+IP	4 (3,0)	45,25 (± 6,8)	45,5 (38,8 –51,5)	38 - 52	
	IT+ST	3 (2,3)	57 (± 2,7)	56 (55 – 60)	55 - 60	
	ST	4 (3,0)	50 (± 5,9)	51 (47 – 59)	42 - 56	
Género	F	90 (65,2)	51,16 (± 7)	52 (48 - 56)	22 - 60	0,163
	M	48 (34,8)	52,38 (± 7,3)	55 (47 – 59)	34 - 60	
Idade	<45 anos	16 (11,6)	49 (±6,8)	50 (45 – 55)	37 - 60	0,194
	45 - 60 anos	78 (56,5)	51,83 (±7,4)	53,5 (48 – 57)	22 - 60	
	≥ 65 anos	44 (31,9)	52,07 (±6,8)	54 (48 - 57)	31 - 60	
TUP	TUPDS	126 (56,3)	12,20 (±8,9)	10 (5 – 20)	0,4 - 45	0,38
	TUPDI	98 (43,8)	11,41 (±9,3)	10 (4,8 - 20)	0,3 - 45	0,38
Estado Profissional	Profissionalmente activo	78(56,9)	51,89 (± 7,6)	55 (47,75 – 58)	22 - 60	0,518
	Desempregado/ Pré-reforma	6(4,38)	53 (± 3,6)	53 (50,25 – 55,3)	48 - 59	
	Reformados/ Domésticos	53(38,7)	50,98 (± 6,9)	52 (47 – 55,5)	31 - 60	

Tabela 6: Resultados da Escala de Auto-estima de Rosenberg por género e respectiva faixa etária.

Escala			n (%)	Média (+/-DP)	Me (P25-P75)	Min-Max	p	
Género	F	Idade	<45 anos	5 (5,6)	45,6 (± 6,91)	47 (39 – 51)	37 – 55	0,071
			45 - 60 anos	56 (62,2)	52 (± 7,01)	53 (48,55 – 56,75)	22 – 60	
			≥ 65 anos	29 (32,2)	50,48 (± 6,76)	52 (47,5 – 55)	31 – 60	
	M	Idade	<45 anos	11 (22,9)	50,55 (± 6,46)	51 (45 – 56)	37 – 60	0,112
			45 - 60 anos	22 (45,8)	51,41 (± 8,32)	55 (43,25 – 58,25)	34 – 60	
			≥ 65 anos	15 (31,3)	55,13 (± 5,87)	58 (50 - 60)	43 - 60	

vi. Questões que suportam a RSES

O conjunto de perguntas da segunda parte do questionário aplicado ao mesmo grupo de pacientes da clínica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, portadores de prótese dentária removível pretende verificar a consistência da RSES de forma

autónoma. Estas questões tinham as seguintes possibilidades de resposta: “concordo totalmente”, “concordo”, “concordo parcialmente”, “discordo parcialmente”, “discordo” e “discordo totalmente”. As respostas foram posteriormente agrupadas em dois grupos, o grupo “concordo”, do qual fazem parte as respostas “concordo totalmente”, “concordo”, “concordo parcialmente” e o grupo “discordo”, que é constituído pelas respostas “discordo parcialmente”, “discordo” e, “discordo totalmente”.

Apenas em algumas das questões colocadas se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre a auto-estima dos indivíduos relativamente ao grau de concordância (“concordo” ou “discordo”).

Sendo assim, e tal como se pode verificar na Tabela 7, apenas nas questões “Considero os dentes como elemento essencial a uma boa aparência.”, “Não gosto de usar prótese(s) dentária(s).”, “Tive dificuldade em adaptar-me à(s) prótese(s).”, “Tenho vergonha de usar prótese(s) dentária(s).”, “Acho que as outras pessoas reparam que tenho prótese(s) dentária(s).”, “Acho que só a minha mastigação é que melhorou e não a estética.”, “Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca.” se observam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grau de concordância (T. Mann-Whitney; $p = 0,001$, $p = 0,014$, $p = 0,021$, $p = 0,009$, $p = 0,024$, $p = 0,022$, $p = 0,049$, $p = 0,023$ respectivamente).

Para todas as questões em que foram detectadas diferenças significativas na RSES relativamente ao grau de concordância, verifica-se que quem “discorda” com a questão colocada tem um valor de auto-estima significativamente superior.

Para as restantes perguntas não foram encontradas diferenças significativas e, portanto, a auto-estima dos participantes que responderam não parece ser afectada pelo grau de concordância com “Estou satisfeito(a) com o resultado final da(s) prótese(s).”, “Sentia-me incomodado por ter ausência de dentes”, “Prefiro usar prótese(s) a ter ausência de dentes”, “Acho que a(s) prótese(s) fez/ajudou com que me sentisse melhor”, “A minha aparência melhorou muito depois da reabilitação com prótese(s).”, “Olho para o espelho e gosto de me ver com a(s) prótese(s)”, “Sinto-me mais confiante por ter prótese dentária” e “Acho que só a estética é que melhorou e não a mastigação”.

Tabela 7: Resultados da RSES para as perguntas que fazem a validam externamente.

Escala		n (%)	Média (\pm DP)	Me (P25 -P75)	Min – Max	p
		Todos				
11.1 - Considero os dentes como elemento essencial a uma boa aparência.	Concordo	23 (15,4)	51,6 (\pm 7,1)	53 (48-57)	22-60	0,001
	Discordo	126 (84,6)	52,5 (6,2)	54 ^a (49-57)	31-60	
11.2 - Estou satisfeito(a) com o resultado final da(s) prótese(s).	Concordo	21 (15,3)	45,7 (\pm 9,4)	47 (37,5-54,5)	22-60	0,085
	Discordo	116 (84,7)	51,7 (6,8)	54 (49,3-57)	31-60	
11.3. Sentia-me incomodado por ter ausência de dentes.	Concordo	132 (88,6)	51,5 (7,2)	53 (48-57)	22-60	0,901
	Discordo	17 (11,4)	51,5 (7,3)	52 (44-57)	38-60	
11.4 - Não gosto de usar prótese(s) dentária(s).	Concordo	92 (61,7)	50,2 (7,8)	52 ^b (47-56)	22-60	0,021
	Discordo	57 (38,3)	53,6 (5,7)	55 ^a (50-58,8)	38-60	
11.5 - Prefiro usar prótese(s) a ter ausência de dentes.	Concordo	140 (93,3)	51,8 (7)	53,5 (48-57)	22-60	0,181
	Discordo	10 (6,7)	48 (8,7)	49 (39,8-54,3)	34-60	
11.6 - Tive dificuldade em adaptar-me à(s) prótese(s).	Concordo	96 (64,9)	50,4 (7,7)	52 ^b (47-55,5)	22-60	0,009
	Discordo	52 (35,1)	53,4 (5,7)	55 ^a (49,5-58)	38-60	
11.7 - Tenho vergonha de usar prótese(s) dentária(s).	Concordo	36 (24,3)	48,3 (8,8)	51 ^b (40,3-55,8)	31-60	0,024
	Discordo	112 (75,7)	52,3 (6,5)	54,5 ^a (48-57)	22-60	
11.8 - Acho que a(s) prótese(s) fez/ajudou com que me sentisse melhor.	Concordo	7 (4,7)	53,3 (5,7)	53,5 (47-59,3)	47-60	0,681
	Discordo	142 (95,3)	51,4 (7,3)	53 (48-57)	22-60	
11.9 - A minha aparência melhorou muito depois da reabilitação com prótese(s).	Concordo	11 (7,3)	47,3 (11,8)	48 (41-56)	22-60	0,505
	Discordo	139 (92,7)	51,8 (6,7)	53 (48-57)	31-60	
11.10 - Olho para o espelho e gosto de me ver com a(s) prótese(s).	Concordo	20 (13,3)	49 (10,2)	52 (44-56)	22-60	0,351
	Discordo	130 (86,7)	51,8 (6,7)	53 (48-57)	31-60	
11.11 - Sinto-me mais confiante por ter prótese dentária.	Concordo	9 (6)	55,4 (3,7)	55 (52-60)	22-60	0,131
	Discordo	141 (94)	51,2 (7,3)	53 (47-57)	31-60	
11.12 - Acho que as outras pessoas reparam que tenho prótese(s) dentária(s).	Concordo	44 (29,5)	49,2 (7,9)	50,5 ^b (43,8-55)	50-60	0,022
	Discordo	105 (70,5)	52,3 (6,8)	55 ^a (48-57)	22-60	
11.13 - Acho que só a minha mastigação é que melhorou e não a estética.	Concordo	21 (14,1)	48,9 (7,1)	50 ^b (45-55)	31-60	0,049
	Discordo	128 (85,9)	51,9 (7,2)	54 ^a (48-57)	22-60	
11.14 - Acho que só a estética é que melhorou e não a mastigação.	Concordo	14 (9,4)	51,2 (6)	53 (47-56)	38-60	0,617
	Discordo	135 (90,6)	51,5 (7,4)	53 (48-57)	22-60	
11.15 - Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca.	Concordo	14 (9,4)	48,7 (8,8)	51 ^b (44,8-55,3)	22-59	0,023
	Discordo	135 (90,6)	52,3 (6,5)	54 ^a (48,3-57,8)	34-60	

^{a, b} – letras diferentes indicam medianas estatisticamente diferentes de acordo com o T. de Mann-Whitney.

VIII. Discussão

1. Género vs. auto-estima

Embora se verifique a inexistência de diferenças significativas na auto-estima dos pacientes do género feminino e masculino ($p = 0,163$), o género masculino registou uma pontuação média na escala ligeiramente mais elevada do que o feminino. Assim, a auto-estima dos pacientes portadores de prótese dentária removível é tendencialmente maior nos inquiridos do género masculino. Por hipótese, tal pode acontecer devido a razões relacionadas quer com a sensibilidade característica do género feminino, quer com a maior importância dada à imagem pelas mulheres. Muitas pacientes, durante as consultas, referem ter vergonha de tirar a prótese, dizendo até que sem prótese se sentem “despidas”. Por outro lado, os homens que aparecem em consulta parecem muito menos preocupados com o facto de usarem prótese.

Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro ao que Robins et al. (2001) observaram no seu estudo, no qual os homens revelaram uma maior auto-estima do que as mulheres na RSES.

Azevedo e Faria (2004), verificaram que as diferenças de auto-estima existentes entre o género feminino e o masculino favorecem o género masculino. De acordo com Simmons (1987), as mulheres podem apresentar valores menores de auto-estima pela pouca satisfação com o corpo e com a aparência física, pelas características típicas do género feminino. Outros autores referem que as diferenças de auto-estima entre os dois géneros se devem aos estereótipos sexuais e aos papéis social e culturalmente definidos e atribuídos para cada um dos géneros. Diener e Diener (1995) defendem que a menor auto-estima apresentada no geral pelas mulheres é devida ao facto das mulheres terem menos poder e recursos em relação aos homens, que têm mais status social e liberdade. Contudo, esta diferença de auto-estima tende a tornar-se menos evidente (Azevedo & Faria, 2004).

Faria et al. (2004) detectaram diferenças na auto-estima que favorecem o género masculino. De acordo com Rosenberg e Simmons (1975), “o facto de a mulher ser definida pela sociedade como “menos competente”, “menos racional” e “menos organizada” do que o homem conduz a uma menor auto-estima feminina” (Faria et al., 2004).

No estudo de Romano et al. (2007), apesar de ser um estudo dirigido a uma faixa etária específica, a adolescência, o género masculino também apresentou uma auto-estima significativamente maior.

Portanto, pode-se concluir que a tendência obtida neste estudo vai ao encontro de resultados obtidos noutros estudos, e que a diferença de auto-estima que pode existir em o género feminino e masculino pode-se dever a uma multiplicidade de factores.

2. Idade vs. auto-estima

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na auto-estima dos pacientes portadores de prótese dentária removível relativamente às suas idades ($p = 0,194$). As três faixas etárias revelam valores relativamente elevados para a escala de auto-estima, a faixa etária abaixo dos 45 anos de idade apresenta valores relativamente mais baixos em relação à faixa etária dos 45 aos 64 anos e em relação à faixa etária acima dos 65 anos. Observa-se uma tendência para uma auto-estima mais elevada à medida que a idade aumenta, o que pode denunciar o facto dos pacientes que fazem parte da faixa etária abaixo dos 45 anos estarem menos à vontade com o facto de serem portadores de prótese dentária removível por se acharem ainda demasiado jovens para usarem prótese ou por terem menor tempo de adaptação à prótese e, portanto menos tempo para se habituarem à ideia de que usam uma prótese. Já os pacientes que pertencem às faixas etárias seguintes, 45 a 64 anos e maior ou igual a 65 anos, parecem lidar melhor com o facto de serem portadores de prótese. Isto poderá estar relacionado com um maior tempo de adaptação à prótese, com uma menor importância dada à imagem à medida que a idade avança ou seja, o desleixo ou até mesmo por uma questão de mentalidade, sendo que as pessoas mais jovens, actualmente, tendem a valorizar

muito mais a sua aparência e a forma como os outros os percebem do que as pessoas de maior idade.

Nos adolescentes, Romano et al. (2007) não detectaram diferenças significativas de auto-estima em função da idade. Também neste estudo, Romano et al. (ANO) referem que Wylie (1979) não observou qualquer tipo de relação entre idade e auto-estima contudo, referem que outros estudos demonstraram que a auto-estima aumenta com a idade, nomeadamente no fim da adolescência e início da idade adulta.

Segundo McMullina e Cairney (2003), verifica-se que à medida que a idade aumenta a auto-estima baixa, tanto nos homens como nas mulheres.

3. Estado profissional vs. auto-estima

Mais de metade dos inquiridos deste estudo, cerca de 56 %, são profissionalmente activos, os restantes inquiridos são desempregados, estão em pré-reforma ou são reformados. No entanto, nenhum dos três estados profissionais definidos revelou uma diferença significativa no grau de auto-estima ($p = 0,518$). Os três grupos revelaram níveis de auto-estima significativamente elevados. Isto, provavelmente, está relacionado com o facto de haverem muitos outros factores para além do emprego a interferirem com a auto-estima. Estar profissionalmente activo não é o único factor a contribuir para a manutenção ou para o aumento da auto-estima, outras áreas na vida de uma pessoa podem estar como que a compensar um desemprego ou uma reforma, o que faz com que estes grupos profissionais tenham valores de auto-estima próximos da auto-estima do grupo dos profissionalmente activos. Isto é, se por exemplo o desemprego for por opção, não há motivos para uma baixa auto-estima relacionada com o estado profissional, até pode apresentar valores mais elevados em relação ao que estariam se o indivíduo estivesse num emprego aborrecido e desinteressante e de uma forma desmotivada.

Seria de esperar que o grupo de inquiridos profissionalmente activos tivessem um nível de auto-estima muito mais elevado em relação aos outros dois grupos, o que acontece, só que de uma forma pouco significativa, não permitindo tirar nenhuma conclusão

acerca da verdadeira relação entre estado profissional e auto-estima. Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, verificou-se uma tendência para uma auto-estima mais elevada nos inquiridos profissionalmente activos.

Neste estudo, o grupo com valores de auto-estima mais baixos foi o grupo dos desempregados/ em pré-reforma, que se pode prender com o facto de os reformados já estarem resignados com a condição profissional em que se encontram e os desempregados/ em pré-reforma não.

De acordo com McMullina e Cairney (2003) a auto-estima é mais baixa entre indivíduos com salários mais baixos e aqueles com menor nível de escolaridade. Verifica-se ainda, segundo Vlezina et al. (2004), que os indivíduos desempregados apresentam níveis de auto-estima mais baixos do que os indivíduos que se encontram empregados.

4. Tipo de prótese dentária vs. auto-estima

Não há diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de prótese superior e inferior referidos pelos pacientes ($p = 0,780$) no entanto, e ao contrário do esperado, há uma tendência para os níveis de auto-estima estarem elevados no geral. Ou seja, seria de esperar que quanto maior fosse a desdentação isto é, prótese total superior e inferior, piores os valores obtidos na RSES, neste estudo isto não se verifica. Os inquiridos com PTR superior e PTR inferior têm valores de auto-estima superiores aos valores dos inquiridos só com PTR superior ou só com PTR inferior.

A razão pela qual todos os inquiridos apresentam níveis significativamente elevados de auto-estima independentemente do tipo de prótese de que são portadores pode dever-se ao facto de psicologicamente a prótese poder ser uma ajuda na melhoria da auto-estima e não o contrário pois, ao tornarem-se portadores de prótese dentária a desdentação é “camuflada”, a prótese pode ser vista como um escudo protector do ego e da auto-estima uma vez que a reabilitação com prótese de um desdentado trás mais benefícios do que inconvenientes seja a nível da fonação, da mastigação e da estética.

5. Tempo de uso de prótese superior e inferior vs. auto-estima

Na relação entre o tempo de uso de prótese dentária inferior e/ou superior e a auto-estima não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,22$ e $0,38$, respectivamente).

Praticamente a qualquer tempo de uso de prótese dentária removível está associada uma auto-estima relativamente elevada, mesmo havendo valores individuais de RSES diferentes entre si. Apesar disto, verifica-se que nos primeiros meses de uso de prótese a auto-estima é mais baixa em relação àqueles que já têm a prótese há um tempo considerável, o que leva a pensar que durante uma fase de habituação à prótese a auto-estima possa diminuir, até porque é uma fase que envolve uma habituação relativamente a vários aspectos, sejam eles psicológicos ou físicos, o que a torna, para alguns pacientes, uma fase complicada e desmotivante fazendo com que por um período de tempo a pessoa esteja mais frágil e susceptível a uma baixa de auto-estima. Depois deste tempo de habituação crê-se que o mais provável é a auto-estima manter-se ou aumentar até porque a prótese vem colmatar muitos dos problemas associados à falta de dentes.

6. “Considero os dentes como um elemento essencial a uma boa aparência” vs. auto-estima

Neste estudo, mais particularmente nas respostas dadas a esta questão quem discorda que os dentes são um elemento essencial a uma boa aparência parece apresentar valores mais elevados de auto-estima. De certa maneira isto faz sentido pois quem dá mais importância aos dentes como um elemento fundamental a uma boa imagem, ou seja, os que concordam têm auto-estima mais baixa. Há diferenças na auto-estima entre os que concordam com a questão e aqueles que não concordam ($p = 0,001$).

7. “Estou satisfeito(a) com o resultado final da(s) prótese(s)” vs. auto-estima

Quem discorda que está satisfeito com o resultado final da(s) prótese(s), ou seja, não está satisfeito com a reabilitação, apresenta valores mais elevados de auto-estima do que

aqueles que estão satisfeitos com o resultado final da(s) prótese(s). Daqui pode concluir-se que provavelmente a baixa auto-estima daqueles que estão satisfeitos com o resultado final em nada se relaciona com a prótese, ou seja, esta auto-estima está a ser influenciada por outros factores físicos, psíquicos ou sociais que fazem com que a auto-estima esteja baixa e, da mesma forma que isto acontece, a auto-estima dos indivíduos não satisfeitos pode apresentar-se elevada por motivos não relacionados com o facto da reabilitação com prótese não corresponder à expectativa do paciente. A tendência de respostas obtida está de acordo com este raciocínio, mas para esta questão não foram encontradas diferenças estatísticas para a auto-estima dos inquiridos que responderam “concordo” em relação à dos que responderam “discordo” ($p = 0,085$).

8. “Sentia-me incomodado por ter ausência de dentes” vs. auto-estima

Seria de esperar que quem concorda com a frase “Sentia-me incomodado por ter ausência de dentes” tivesse valores de auto-estima mais baixa. Tal não acontece no presente estudo, visto que não há diferenças significativas entre os valores de auto-estima dos indivíduos que concordam e a auto-estima daqueles que discordam ($p = 0,901$). Quem concorda e quem discorda tem valores muito aproximados de auto-estima. Esta aproximação dos valores de auto-estima pode dever-se ao facto de no momento do preenchimento do inquérito, uma vez que um dos critérios de inclusão era o paciente ser portador de PDR, a ausência de dentes já estar reabilitada e assim, a auto-estima já estar elevada.

Os inquiridos que discordam que se sentiam incomodados por ter ausência de dentes podem fazer parte do grupo de indivíduos que não considera os dentes como um elemento essencial a uma boa aparência sendo que mesmo nos desdentados a auto-estima seria elevada.

9. “Não gosto de usar prótese(s) dentária(s)” vs. auto-estima

Houve diferença estatística na RSES de indivíduos que responderam “concordo” e aqueles que responderam “discordo” ($p = 0,021$). Portanto, verifica-se que quem discorda que não gosta de usar prótese dentária tem uma auto-estima relativamente mais

alta e quem concorda que não gosta de usar prótese tem uma auto-estima mais baixa. Este resultado não foi o esperado. Reflectindo acerca deste assunto, ao discordarem de que não gostam de usar prótese apoiam o facto de ser mais vantajoso usar a prótese do que ser desdentado e, portanto, quem gosta de usar prótese apresenta valores mais elevados de auto-estima.

A prótese pode ser vista de duas formas, ou é um elemento fundamental ao quotidiano de um indivíduo, tal como uns óculos ou um par de sapatos ou pode, para alguns, ser um artefacto completamente desnecessário ao seu bem-estar. Neste estudo verificou-se que de facto a prótese talvez seja essencial e que não faz baixar a auto-estima, pelo contrário, aumenta-a.

10. “Prefiro usar prótese(s) a ter ausência de dentes” vs. auto-estima

Não foram encontradas diferenças significativas entre a auto-estima dos indivíduos que responderam “concordo” à questão e a auto-estima dos que responderam “discordo” ($p = 0,181$). Embora se verifique a inexistência de diferenças significativas na auto-estima dos inquiridos, os indivíduos que responderam “concordo” registaram uma pontuação na RSES mais elevada do que os indivíduos que responderam “discordo”. Sendo assim, a auto-estima é tendencialmente maior nos indivíduos que preferem usar prótese a ter ausência de dentes. Hipoteticamente, tal pode acontecer devido a razões relacionadas com a função psicológica e física da prótese sendo que, estando com a prótese os indivíduos poderão sentir-se melhor. Por outro lado, os indivíduos que discordaram poderão ter auto-estima mais baixa por motivos não directamente relacionados com a prótese em si mas sim por outros quaisquer factores, por exemplo, problemas financeiros, problemas laborais, problemas familiares, entre outros.

11. “Tive dificuldade em adaptar-me à(s) prótese(s)” vs. auto-estima

Mais de metade dos indivíduos que responderam a esta questão, cerca de 64%, responderam concordo. Como seria de esperar, os indivíduos que tiveram mais dificuldade na adaptação à(s) prótese(s) apresentam valores mais baixos de auto-estima, facto que se veio a verificar neste estudo através das diferenças estatisticamente

significativas detectadas entre a auto-estima dos indivíduos que responderam concordo em relação aos que responderam discordo ($p = 0,009$).

12. “Tenho vergonha de usar prótese(s) dentária(s)” vs auto-estima

Detectaram-se diferenças entre os indivíduos que responderam “concordo” e “discordo” à questão referida, correspondendo uma maior auto-estima ao grupo de indivíduos que responderam “discordo” ($p = 0,024$). Os indivíduos que não se envergonham com o facto de usarem prótese, sentem-se bem com eles próprios e provavelmente vêem a prótese como algo de positivo e vantajoso na sua vida portanto, o resultado obtido não vai de encontro ao que seria de esperar com este estudo, uma vez que um dos objectivos do estudo era demonstrar que a prótese diminuí a auto-estima. Com estes resultados verifica-se exactamente o contrário, a prótese deve ser vista não como um aspecto negativo na vida de um indivíduo mas sim como um complemento ao bem estar geral do ser Humano desdentado, já que vem substituir os dentes em quase todas as suas funções fundamentais: fala, mastigação e estética.

13. “Acho que a(s) prótese(s) fez/ajudou com que me sentisse melhor” vs. auto-estima

Não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos que responderam “concordo” e os que responderam “discordo” à questão no que diz respeito à sua auto-estima ($p = 0,681$, $p \geq 0,05$). Isto é, quem concorda e quem discorda com a frase apresentada têm valores de auto-estima muito próximos. Este resultado poder-nos-á realçar o facto de o sentimento de bem estar pessoal ser muito subjectivo e complexo e, portanto, se para uns a prótese é um factor muito importante para um sentimento positivo em relação a si próprio, para outros pode não ser, ocupando um lugar menos prioritário no desenvolvimento de um sentimento de bem estar geral em todos os seus domínios (psíquico, físico e social).

14. “A minha aparência melhorou muito depois da reabilitação com prótese(s)” vs. auto-estima

No que diz respeito à frase “A minha aparência melhorou muito depois da reabilitação com prótese(s)”, os indivíduos apresentaram valores de auto-estima muito próximos, tanto aqueles que reponderam “concordo” como aqueles que responderam “discordo”. Ou seja, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à auto-estima dos indivíduos que responderam à pergunta seja ela com uma resposta “concordo” ou “discordo” ($p = 0,505$).

Isto vem reforçar o facto de haverem outros aspectos que os indivíduos podem valorizar mais do que os dentes para a sua imagem melhorar, seja o cabelo, seja a pele ou outro qualquer aspecto que contribua para uma melhor aparência. Outro aspecto a realçar é que, por exemplo, se uma desdentação for apenas posterior e se durante a fala e o sorriso ela não for visível, a desdentação em pouco ou nada influencia a aparência mas afecta muito mais a mastigação portanto, a parte funcional mantém-se como que incompleta mas à primeira vista não é visível e, portanto, a percepção do indivíduo é que a sua aparência não se altera. Por outro lado, se for uma desdentação anterior, que comprometa muito a estética, o facto do indivíduo ser reabilitado com uma prótese para colmatar o espaço existente vai ter um impacto muito maior na noção de aparência desse mesmo indivíduo.

15. “Olho para o espelho e gosto de me ver com a(s) prótese(s)” vs. auto-estima

Seria de esperar que quem gosta de se ver com a prótese ao espelho tivesse auto-estima mais elevada, neste estudo tal não se verifica pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores de auto-estima relativos aos indivíduos que responderam que concordam como aos que responderam discordo ($p = 0,351$).

Este resultado poderá querer dizer que existirão outros factores, que não propriamente uma prótese, que podem influenciar o facto de se gostar do que se vê no espelho ou não, até porque para muitos indivíduos alguns aspectos relativos à estética da prótese lhes

são alheios, como por exemplo o tamanho, forma ou cor dos dentes. Por outro lado, os indivíduos que responderam que discordam podem ser mais sensíveis a aspectos estéticos da prótese contudo, esses aspectos não os fazem sentir melhor ou pior em relação à sua auto-estima desta forma, indivíduos que apresentam “discordo” como resposta podem apresentar os valores de auto-estima elevados como foi verificado.

16. “Sinto-me mais confiante por ter prótese dentária” vs. auto-estima

O sentimento de auto-confiança é de grande complexidade e subjectividade, neste estudo isto é notório uma vez que não existem diferenças significativas entre os valores de auto-estima dos indivíduos que responderam “concordo” e dos indivíduos que responderam “discordo” ($p = 0,131$). Os valores de auto-estima apresentados são valores que revelam uma elevada auto-estima.

17. “Acho que as outras pessoas reparam que tenho prótese(s) dentária(s)” vs. auto-estima

Relativamente à questão colocada verificou-se haverem diferenças significativas entre a auto-estima dos indivíduos que responderam “concordo” e a auto-estima dos que responderam “discordo” ($p = 0,022$). Ou seja, quem concorda e discorda com a frase tem valores diferentes de auto-estima. Indivíduos que responderam “discordo” tendem a ter valores de auto-estima superiores relativamente àqueles que responderam “concordo”. Há que ter em conta que a diferença estatística detectada pode ser devido à diferença entre o número de indivíduos que responderam “concordo” e “discordo”, sendo que os indivíduos que responderam “discordo” estão em muito maior número.

Este resultado também pode indicar que quanto mais natural for a aparência dada pela prótese mais o indivíduo se sente bem consigo mesmo relativamente ao facto de usar prótese removível. Uma das questões mais importantes da reabilitação de pessoas desdentadas é o “olhar” que a sociedade tem sobre essas mesmas pessoas, a sociedade pode ser extremamente cruel, em algumas situações pode-se até considerar que a opinião da “sociedade” acerca de uma reabilitação é tão ou mais importante que a opinião que a pessoa tem de si. Portanto, alguém achar que se repara no facto de ser portador de

prótese é algo negativo que se reflecte na auto-estima, ou seja, na opinião que tem de si mesmo.

18. “Acho que só a minha mastigação é que melhorou e não a estética” vs. auto-estima

Tal como seria de esperar dos indivíduos que responderam “concordo” à frase “Acho que só a minha mastigação é que melhorou e não a estética”, apresentam valores mais baixos de auto-estima. Isto vem provar que o facto de haverem outros aspectos relativos à prótese que influenciam a auto-estima, como por exemplo o “peso” estético que uma prótese poderá ter.

A função de auxiliar da mastigação que a prótese deve efectuar até pode ser cumprida mas se todas as outras funções não estão a ser realizadas correctamente a auto-estima será afectada.

Apesar de terem sido detectadas diferenças entre a auto-estima dos indivíduos que responderam “discordo” dos que responderam “concordo” ($p = 0,049$), os dois grupos de indivíduos apresentam valores relativamente altos de auto-estima.

19. “Acho que só a estética é que melhorou e não a mastigação” vs. auto-estima

Os indivíduos que concordam e discordam da frase apresentada têm valores de auto-estima muito próximos, pelo que não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os valores de auto-estima obtidos para os dois grupos ($p = 0,617$).

Seria natural que quem discordasse com a frase apresentasse valores elevados na RSES e que quem concordasse apresentasse valores de RSES baixos no entanto, tal não acontece.

Ao contrário do que se esperava, tanto aqueles que concordam como os que discordam acerca da melhoria apenas da estética com a colocação de prótese apresentam valores elevados de auto-estima na RSES.

Este resultado pode enfatizar o carácter subjectivo que a auto-estima pode apresentar. Actualmente, apesar da estética ter uma importância extrema na sociedade, poderão existir outros factores tão ou mais importantes que afectam a forma como cada um se sente em relação a si mesmo e em relação aos outros.

20. “Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca” vs. auto-estima

Foi possível detectar diferenças significativas entre as respostas “concordo” e “discordo” dadas pelos indivíduos ($p = 0,023$) mas, as diferenças apresentadas são diferentes daquilo que seria de esperar pois quem apresenta valores mais elevados de auto-estima são os indivíduos que responderam “discordo” em relação à questão “Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca”. O esperado seria que quem sente que as próteses estão bem adaptadas à sua boca portanto, quem responde “concordo”, tivesse valores mais elevados do que aqueles que discordam com a questão.

Mais uma vez, com estes resultados, é demonstrado que a auto-estima é uma consciência de valor pessoal que se apresenta em diferentes domínios (Duclos, 2006^a). Neste estudo, os indivíduos que responderam “discordo” poderão ter outros aspectos da sua vida que estejam a favorecer uma boa auto-estima e, pelo contrário, aqueles que responderam “concordo” poderão ter aspectos da sua vida a contribuir para uma auto-estima relativamente baixa.

Conclusão

A auto-estima é ainda um conceito muito abstracto, complexo e subjectivo, que para cada uma das pessoas toma um significado diferente e tem um efeito diferente, positivo ou negativo.

A auto-avaliação é crucial para o bem-estar social e mental, influenciando aspirações, objectivos pessoais e a interacção com os outros (Mann *et al.*, 2004). Todas as pessoas têm a possibilidade de ter uma auto-estima positiva, contudo ela não aparece de um dia para o outro (Oesterreich, 1997). A construção de uma auto-estima positiva é uma tarefa que começa na infância e continua até à morte (Macdonald, 1994 cit. in Mann *et al.*, 2004). Durante a execução desta tarefa, ou seja, durante o desenvolvimento do verdadeiro sentimento de valor pessoal ocorrem altos e baixos à medida que se vive a vida (Oesterreich, 1997).

Os resultados obtidos levam a conclusões interessantes pois não vão de encontro à ideia inicial e que era demonstrar que o uso de prótese dentária removível total ou parcial levaria a variações no grau de auto-estima dos pacientes parcialmente e totalmente desdentados, nomeadamente a uma baixa auto-estima e que haveria diferenças de auto-estima consoante o tempo de uso da prótese e consoante o tipo de prótese usada.

Os resultados deste estudo revelaram que entre os 150 inquiridos, com média de idades de 57,71 anos, 58,7% com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos, em que predominaram os pacientes do género feminino (67,3%) e o tipo de prótese mais referido foi a PPR superior combinada com PPR inferior e PPR superior, a pontuação média da RSES obtida pelos participantes do estudo foi de 51, 58 pontos, sendo que na escala (mínimo de 10 pontos e um máximo de 60 pontos) este valor corresponde a uma auto-estima elevada portanto, no geral, o questionário demonstrou que globalmente os pacientes apresentavam uma auto-estima elevada.

Tal como foi referido anteriormente, neste estudo verificou-se que os pacientes apresentaram valores elevados de auto-estima pois, após a análise da sua relação com as variáveis em estudo concluiu-se que:

- Entre homens e mulheres não existem diferenças significativas de auto-estima, apresentando tanto o género feminino como o masculino uma média de valores de auto-estima relativamente elevados.
- As três faixas etárias observadas revelam valores relativamente elevados para a escala de auto-estima.
- Profissionalmente activos e profissionalmente inactivos demonstraram níveis de auto-estima significativamente elevados.
- Entre os vários tipos de prótese superior e inferior referidos pelos pacientes inquiridos também não houveram diferenças estatisticamente significativas, havendo uma tendência para os níveis de auto-estima estarem elevados.
- A auto-estima não difere significativamente com relação ao tempo de uso de prótese

A análise de dados mostrou ainda que relativamente às questões “Considero os dentes como elemento essencial a uma boa aparência.”, “Não gosto de usar prótese(s) dentária(s).”, “Tive dificuldade em adaptar-me à(s) prótese(s).”, “Tenho vergonha de usar prótese(s) dentária(s).”, “Acho que as outras pessoas reparam que tenho prótese(s) dentária(s).”, “Acho que só a minha mastigação é que melhorou e não a estética.”, “Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca.” se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grau de concordância verificando-se e concluindo-se que quem discorda com a questão colocada tem um valor de auto-estima significativamente superior.

Apesar de neste estudo os resultados demonstrarem que a prótese dentária não é um factor que por si só leve a uma baixa auto-estima, ela pode ser um dos factores, de entre muitos, que contribuem para a diminuição da auto-estima visto que estamos na era da

estética e da imagem. A população sobre a qual o estudo incidiu apresenta condicionantes sócio-económicas e culturais que podem ter condicionado os resultados do estudo, portanto, pode-se dizer que os pacientes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da FCS-UFP são apenas representativos sócio-economicamente e culturalmente de uma parte da população portuguesa. Assim, e para finalizar, deixo o desafio de se testar esta temática num contexto populacional mais abrangente para verificar se os resultados se mantêm.

Bibliografia

- Alcântara, J. A. (2000). *Como educar a auto-estima*. pp.20-60. Plátano: Lisboa.
- AL-Omiri, M. K.; Lamey, P. e Clifford, T.(2006). Impact of Tooth Wear on Daily Living, *The International Journal of Prosthodontics*, 19(6), pp. 601-605.
- André, C. e Lelord, F. (2000). *A Auto-Estima. Aprender a gostar de si para melhor viver com os outros*. pp. 14-72. Editorial Presença, Lisboa.
- Anderson, J. e Olnhausen, K. (1999). Adolescent Self-Esteem: A Foundational Disposition, *Nursing Science Quarterly*, 12(1), pp. 62-67.
- Azevedo, A. e Faria, L. (2003). Auto-conceito e auto-estima na transição do ensino secundário para o ensino superior. [FPCEUP – Artigo em Acta de Conferência Nacional] Disponível em <<http://hdl.handle.net/10216/6787>>. [Consultado em 29/01/2009]
- Azevedo, A. e Faria, L (2004). A Auto-Estima no Ensino Secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In: Machado e tal (Ed.) *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Braga, Psiquilíbrios Edições. pp. 415-421.
- Bachman, J. G. (1982). Family Realationships and Self-esteem. In: Rosenberg, M., Kaplan, H. B. (Ed.). *Social Psychology of the Self-Concept*. Illinois, Harlan Davidson, Inc. pp. 356-369.
- Baumeister, R. *et alii*. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?, *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), pp. 1-44.
- Bonet, J. V. (2002). *Sê amigo de ti mesmo: Manual de auto-estima*. Braga: Apostolado da Oração.

Corrado, O. J. (1990). Dentures, *British Medical Journal*, 301, pp. 1265-1268.

Carr, A. B.; Macgivney, G. P. e Brown, D. T. (2005). *Removable Partial Prosthodontics*. pp.5. Elsevier Mosby.

Duclos, G. (2006). *Auto-estima, um passaporte para a vida*. pp. 12-161. Climepsi Editores, Lisboa.^a

Duclos, G.; Laporte, D. e Ross, J. (2006). *A auto-estima dos adolescentes*. pp.12. Climepsi Editores, Lisboa.^b

Dusek, J. (2000). Commentary on the Spacial Issue: The Maturing of Self-Esteem Research with Early Adolescents, *The Journal of Early Adolescence*, 20(2), pp. 231-240.

Hill, M. e Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. pp. 138; 172; 173; 174; 175; 176; 195; 196. Edições Sílabo, Lda., Lisboa.

Escada, A. (2003). *Auto-estima do "Formador"*. pp. 23; 24; 25; 101. Raridade, Porto.

Faria, L.; Pepi, A. e Alesi, M.(2004). Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos?, *Análise psicológica*, 4(XXII), pp. 747-764.

Fonseca, G. M. (2004). Grau de satisfação dos pacientes tratados com overdentures. Disponível em http://www.sanches.odo.br/artigos/monografia_gilberto.pdf. [Consultado em 04/01/2009]

Forney, W.; Forney, J. e Crutsinger, C. (2005). Gender, Delinquent Status, and Social Acceptance as Predictors of the Global Self-Esteem of Teens, *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 33(3), pp. 208-219.

Ito, P.; Gobbita, M. e Guzzo, R. (2007). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar, *Estudos de Psicologia*, 24 (2), pp. 143-153.

Johnson, D. L. e Stratton, R. J. (1988). *Fundamentos da Prótese Removível*. pp.15-19. Quintessence Editora, Lda., Ria de Janeiro.

Kim, J. e Lennon, S. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies, *Clotihng and Textiles Research Journal*, 25(3), pp. 3-23.

Ma, H.; Sun, H. e Ji, P.(2008). How to deal with esthetically overcritical patients who need complete dentures: a case report, *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 9(5), pp. 1-5.

Mann, M. *et alii*.(2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion, *Health Education Research*, 19(4), pp. 357-372.

Matos, A. J. (1999). *Enciclopédia da psicologia*. pp. 149. Liarte Editora de Llivros, Lda., Lisboa.

McMullina, J. e Cairney, J. (2003). Self-esteem and the intersection of age, class and gender, *Journal of Aging Studies*, 18, pp. 75-90.

Mezzomo, E. (1996). *Reabilitação Oral – Para o Clínico*. pp. 1-5. Santos Livraria Editora, São Paulo.

Mosquera, J. e Stobäus, C. (2006). Auto-imagem, Auto-estima e Auto-realização: Qualidade de Vida na Universidade, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), pp. 83-88.

Oesterreich, L. (1997). Understanding children self-esteem. Disponível em <http://www.extension.iastate.edu/Publications/PM1529H.pdf>. [Consultado em 04/05/2009]

Pierce, J. e Gardner, D. (2004). Self-Esteem Within the Work and Organizational Context: A Review of the Organization-Based Self-Esteem Literature, *Journal of Management*, 30(5), pp. 591-622.

Plasencia, J. M. L. (1988). *Prótesis Completa*. pp.6-11. Editorial Labor, S.A., Barcelona.

Pedro, N. e Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico, *Análise Psicológica*, 2(24), pp. 247-262.

Rahn, A. O. e Heartwell Jr, C. H. (1993). *Textbook of Complete Dentures*. pp.131-133. Lea & Febiger, Londres.

Robins, R.; Hendin, H. e Trzesniewski, K. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale, *Society for Personality and Social Psychology*, 27(2), pp. 151-161.

Robins, R. e Trzesniewski, K. (2005). Self-Esteem Development Across the Life Span, *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), pp. 158-162.

Romano, A.; Negreiros, J. e Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país, *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (1), pp.107-114.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Disponível em <http://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf>. [Consultado em 29/01/2009]

Souza, D. e Ferreira, M. (2005). Auto-estima pessoal e colectiva em Mães e não-Mães. *Psicologia em Estudo*, 10(1), pp. 19-25.

Stone, D. B. *et alii.* (1996). *Epidemiologia Analítica*, “In” Introdução à Epidemiologia. pp.103-114. MC Graw-Hill, Amadora.

Tamaki, T. (1983). *Dentaduras Completas*. pp.14-17. Sarvier, São Paulo, Brasil.

Todescan, R.; Silva, E. E. B. e Silva, O. J. (2001). *Atlas de Prótese Parcial Removível*. pp. 1-21. Santos Livraria Editora, São Paulo, Brasil.

Vlezina, M.; Derriennic, F. e Monfort, C. (2004). The impact of job strain on social isolation: a longitudinal analysis of french workers, *Social Science & Medicin*, pp. 59, 29-30.

Zarb, G. A. *et alii.* (2003). *Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant - Supported Protheses*. pp. 3; 4; 20; 21; 22. Mosby, St. Louis, Missouri.

Anexo 1



Questionário

- 1) Género: (assinale com um X a sua resposta): F M
- 2) Data de nascimento ____/____/____ 3) Idade ____ anos
- 4) Estado civil: (assinale com um X a sua resposta)
Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de facto
- 5) Nível educacional: (assinale com um X a sua resposta)
Sem escolaridade Ensino primário Ensino preparatório Ensino secundário Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
- 6) Profissão: _____
- 7) Portador de Prótese Removível: (assinale com um X a sua resposta) -Superior: Total Parcial
-Inferior: Total Parcial
- 8) Há quanto tempo usa prótese(s)? Superior _____ Inferior _____
- 9) Há quanto tempo tem esta(s) prótese(es)? Superior _____ Inferior _____

QUESTIONÁRIO DE AUTO-ESTIMA GLOBAL

Autor: M. Rosenberg; Adaptação Portuguesa: L. Faria & S. Silva (1999)

10 - Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio(a).

À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

A – Concordo Totalmente; **B** – Concordo; **C** - Concordo parcialmente; **D** - Discordo parcialmente; **E** – Discordo; **F** - Discordo totalmente

	A	B	C	D	E	F
10.1 - Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a)						
10.2 - Por vezes penso que nada valho						
10.3 - Sinto que tenho um bom número de qualidades						
10.4 - Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas						
10.5 - Sinto que não tenho muito de que me orgulhar						
10.6 - Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil						
10.7 - Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros						
10.8 - Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a)						
10.9 - Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a)						
10.10 - Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a)						

11 - Por favor, para cada uma das 15 afirmações seguintes, assinale a sua resposta com um X.

A – Concordo Totalmente; **B** – Concordo; **C** - Concordo parcialmente; **D** - Discordo parcialmente; **E** – Discordo; **F** - Discordo totalmente

	A	B	C	D	E	F
11.1 - Considero os dentes como elemento essencial a uma boa aparência.						
11.2 - Estou satisfeito(a) com o resultado final da(s) prótese(s).						
11.3 - Sentia-me incomodado por ter ausência de dentes.						
11.4 - Não gosto de usar prótese(s) dentária(s).						
11.5 - Prefiro usar prótese(s) a ter ausência de dentes.						
11.6 - Tive dificuldade em adaptar-me à(s) prótese(s).						
11.7 - Tenho vergonha de usar prótese(s) dentária(s)						
11.8 - Acho que a(s) prótese(s) ajudou com que me sentisse melhor.						
11.9 - A minha aparência melhorou muito depois da reabilitação com prótese(s).						
11.10 - Olho para o espelho e gosto de me ver com a(s) prótese(s).						
11.11 - Sinto-me mais confiante por ter prótese dentária.						
11.12 - Acho que as outras pessoas reparam que tenho prótese(s) dentária(s).						
11.13 - Acho que a minha mastigação melhorou depois de colocar prótese.						
11.14 - Acho que a estética melhorou depois de colocar prótese.						
11.15 - Sinto que a(s) próteses(s) estão bem adaptadas à minha boca.						

Anexo 2



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Maria Filipa Torres de Carvalho, aluna do 6º ano da licenciatura em Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, estou a desenvolver um estudo que será a base do meu trabalho de final de curso com vista à obtenção do grau de licenciatura.

O estudo tem como tema “Avaliação da auto-estima nos portadores de Prótese Dentária Removível”. Pretende comprovar se existe uma relação positiva entre a reabilitação oral com prótese dentária removível e a auto-estima em pacientes parcialmente e totalmente desdentados.

A colheita de dados será realizada através de um Inquérito e da Escala de Auto-estima de Rosenberg. A sua participação no estudo é voluntária, assim sendo tem a liberdade de recusar participar no estudo.

As informações obtidas serão tratadas de forma anónima e serão utilizadas exclusivamente para os objectivos proposto para o estudo. Portanto, solicito o seu consentimento em participar na referida pesquisa.

Agradeço a sua colaboração.

Porto, _____ de _____ de 200_

(Assinatura do Investigador)

Eu _____ declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Porto, _____ de _____ de 200_

(Assinatura do Inquirido)