

Impacto das Próteses Mandibulares Implanto-Suportadas no Grau de Satisfação de Pacientes Desdentados Totais com Carga Imediata ou Precoce – Resultados Preliminares de Um Estudo Clínico Randomizado

Ribeiro P. *, Reis R. **, Nicolau P. ***

* Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

** Médica Dentista, licenciada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

*** Médico Dentista, doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Área de Medicina Dentária

Avenida Bissaya Barreto, Blocos de Celas

3000-075 Coimbra

Telf: +351-239 484 183

Fax: +351-239 402 910

Coimbra, Portugal

Endereço eletrónico: marquesribeiro@gmail.com

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	1
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	1
AGRADECIMENTOS	2
RESUMO	3
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	5
MATERIAIS E MÉTODOS	8
POPULAÇÃO	8
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	8
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	9
PLANO DE ESTUDO	10
QUESTIONÁRIO VAS	10
ANÁLISE ESTATÍSTICA	11
RESULTADOS	12
SATISFAÇÃO - CARACTERÍSTICAS DA PRÓTESE	12
SATISFAÇÃO ALIMENTAR	16
MEDIÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA	18
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXO 1	29
ANEXO 2	33
ANEXO 3	34

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	10
Figura 2	11
Tabela I - II	12
Figura 3 - 5	13
Figura 6 - 10	14
Tabela III – IV	15
Figura 11	16
Tabela V	17
Tabela VII	18
Tabela VI	19

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

- CC – Carga convencional
- CI – Carga Imediata
- CP – Carga Precoce
- DP – Desvio Padrão
- EP – Erro Padrão
- N – Número da Amostra
- P – Valor-p; Nível Descritivo
- PTIS – Prótese Total Implanto-Suportada
- PTMS – Prótese Total Muco-Suportada
- VAS – Escala Visual Analógica (do inglês - *Visual Analogue Scale*)

AGRADECIMENTOS

“Se a vida não ficar mais fácil, trata de ficar mais forte”.

Hoje sei que não existe a palavra impossível. Cabe a ti efetuar escolhas e colher os seus frutos. Por este motivo tenho tanto a agradecer! Em primeiro lugar agradeço ao meu exemplo, à minha força da natureza, que me faz ser sempre mais e melhor. Obrigada Mãe!

Agradeço à Diana, ao Diogo e à Carolina a ajuda que deram ao peixinho para sair do aquário, sem eles não seria possível! Que aos vossos olhos eu seja sempre um exemplo, mas sem deixar de ser a tia mais “fixe”!

Agradeço igualmente a toda a minha família, pelos frutos vermelhos, pelas visitas e por estarem lá quando mais precisei. Quando digo família não me refiro apenas à de sangue, mas também a todos aqueles que, ao longo dos meus curtos 24 anos, se tornaram na família que escolhi.

À Filipa, à Vera, à Enf. Rosália, à Dra. Maria de Jesus e a todos aqueles que comigo viveram 2 longos anos. Pois, além de me devolverem uma vida mais saudável, tornaram-na também mais feliz. Obrigada por isso!

Por último, mas com certeza não menos importante, ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Nicolau, não só por todos os conselhos e conhecimentos que me transmitiu ao longo destes 3 anos, mas sobretudo, por toda a disponibilidade e apoio ao longo deste trabalho. À minha coorientadora, Dra. Rita Reis, por toda a simpatia e amabilidade, estando sempre disposta a ajudar e a clarificar conceitos teóricos, que por vezes não compreendia. À Dra. Ana Messias e ao Dr. Filipe Moreira, pois muitas vezes foram cruciais neste trabalho, desde o apoio na análise estatística à revisão de conceitos científicos. Demonstrando que além de grandes professores e profissionais são também excelentes seres humanos.

Ao André Caiola, pela amizade, pelo apoio incondicional e por todo o trabalho que foi tendo comigo. Ao Diogo Rodrigues, por estar disponível (mesmo quando não podia), demonstrando a pessoa fantástica que é. Assim como a todos os meus colegas que vivenciaram comigo estes 6 anos, em especial à Inês, ao Filipe, à Vanessa, às Teresas, à Elise, ao Nuno e à “minha” Joana.

E como não poderia deixar de ser, a Coimbra. Obrigada, por me teres proporcionado os melhores anos da minha vida, junto de pessoas que, sem dúvida, levo comigo pra vida.

RESUMO

Introdução: As próteses totais implanto-suportadas mandibulares são uma opção de tratamento bem-sucedida para os pacientes desdentados, com resultados previsíveis a longo prazo quando se utilizam protocolos de carga convencional. Atualmente, tanto os protocolos de carga imediata como os de carga precoce encontram-se descritos na literatura com resultados favoráveis em relação à sobrevivência e à saúde dos tecidos periodontais, tanto a nível do implante como da prótese, bem como resultados positivos acerca da satisfação do paciente. Existe no entanto ainda fraca evidência científica, de que estes protocolos sejam realmente tão bons quanto os de carga convencional (*gold standard*), sobretudo no que diz respeito à satisfação do paciente. Um elevado nível de satisfação do paciente é muito importante pois esta é uma das 13 dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Objetivos: Avaliar os níveis de satisfação dos pacientes desdentados totais mandibulares a 1 e 6 meses, após reabilitação terapêutica com prótese total implanto-suportada sobre 2 implantes retida por uma barra, com carga imediata ou precoce.

Materiais e Métodos: A partir de um ensaio clínico randomizado ainda a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, onde foram incluídos 22 pacientes (11 no grupo de carga imediata e 11 no grupo de carga precoce), avaliou-se os níveis de satisfação dos participantes. Para tal foram entregues questionários segundo escalas visuais analógicas em 2 períodos de avaliação: 1 e 6 meses.

Resultados: Revelam que o grupo de carga precoce refere uma maior satisfação com a estética quando comparado com a carga imediata após o primeiro mês. Já no 6º mês, este mesmo grupo apresenta uma maior satisfação com a limpeza, com a sua força mastigatória em geral e com determinados alimentos como pão branco fresco, queijo duro, carne fria fatiada e maçãs cruas. Ocorre também uma maior satisfação com a sua eficiência mastigatória a comer pão branco fresco, bife cortado, maçã crua e alface.

Conclusão: Dentro das limitações deste estudo, são sugeridas as seguintes conclusões: independentemente do tipo de carga exercida aquando da reabilitação com PTIS, os pacientes apresentam níveis de satisfação elevados; quando comparada a satisfação entre cargas diferentes, verifica-se que o grupo CP é maioritariamente mais satisfeito que o grupo CI. Desta forma pode-se dizer que os pacientes que realizaram reabilitação protética com um protocolo de carga precoce estão mais satisfeitos. Contudo são necessários mais estudos para comprovar estes resultados.

Palavras-Chave: immediate loading, early loading, implant overdentures, patient satisfaction

ABSTRACT

Background: Mandibular overdentures are a successful treatment option for edentulous patients with long-term predictable outcomes, using conventional loading protocols. Currently, both early and immediate loading protocols for mandibular implant overdentures are prevalent in the literature, with favorable results in implant/prosthesis survival, soft tissue health, and patient's satisfaction outcomes. High patient's satisfaction is very important because this is one of the 13 dimensions of Health-Related Quality of Life.

Aim: Evaluated the levels of satisfaction with immediate loading versus early loading at 1 and 6 months of a bar-retained mandibular overdentures supported by two implants.

Materials and Methods: From an ongoing randomized clinical trial, 22 patients were included (11 in immediate loading group and 11 in the early loading group). Satisfaction levels of the patients were evaluated using visual analog scales questionnaires in two evaluation periods: 1 and 6 months.

Results: A comparison between the 1st and 6th month follow-up was established for the early loading group, where a decrease in their oral condition was found. It was also found that the same group refers, in the first questionnaire, a greater satisfaction with the aesthetics, compared to immediate loading. At the 6th month follow-up, the early loading group refers greater satisfaction with cleanliness of their prosthesis, masticatory force in general, as well in foods like fresh white bread, hard cheese, sliced cold meat and raw apples. This group also showed greater satisfaction with their chewing efficiency to eat fresh white bread, sliced steak, raw apple and lettuce.

Conclusions: Within the limitations inherent of this study, the following conclusions are suggested: regardless of the loading type exerted upon the rehabilitation with PTIS, patients have high levels of satisfaction; when compared satisfaction between different loading protocols. The CP group is more largely satisfied than the IC group. However more studies are needed to confirm these results.

Key words: immediate loading, early loading, implant overdentures, patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

Com os avanços a nível dos cuidados de saúde, a esperança média de vida tornou-se mais elevada, aumentando não só o número de idosos como também o aparecimento de doenças crónico-degenerativas¹. Questões relacionadas com a qualidade de vida (QV) associada ao envelhecimento assumem um papel cada vez mais preponderante.

Dado a QV estar intimamente relacionada com parâmetros como doença e tratamento, desenvolveu-se um conceito mais específico: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS)². *Cella e Tulsky*³ referem que o conceito de QVRS apresenta 13 dimensões: bem-estar emocional; espiritualidade; desempenho ocupacional; desempenho social; comunicação; capacidade funcional; estado físico; orientações futuras; aspeto geral do estado de saúde e de vida; vida familiar; alimentação; sexualidade e satisfação com o tratamento.

Segundo dados de 2014 provenientes da Ordem dos Médicos Dentistas, 70% dos portugueses têm falta de dentes naturais, onde 20% apresenta-se com falta de mais de 10 dentes naturais e 7% como desdentado total⁴. É da responsabilidade do médico dentista melhorar a QVRS dos seus pacientes, conferindo-lhes o melhor tratamento possível a nível de saúde oral.

Para grande parte dos pacientes edêntulos, as próteses totais convencionais mucos-suportadas (PTMS) asseguram uma reabilitação protética satisfatória. Em casos de reabsorção óssea mandibular acentuada, estas próteses não são suficientes para o restabelecimento da função oral relativamente à eficiência e força mastigatórias. As evidentes dificuldades na retenção das PTMS traduzem-se em alterações a nível da fonética, deglutição, estética, vida social e conforto psicológico do desdentado total. Este tipo de pacientes apresenta, desta forma, características únicas, constituindo um desafio para o médico dentista o restabelecimento da função do sistema estomatognático⁵.

Desde o aparecimento dos implantes dentários, vários estudos avaliaram o impacto destes dispositivos no suporte e retenção de uma prótese total mandibular. As vantagens desta associação fizeram com que a prótese total implanto-suportada (PTIS)⁶ se tornasse uma opção terapêutica válida em pacientes desdentados totais.

Numa reunião de Consenso de especialistas, que se realizou na Universidade *McGill* em 2002, assim como, na conferência anual da *British Society for the Study of Prosthetic Dentistry* em 2009, ficou estabelecido que o tratamento de primeira escolha

para pacientes desdentados totais mandibulares deveria ser uma reabilitação total implanto-suportada sobre 2 implantes^{7,8}.

De acordo com a literatura, as PTIS são uma opção de tratamento com benefícios e resultados altamente previsíveis a longo-prazo seguindo o protocolo clássico de carga convencional (CC)⁹⁻¹¹.

Por norma, na CC aceita-se a necessidade da existência de um tempo de espera compreendido entre a instalação cirúrgica dos implantes endo-ósseos e a reabilitação protética. A nível mandibular deve aguardar-se, pelo menos, 3 meses, visando uma boa cicatrização e regeneração óssea na interface osso-implante. Durante esta fase crítica, os pacientes podem utilizar uma prótese temporária ou, por vezes, quando recomendável, não utilizar qualquer tipo de prótese¹².

Assim, a possibilidade de reduzir este período de osteo-integração afigura-se importante numa perspectiva de minimizar o desconforto dos pacientes, melhorando a sua satisfação. Contudo, qualquer plano de tratamento alternativo não deve prejudicar a sobrevivência do implante.

Muitos autores defendem que a diminuição do período de osteo-integração pode ser conseguida através de protocolos de carga imediata (CI) ou precoce (CP). Segundo dados do *International Team for Implantology* (ITI) de 2010, que referenciam uma revisão sistemática de *Esposito e col.*¹³, relatam que hoje o protocolo de CI consiste na colocação da prótese provisória ou definitiva implanto-suportada até 1 semana após a cirurgia, ao passo que no protocolo de CP os implantes são colocados em carga até 2 meses após a cirurgia¹⁴.

*Ledermann*¹⁵ apresentou, em 1979, estudos de CI com sucesso clínico. Ainda assim, o interesse da comunidade científica nesta área e um crescente número de publicações sobre este tema verificaram-se, sobretudo, a partir de 2000. O aumento do número de estudos clínicos deveu-se ao aparecimento de implantes capazes de conferirem maior estabilidade primária, ao desenvolvimento de superfícies mais osteocondutoras, bem como também a uma maior evidência científica no que a carga funcional diz respeito¹⁶.

Apesar da maioria dos estudos sobre CI apresentarem taxas de sobrevivência semelhantes aos de CC¹⁷, tal não significa o abandono dos protocolos cirúrgicos convencionais, isto porque nem sempre se consegue alcançar estabilidade primária, associado ao facto da maioria dos estudos serem apenas retrospectivos ou prospetivos,

incluindo um número reduzido de pacientes. Por conseguinte, estes protocolos são muitas vezes vistos pelos clínicos como um fator de risco relativamente aos de CC.

Parece existir alguma evidência científica que suporta a instalação cirúrgica de dois implantes a nível mandibular em CI, ferulizados ou não¹⁶. Os resultados a curto-prazo de próteses mandibulares implanto-suportadas com CI ou CP demonstraram sucesso comparável com as de CC. Porém, não há dados a longo-prazo na literatura que suportem ou contradigam tanto o protocolo CI como o de CP para próteses removíveis implanto-suportadas¹⁰, além de poucos estudos compararem CI com CP, como foi sugerido numa meta-análise de *Esposito e col.*¹⁸.

O protocolo de CI tem uma vantagem evidente sobre o de CP, uma vez que o paciente recupera mais rapidamente a função mastigatória e a confiança pessoal. Todavia, não sabemos se este procedimento compromete a taxa de sucesso dos implantes apesar de alguns estudos sugerirem que a CI é mais favorável do que a CP¹⁵. Importa considerar que o desejável é a comparação das taxas de sucesso e não apenas as taxas de sobrevivência.

Considerando que o tratamento de pacientes desdentados totais com PTIS, tanto de CI como CP, são opções de tratamento relativamente recentes, o conhecimento do seu impacto sobre a satisfação dos pacientes assume um papel importante ao indicar, de forma subjetiva, a QVRS assim como o sucesso deste tipo de tratamento.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, realizou-se um estudo clínico randomizado no qual, através de questionários com escala visual analógica (VAS), comparou-se a satisfação dos pacientes com protocolo de CI e com protocolo de CP, numa situação clínica de particular importância que é a reabilitação do desdentado total mandibular.

Objetivo:

Avaliar os níveis de satisfação dos pacientes desdentados totais mandibulares a 1 e 6 meses, após reabilitação terapêutica com prótese total implanto-suportada sobre 2 implantes retida por uma barra, com CI ou CP.

MATERIAIS E MÉTODOS

População

Foram incluídos 22 pacientes desdentados totais bi-maxilares, com idades compreendidas entre os 50 e os 80 anos que recorreram à consulta externa na Área de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre 2011 e 2015, com o objetivo de serem reabilitados proteticamente.

Após a realização de uma história clínica geral e oral, com os exames intra-orais e imagiológicos habituais, procedeu-se à triagem dos pacientes com vista a englobá-los no estudo clínico de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os pacientes foram devidamente informados acerca do estudo, e só depois de assinarem o consentimento informado e esclarecido (Anexo 1) é que foi iniciado o processo de seleção e triagem.

O estudo foi autorizado pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo 2) e os princípios éticos da declaração de Helsínquia para a investigação médica em humanos foram cumpridos.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo:

- Paciente desdentado total de ambos os sexos com idade compreendida entre os 50 e 80 anos.
- Paciente reabilitado com duas PTMS bem adaptadas há, pelo menos, 4 semanas.
- Paciente cujo tempo decorrido entre a última extração (realizada na posição do implante) e a cirurgia implantar fosse igual ou superior a 6 meses.
- Paciente cujo osso em qualidade e quantidade fosse suficiente para permitir a colocação de dois implantes intermentonianos, com pelo menos 10 mm de comprimento, numa só fase cirúrgica e sem recurso a técnicas de aumento ósseo.
- Paciente motivado para colaborar durante o tempo necessário à conclusão do estudo.

Critérios de Exclusão

Excluíram-se os pacientes pelos seguintes motivos sistêmicos:

- Patologias crônicas que necessitassem do uso profilático de antibióticos por rotina
- Patologias que necessitassem da utilização prolongada de corticosteroides.
- Patologias severas ou não controladas de alterações do metabolismo ósseo.
- História clínica de disfunção ou deficiência leucocitária.
- História clínica de discrasia sanguínea.
- História clínica de neoplasia com recurso a quimioterapia.
- História clínica de radioterapia da cabeça e do pescoço.
- História clínica de insuficiência renal.
- Alterações endócrinas não controladas.
- Deficiências físicas que dificultassem uma correta higiene oral e protética.
- Terapêuticas medicamentosas que utilizassem drogas novas experimentais em ensaios clínicos nos 30 dias prévios à cirurgia.
- Hábitos alcoólicos ou de abuso de drogas.
- Infecção pelo vírus HIV.
- Hábitos tabágicos (equivalente a mais de 10 cigarros/dia).
- Condições ou circunstâncias (por exemplo: hábitos de vida, falta de motivação) que na opinião do investigador/clínico, possam constituir um problema num compromisso a longo prazo com o estudo.

Excluíram-se os pacientes pelos seguintes motivos locais:

- Inflamação local.
- Lesão da mucosa oral.
- História clínica de radioterapia localizada à zona implantar.
- Presença de lesão óssea.
- Zona de extração recente (inferior a 6 meses).
- Zona que foi sujeita a uma cirurgia de aumento ósseo (inferior a 6 meses).
- Zonas de defeito ósseo que necessitassem de cirurgia de aumento ósseo em simultâneo com a colocação do implante.
- Hábitos parafuncionais severos.
- Infecção intraoral persistente.
- Falta de estabilidade primária de 1 ou dos 2 implantes pós-cirurgia (35ncm/60 ISQ).

- Falta de motivação para seguir os cuidados higiênicos e a manutenção pós-operatória necessária.

Plano de estudo

Cada paciente recebeu 2 implantes colocados na região intermentoniana na mandíbula. Após a cirurgia os pacientes, ao cumprirem os critérios de inclusão/exclusão (estabilidade primária), foram randomizados para o grupo de carga imediata (48 horas) ou para o grupo de carga precoce (2 semanas) e as impressões realizadas. Os dois implantes foram ferulizados por uma barra, funcionando como elemento adicional de retenção da prótese total mandibular existente.

Nas consulta de controlo de 1 e 6 meses após o dia da cirurgia, foi entregue um questionário VAS (Anexos 3), de forma a avaliar a satisfação geral dos pacientes com a nova prótese mandibular.

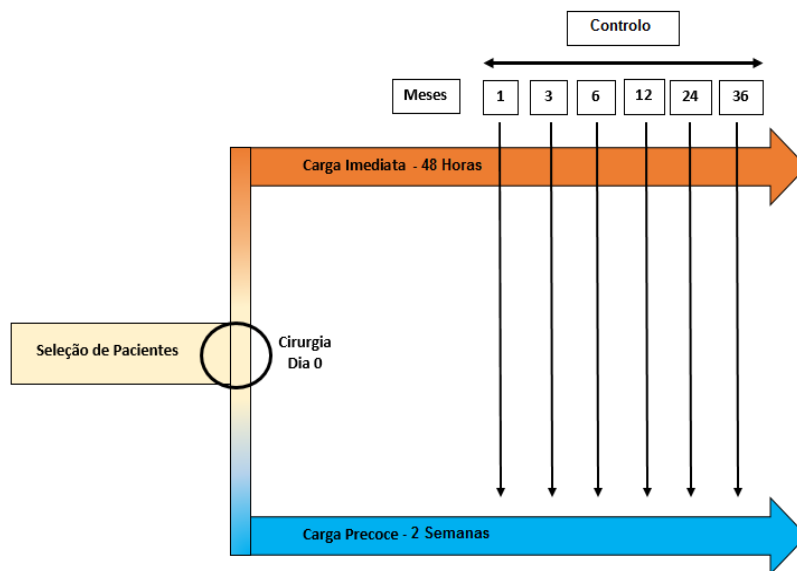


Figura 1 - Desenho do estudo.

Questionário VAS

O questionário elaborado para o presente estudo consiste num questionário adaptado daquele utilizado pela Universidade de McGill, Canadá, já utilizado por outros autores (Aarts, Payne e Thomson¹⁹). Consiste numa avaliação com 9 parâmetros, correspondendo a 23 perguntas que foram respondidas utilizando uma escala VAS de 100 mm (Figura 2). O questionário, apresenta-se dividido em 2 partes:

- I. Avaliação da satisfação em relação às características da prótese mandibular (da pergunta 1 à 7).

- II. Avaliação da satisfação alimentar influenciada pela prótese mandibular (da pergunta 8.1 à 9.8).

Foi pedido a cada paciente que situasse o seu grau de satisfação relativamente a cada questão na escala. Para isso, marcavam um risco na escala VAS, entre o ponto 0 - nada satisfeito até ao ponto 100 - totalmente satisfeito.

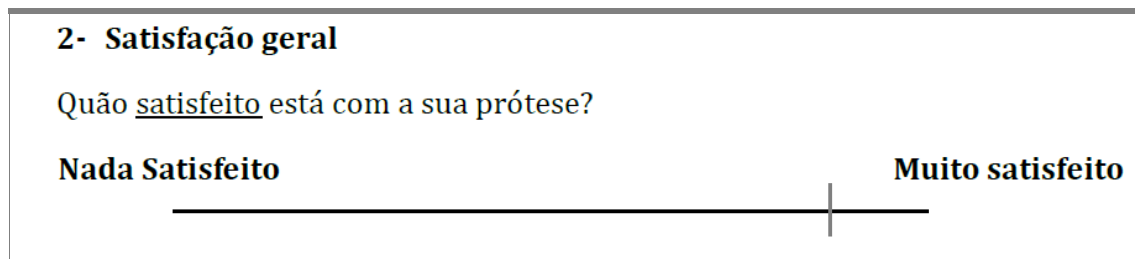


Figura 2 - Exemplo de uma resposta à pergunta 2. Numa linha com 100 mm o paciente executa um traço correspondente à sua resposta que, neste caso, apresenta-se com um valor de 87 mm.

De forma a comprovar a autenticação deste questionário, foi entregue a sua versão original (inglês) à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, que o traduziu para português. Esta última versão foi submetida à sua tradução inversa por um outro profissional da mesma instituição. Uma vez que a versão final em língua inglesa foi coincidente com a sua versão original, pode-se considerar que o questionário utilizado neste estudo encontra-se autenticado.

Análise estatística

Para a análise estatística dos resultados, utilizou-se o SPSS (*SPSS Statistics, versão 21.0, para Apple Macintosh OS, SPSS Inc., Chicago, IL, USA*). De forma a reportar a estatística descritiva, dos resultados para as diferentes cargas aos 1 e 6 meses, foi utilizado um teste paramétrico, com uma distribuição normal, o *T-Test*, bem como os testes não paramétricos *WILCOXON Test* e *Mann-Whitney Test*. A medição da consistência interna foi determinada através do teste de *Alpha de Cronbach*.

RESULTADOS

Dos 22 pacientes que participaram no presente estudo, 4 são homens e 18 são mulheres. Apresentam uma idade média de 67.3 ± 9.0 anos, variando entre um mínimo de 51 e máximo de 81 anos (Tabela I).

Considerando a estrutura do questionário, a análise estatística foi dividida em duas partes: a primeira relacionada com a satisfação em relação às características da prótese mandibular e a segunda com a satisfação alimentar por ela influenciada, dando-nos no seu conjunto a satisfação geral.

Tabela I – Características da amostra.

		TOTAL	Carga Imediata	Carga Precoce
PARTICIPANTES	N	22	11	11
	Média Idades ± DP (Anos)	67.3 ± 9.0	67.36 ± 8.21	67.27 ± 10.14
	Intervalo Idades (Anos)	51 - 81	54 - 79	51 - 81
	Nº Homens/Mulheres	4/18	2/9	2/9

Satisfação - características da prótese

Relativamente ao questionário de satisfação relacionado com as características da prótese, as respostas às questões 1 e 3 foram invertidas de forma a corresponder à codificação da escala VAS de menor satisfação para maior satisfação das restantes questões.

A estatística descritiva relativa às respostas das questões 1 a 7 está sumariada na tabela II. De notar que para a avaliação longitudinal de cada grupo são apenas considerados os respondentes dos 2 tempos de avaliação, pelo que também é apresentada na tabela III a estatística descritiva da porção do questionário em causa.

Tabela II – Descrição da amostra.

PERGUNTA	CARGA IMEDIATA				CARGA PRECOCE			
	1 Mês	N	6 Meses	N	1 Mês	N	6 Meses	N
	Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP	
1 - Facilidade De Limpeza	82.00 ± 13.14	11	74.33 ± 20.74	9	84.00 ± 17.89	11	88.71 ± 19.08	7
2 - Satisfação Geral	62.82 ± 28.15	11	70.11 ± 15.24	9	74.18 ± 27.02	11	82.71 ± 21.03	7
3 - Capacidade De Fala	81.64 ± 12.94	11	83.00 ± 07.00	9	80.27 ± 28.87	11	86.57 ± 24.26	7
4 - Conforto	63.55 ± 26.39	11	72.56 ± 15.46	9	69.82 ± 29.99	11	74.43 ± 21.52	7
5 - Estética	66.55 ± 23.02	11	74.11 ± 14.47	9	83.73 ± 24.70	11	72.86 ± 29.16	7
6 - Estabilidade	61.38 ± 29.76	8	72.00 ± 15.32	8	66.18 ± 32.30	11	79.29 ± 27.63	7
7 - Condição Oral	60.11 ± 28.24	9	71.89 ± 16.19	9	70.09 ± 32.34	11	73.14 ± 27.72	7
TOTAL	74.29 ± 16.74		74.34 ± 15.45		75.47 ± 27.69		79.67 ± 23.82	

Como ilustram os gráficos (Figuras 3 a 10), verificou-se que o grupo de CI refere aos 6 meses mais dificuldades na higienização da prótese. Este grupo, aos 6 meses, apesar de referir maior estabilidade da prótese, atribui uma pontuação inferior ao índice relativo à satisfação geral. Por outro lado, o grupo de CP manteve aos 6 meses as classificações atribuídas à estabilidade e satisfação com a prótese, tendo todavia referido uma maior insatisfação com a sua condição oral, traduzida por uma diminuição estatisticamente significativa de 11 pontos percentuais nas respostas à questão número 7 (Tabela III).

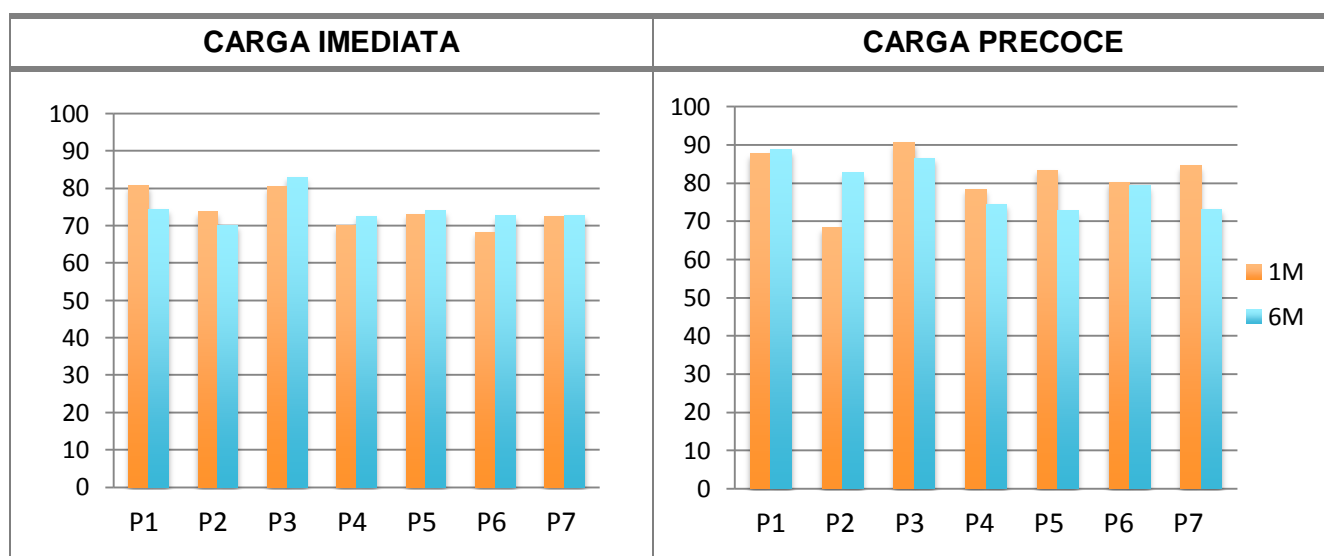


Figura 3 – Resultados das 7 perguntas para o grupo CI e CP.

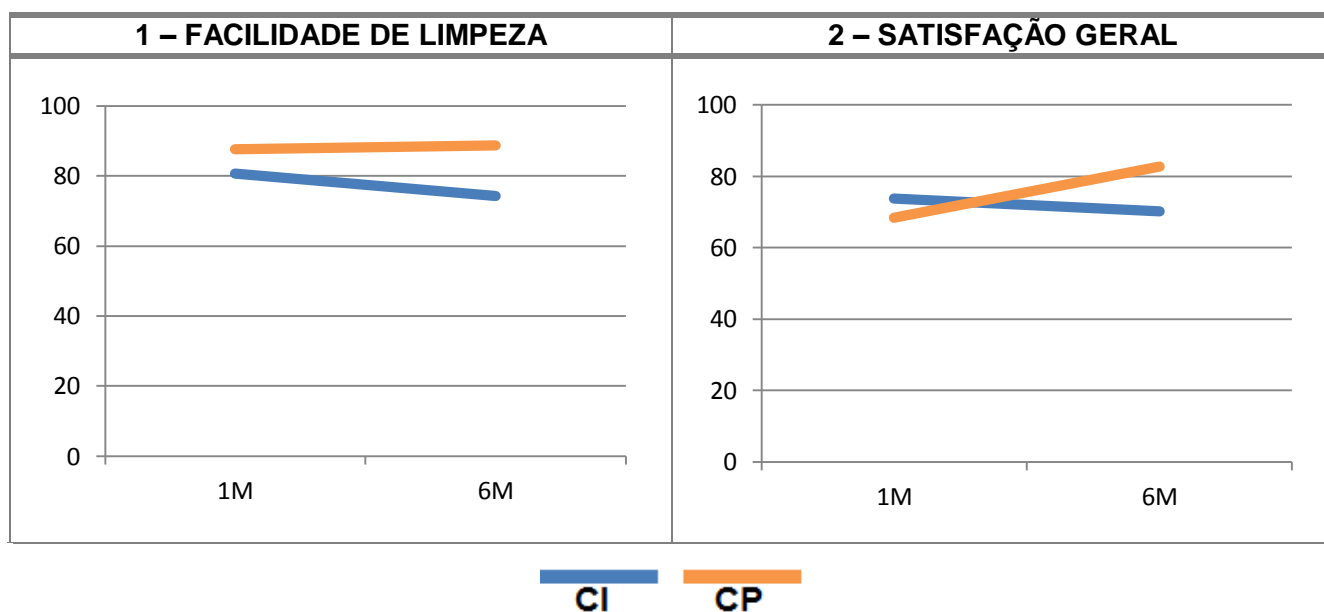


Figura 4 – Respostas dos 2 grupos à 1ª pergunta "Quão difícil é limpar a sua prótese?".

Figura 5 – Resposta dos 2 grupos à 2ª pergunta "Quão satisfeito está com a sua prótese?".

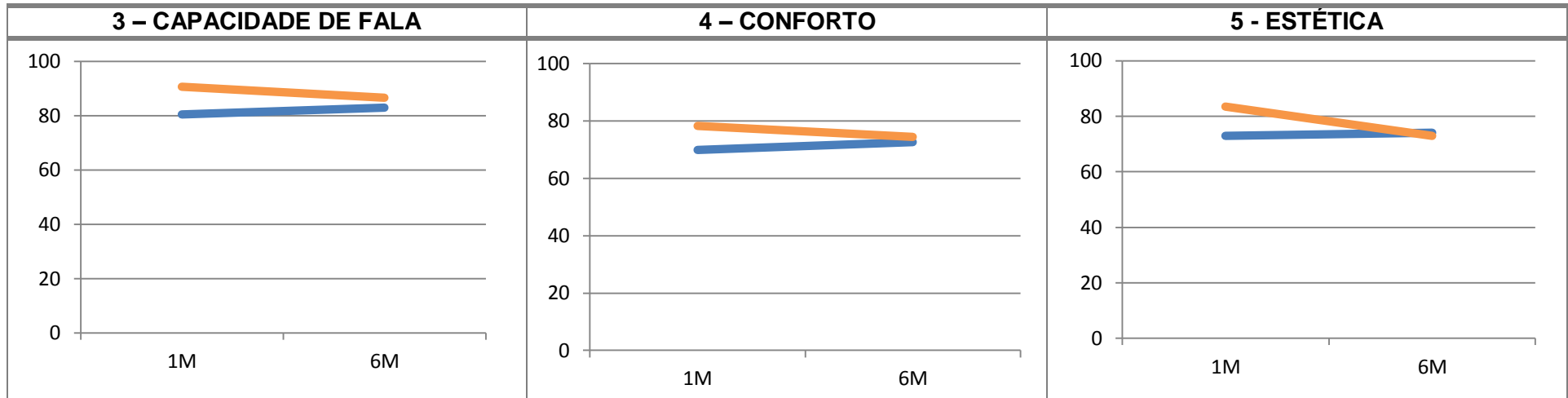


Figura 6 - Resposta dos 2 grupos à 3ª pergunta "Quão difícil é para si falar devido à prótese?".

Figura 7 - Resposta dos 2 grupos à 4ª pergunta "Está satisfeito com o conforto da sua prótese?".

Figura 8 - Resposta dos 2 grupos à 5ª pergunta "Está satisfeito com a aparência da sua prótese?".

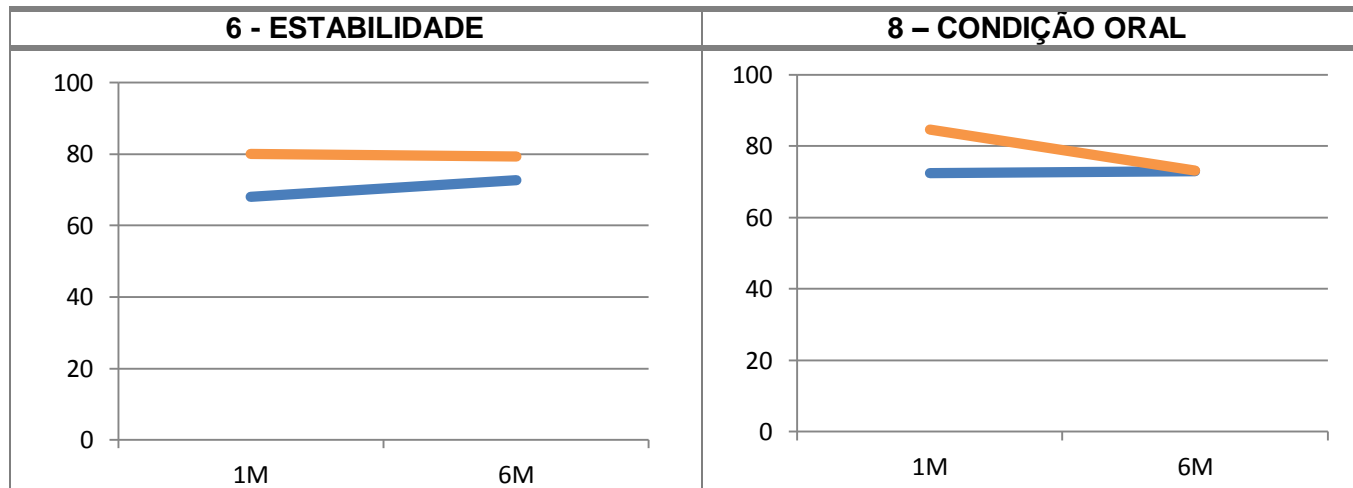


Figura 9 - Resposta dos 2 grupos à 6ª pergunta "Está satisfeito com a estabilidade da sua prótese?".

Figura 10 - Resposta dos 2 grupos à 7ª pergunta "No geral, está satisfeito com a saúde da sua boca?".

Tabela III – Evolução da satisfação dos pacientes com as características da prótese, dentro de cada tipo de carga.

PERGUNTA	CARGA IMEDIATA					CARGA PRECOCE				
	1 Mês	6 Meses		Diferença	P	1 Mês	6 Meses		Diferença	P
	Média ± DP	Média ± DP	N	Média ± EP		Média ± DP	Média ± DP	N	Média ± EP	
1 - Facilidade De Limpeza	80.67 ± 14.07	74.33 ± 20.74	9	-6.33 ± 7.91	0.953	87.71 ± 15.69	88.71 ± 19.08	7	1.00 ± 9.02	0.462
2 - Satisfação Geral	73.67 ± 16.07	70.11 ± 15.24	9	-3.55 ± 7.14	>0.05	82.43 ± 8.43	82.71 ± 21.03	7	0.29 ± 14.21	0.344
3 - Capacidade De Fala	80.44 ± 14.08	83.00 ± 07.00	9	2.56 ± 4.11	0.552	90.57 ± 12.04	86.57 ± 24.26	7	-4.00 ± 5.16	0.611
4 - Conforto	69.89 ± 21.85	72.56 ± 15.46	9	2.67 ± 7.94	0.515	78.29 ± 24.26	74.43 ± 21.52	7	-3.86 ± 3.30	0.310
5 - Estética	73.00 ± 10.32	74.11 ± 14.47	9	1.11 ± 5.16	0.735	83.43 ± 31.34	72.86 ± 29.16	7	-10.57 ± 4.85	0.051
6 - Estabilidade	68.14 ± 24.61	72.71 ± 16.40	7	4.57 ± 7.70	0.446	80.14 ± 24.86	79.29 ± 27.63	7	-0.86 ± 9.47	0.310
7 - Condição Oral	72.43 ± 15.97	72.86 ± 18.19	7	0.43 ± 5.04	>0.05	84.57 ± 22.00	73.14 ± 27.72	7	-11.43 ± 2.64	0.028

Tabela IV – Comparação da satisfação dos pacientes com as características da prótese, entre os 2 diferentes tipos de carga (CI – Carga Imediata e CP – Carga precoce), nos 2 períodos de tempo.

PERGUNTA	1 MÊS						6 MESES					
	CI	N	CP	N	Diferença	P	CI	N	CP	N	Diferença	P
	Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP		Média ± EP					
1 - Fácil Limpeza	82.00 ± 13.14	11	84.00 ± 17.89	11	1.64 ± 6.69	0.365	74.33 ± 20.74	9	88.71 ± 19.08	7	14.38 ± 10.10	0.031
2 - Satisfação Geral	62.82 ± 28.15	11	65.18 ± 33.32	11	2.36 ± 13.15	0.300	70.11 ± 15.24	9	82.71 ± 21.03	7	12.60 ± 9.04	0.091
3 - Capacidade Fala	81.64 ± 12.94	11	80.27 ± 28.87	11	-1.36 ± 9.54	0.300	83.00 ± 07.00	9	86.57 ± 24.26	7	3.57 ± 8.44	0.055
4 - Conforto	63.55 ± 26.39	11	69.82 ± 29.99	11	6.27 ± 12.05	0.519	72.56 ± 15.46	9	74.43 ± 21.52	7	1.87 ± 9.23	0.758
5 - Estética	66.55 ± 23.02	11	83.73 ± 24.70	11	17.18 ± 0.18	0.004	74.11 ± 14.47	9	72.86 ± 29.16	7	-1.25 ± 11.09	0.536
6 - Estabilidade	61.38 ± 29.76	8	66.18 ± 32.30	11	4.81 ± 14.54	0.545	72.00 ± 15.32	8	79.29 ± 27.63	7	7.29 ± 11.32	0.121
7 - Condição Oral	60.11 ± 28.24	9	70.09 ± 32.34	11	9.98 ± 13.75	0.261	71.89 ± 16.19	9	73.14 ± 27.72	7	1.254 ± 11.03	0.681

Para uma correta análise das tabelas e gráficos deve-se ter em conta o seguinte: 2 pacientes do grupo CI e 3 pacientes do grupo CP não responderam ao questionário no controlo dos 6 meses, isto porque ainda não perfizeram 6 meses desde o dia da colocação dos implantes. Assim como 1 paciente do grupo CP faleceu antes do controlo dos 6 meses por doença oncológica diagnosticada após o 1º controlo; no controlo do 1º e 6º mês, 3 pacientes não responderam à questão nº 6 e 2 pacientes não responderam à questão nº 7, por não compreenderem a pergunta. Dando assim uma variação do número da amostra entre 7 e 11.

Como se pode verificar na tabela IV, na primeira avaliação foi determinada uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para o índice de estética, desfavorável ao grupo de CI. A inicial homogeneidade das respostas dos 2 grupos tende aos 6 meses para resultados superiores no grupo de CP, sendo estatisticamente significativa para a questão 1, referente à facilidade de limpeza da prótese.

Satisfação Alimentar

Para a análise das questões 8 e 9, devido à codificação invertida da escala de respostas (0: nada difícil – 100: muito difícil), a redução do valor atribuído na escala VAS correspondente foi considerado como uma melhoria da satisfação alimentar do paciente decorrente do uso da prótese mandibular. Na comparação do grau de satisfação alimentar de pacientes reabilitados 48h após a cirurgia (CI) e 2 semanas após a cirurgia (CP), verifica-se uma grande homogeneidade nas respostas do primeiro questionário, aplicado após um mês do dia 0 (Tabela V).

A figura 11 traduz a evolução da função mastigatória nas vertentes de dificuldade associada à mastigação e capacidade de fragmentação alimentar.

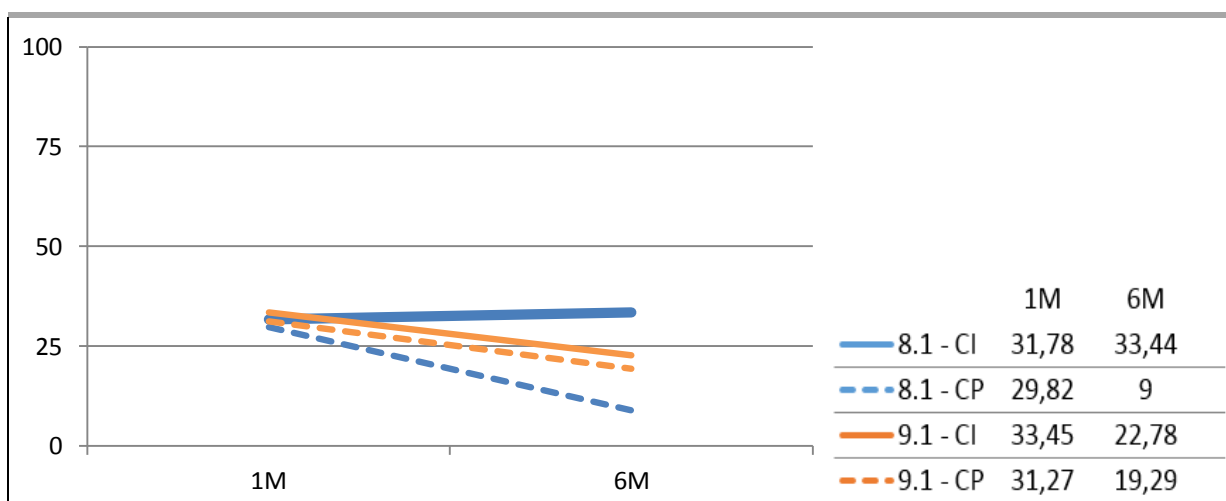


Figura 11 – Comparação das respostas às perguntas 8.1 “Em geral, acha difícil mastigar a comida com a sua prótese?” e 9.1 “Em geral, a comida é bem mastigada antes de a engolir?” para os 2 grupos.

Tabela V - Evolução da satisfação alimentar dos pacientes, dentro de cada tipo de carga.

PERGUNTA	CARGA IMEDIATA					CARGA PRECOCE				
	1 Mês	6 Meses		Diferença	N	1 Mês	6 Meses		Diferença	N
	Média ± DP	Média ± DP	N	Média ± EP		Média ± DP	Média ± DP	N	Média ± EP	
8.1 - Força mastigatória	25.57 ± 17.47	37.43 ± 23.74	7	-11.86 ± 10.50	0.397	18.00 ± 22.32	9.00 ± 5.03	7	9.00 ± 8.94	0.866
8.2 - Pão branco fresco	28.71 ± 26.83	26.29 ± 14.06	7	2.43 ± 9.14	>0.05	18.57 ± 19.81	9.14 ± 6.84	7	9.429 ± 7.56	0.345
8.3 - Queijo duro	33.33 ± 21.38	33.67 ± 27.00	6	-0.33 ± 16.20	0.500	35.40 ± 42.03	7.40 ± 2.51	5	28.00 ± 18.73	0.416
8.4 - Cenouras cruas	37.50 ± 20.55	40.83 ± 26.86	6	-3.33 ± 14.76	0.917	25.75 ± 32.93	17.00 ± 14.90	4	8.75 ± 20.40	>0.05
8.5 - Carne fria fatiada	32.71 ± 24.98	35.00 ± 24.42	7	-2.29 ± 3.97	0.498	22.57 ± 24.24	18.86 ± 25.23	7	3.71 ± 3.07	0.236
8.6 - Bife cortado	34.29 ± 25.53	32.86 ± 18.48	7	1.43 ± 11.993	0.672	26.00 ± 26.58	21.00 ± 25.29	7	5.00 ± 10.12	0.753
8.7 - Maçã crua	38.25 ± 22.81	46.50 ± 30.40	8	-8.25 ± 18.03	0.866	29.43 ± 32.89	16.57 ± 13.96	7	12.86 ± 11.61	0.398
8.8 - Alface	25.75 ± 15.60	14.88 ± 3.87	8	10.86 ± 5.06	0.063	20.43 ± 26.75	12.14 ± 12.72	7	8.286 ± 5.419	0.307
9.1 - Eficiência mastigatória	29.67 ± 11.66	22.78 ± 9.40	9	6.89 ± 3.22	0.084	25.57 ± 26.38	19.29 ± 14.90	7	6.29 ± 7.50	0.866
9.2 - Pão branco fresco	30.63 ± 15.67	24.88 ± 20.97	8	5.75 ± 9.72	0.161	13.43 ± 12.50	9.71 ± 6.95	7	3.71 ± 5.19	0.752
9.3 - Queijo duro	31.14 ± 13.67	35.43 ± 21.02	7	-4.29 ± 10.25	0.553	40.50 ± 40.53	30.25 ± 30.69	4	10.25 ± 5.84	0.109
9.4 - Cenouras cruas	35.75 ± 15.60	54.63 ± 23.32	8	-18.88 ± 12.79	0.183	35.40 ± 37.11	32.00 ± 31.05	5	3.40 ± 7.81	0.686
9.5 - Carne fria fatiada	28.33 ± 12.01	35.67 ± 19.28	9	-7.33 ± 8.00	0.484	26.29 ± 25.46	20.57 ± 20.04	7	5.71 ± 5.20	0.249
9.6 - Bife cortado	29.22 ± 12.41	25.56 ± 10.39	9	3.66 ± 2.84	0.282	27.43 ± 27.27	11.57 ± 7.48	7	15.86 ± 8.73	0.108
9.7 - Maçã crua	27.33 ± 11.63	40.22 ± 23.59	9	-12.89 ± 8.93	0.173	32.14 ± 30.81	18.71 ± 18.60	7	13.43 ± 9.04	0.176
9.8 - Alface	25.44 ± 9.18	22.78 ± 6.94	9	2.67 ± 3.27	0.499	24.71 ± 27.76	13.14 ± 7.54	7	11.57 ± 9.40	0.237

Tal como para as restantes questões, os dois grupos apresentam dados semelhantes a 1 mês nos itens 8.1 e 9.1. Porém, ao fim de 6 meses e para o item 8.1, regista-se uma diferença estatisticamente significativa de 24.45 ± 7.69 pontos entre os dois grupos ($p=0.005$), como pode verificar-se na tabela VI.

Esta diferença é uma tendência extensível a todos os subtópicos da pergunta 8 com diferenças significativas em alimentos como o pão branco fresco, queijo duro, carne fria fatiada e maçã crua. No que se refere à capacidade de fragmentação alimentar, os dois grupos manifestam uma ligeira redução (Figura 11), mas sem diferenças significativas. Não obstante, os pacientes do grupo CI apresentam valores estatisticamente inferiores quando se referem aos alimentos: alface, bife cortado e maçã crua (Tabela VI).

Medição da consistência interna

Para determinação da validade das respostas ao questionário foi determinado o alfa de Cronbach para as questões 1 a 7, 8.1 e 9.1 nos dois momentos de avaliação tendo em consideração a inversão da escala nas questões 1,3,8.1 e 9.1.

Apesar da diminuição do grau de consistência do primeiro para o segundo momento de avaliação, pode considerar-se que as respostas ao questionário apresentam níveis de fiabilidade elevados (Tabela VII).

Tabela VII – Consistência interna.

Alfa Cronbach	
1 Mês	6 Meses
0.943	0.808

Tabela VI - Comparação da satisfação alimentar dos pacientes, entre os 2 diferentes tipos de carga (CI – Carga Imediata e CP – Carga precoce), nos 2 períodos de tempo.

PERGUNTA	1 MÊS						6 MESES					
	CI	N	CP	N	Diferença	P	CI	N	CP	N	Diferença	P
	Média ± DP		Média ± DP		Média ± EP		Média ± DP		Média ± DP		Média ± EP	
8.1 - Força mastigatória	31.78 ± 20.99	9	29.82 ± 33.20	11	1.96 ± 12.78	0.412	33.44 ± 22.35	9	9.00 ± 5.03	7	24.45 ± 7.69	0.005
8.2 - Pão branco fresco	32.67 ± 24.53	9	29.55 ± 30.94	11	3.12 ± 12.71	0.503	26.00 ± 12.35	9	9.14 ± 6.84	7	16.86 ± 5.22	0.002
8.3 - Queijo duro	46.11 ± 26.82	9	38.00 ± 41.13	7	8.11 ± 16.99	0.470	33.13 ± 23.40	8	7.40 ± 2.51	5	25.73 ± 8.35	0.002
8.4 - Cenouras cruas	50.22 ± 25.87	9	36.80 ± 35.21	10	13.42 ± 14.32	0.400	39.25 ± 23.70	8	17.00 ± 14.90	4	22.25 ± 13.13	0.073
8.5 - Carne fria fatiada	37.11 ± 23.34	9	30.27 ± 29.82	11	6.84 ± 12.20	0.456	34.67 ± 21.16	9	18.86 ± 25.23	7	15.81 ± 11.59	0.042
8.6 - Bife cortado	42.89 ± 28.04	9	31.36 ± 28.40	11	11.53 ± 12.70	0.261	32.78 ± 16.05	9	21.00 ± 25.28	7	11.78 ± 10.34	0.142
8.7 - Maçã crua	39.80 ± 25.06	10	35.91 ± 35.49	11	3.89 ± 13.54	0.349	46.56 ± 28.43	9	16.57 ± 13.96	7	29.98 ± 11.77	0.012
8.8 - Alface	28.10 ± 18.63	10	27.27 ± 29.79	11	0.83 ± 10.98	0.426	14.89 ± 3.62	9	12.14 ± 12.72	7	2.75 ± 4.42	0.114
9.1 - Eficiência mastigatória	33.45 ± 16.76	11	31.27 ± 29.99	11	2.18 ± 10.36	0.365	22.78 ± 9.40	9	19.29 ± 14.90	7	3.49 ± 6.08	0.351
9.2 - Pão branco fresco	38.50 ± 21.68	10	25.45 ± 28.08	11	13.05 ± 11.03	0.051	24.44 ± 19.65	9	9.71 ± 6.94	7	14.73 ± 7.83	0.016
9.3 - Queijo duro	38.20 ± 19.14	10	44.38 ± 40.13	8	6.18 ± 14.31	>0.05	34.88 ± 19.52	8	30.25 ± 30.68	4	4.63 ± 14.35	0.808
9.4 - Cenouras cruas	42.00 ± 19.62	10	38.10 ± 36.79	10	3.90 ± 13.19	0.436	51.11 ± 24.22	9	32.00 ± 31.05	5	19.11 ± 14.89	0.240
9.5 - Carne fria fatiada	35.55 ± 19.56	11	34.09 ± 31.03	11	1.46 ± 11.06	0.519	35.67 ± 19.29	9	20.57 ± 20.04	7	15.10 ± 9.88	0.071
9.6 - Bife cortado	26.27 ± 19.34	11	34.82 ± 31.16	11	1.46 ± 11.06	0.478	25.56 ± 10.39	9	11.57 ± 7.48	7	13.98 ± 4.67	0.005
9.7 - Maçã crua	31.00 ± 16.89	11	37.36 ± 32.48	11	-6.36 ± 11.04	0.748	40.22 ± 23.59	9	18.51 ± 18.60	7	21.51 ± 10.88	0.008
9.8 - Alface	30.18 ± 17.00	11	30.64 ± 31.64	11	-0.46 ± 10.83	0.519	22.78 ± 6.94	9	13.14 ± 7.54	7	9.64 ± 3.63	0.016

DISCUSSÃO

Atualmente, o número de pacientes desdentados totais tende a diminuir. Contudo, autores como Turkilmaz e Furuyama²⁰⁻²² referem que ainda são necessários estudos que demonstrem qual o tratamento mais efetivo indo ao encontro das necessidades nos dias de hoje. As PTIS podem aumentar substancialmente a qualidade de vida das pessoas, principalmente se forem pacientes com dificuldades de adaptação devido a limitações anatómicas que comprometam o suporte e retenção das reabilitações²³⁻²⁷. Kronstrom e col.²⁸ referem que os níveis de satisfação dos pacientes aumentam significativamente após a colocação de PTIS, permanecendo altos durante o tempo de controlo com necessidades de manutenção baixas. No nosso estudo também se verificou um nível elevado de satisfação geral, sendo de 70.11 ± 15.24 e 82.71 ± 21.03 para os grupos de CI e CP, respetivamente (Tabela II).

Na génese deste tipo de reabilitação, *Brånemark e col.*²⁹ advogaram empiricamente a necessidade de um período de cicatrização mínimo de 3 meses numa terapêutica mandibular. Desde então, tem-se vindo a demonstrar que a osteointegração pode ser alcançada através de protocolos de carga imediata ou precoce permitindo, assim, excluir a fase inicial que causa maior desconforto estético e funcional^{30,31}. No presente estudo, as taxas de sobrevivência demonstraram-se muito semelhantes às dos estudos com protocolo de CC¹⁷ e serão apresentadas num futuro trabalho, uma vez que o objetivo deste cinge-se ao grau de satisfação destes pacientes com as suas próteses. O parâmetro estética, no primeiro mês do nosso estudo, demonstrou ser bastante elevado para os 2 grupos, sendo de 66.55 ± 23.02 e 83.73 ± 24.70 , para o grupo CI e CP respetivamente (Tabela II). Valores que seriam impensáveis segundo protocolos de CC. O grupo CP apresenta valores de satisfação estética estatisticamente mais significativos ($p=0.004$), quando comparado com o grupo CI (Tabela IV). Este achado pode estar associado ao facto de os pacientes do grupo CP terem ficado sem a prótese durante 15 dias, valorizando assim mais a estética no controlo do primeiro mês. Outra circunstância que pode estar isolada ou em associação com a anterior é o facto de os pacientes de CI estarem a passar ainda por um período de desconforto proveniente da cicatrização e remodelação tecidual, o que faz com que considerem mais importantes outros parâmetros como a capacidade fonética (81.64 ± 12.94 – Tabela IV).

Payne e col.³² em 2003 propõem um período de cicatrização de 2 semanas prévia à carga funcional, como um intervalo mínimo para uma PTIS mandibular sobre 2 implantes ter sucesso. Reabilitações exercidas segundo este protocolo mostraram ser bem sucedidas após um 1 ano de controlo. *Hunter*³¹ refere-nos que estes protocolos de

carga providenciam aos pacientes uma maior satisfação e qualidade de vida, principalmente pela rapidez com que a estética e a função são restabelecidas. Marzola e col.³³ consideram que na colocação de uma PTIS sobre 2 implantes TiUnite®, recorrendo ao protocolo de CI, é um tratamento seguro e positivo, aumentando a satisfação dos pacientes. Isto vem ao encontro dos nossos resultados encontrados no grupo CI, apesar destes pacientes não estarem tão satisfeitos quanto os de CP.

O nosso estudo envolveu sobretudo pacientes idosos, sendo a média de idades 67.3 ± 9.0 . A idade não contraindica uma reabilitação com implantes, porém influencia a escolha do paciente³⁴. Pessoas mais velhas preferem tratamentos menos complexos, com baixos custos e sem cirurgias, como as próteses convencionais, ou então tratamentos com poucos implantes, como as PTIS sobre 2 implantes, ao contrário dos mais jovens, que preferem tratamentos fixos, independentemente dos custos adicionais e dos procedimentos envolvidos²⁵.

No presente estudo a avaliação do género e idade não foi realizada. Porém autores como Cannizzaro³⁵, numa comparação entre CI e CP em PTIS mandibulares com 2 implantes retidas por uma barra, verificaram que não houve diferenças no género, idade, hábitos tabágicos, número de implantes imediatos pós-extração e comprimento do implante entre os dois grupos. González-Lemonnier e col.³⁶ avaliaram as diferenças entre o género e verificam que as mulheres apresentavam-se mais nervosas antes da cirurgia e também menos satisfeitas ao nível da capacidade de mastigação e da estética. Um estudo de *Hassel*³⁷ identificou a existência de uma associação entre a percepção da função mastigatória e a satisfação em pessoas mais velhas, o que não se verificou em pessoas mais novas. Relativamente ao género, no nosso estudo não foi efetuada a avaliação pela grande discrepância entre homens e mulheres (existindo um rácio de 2 homens por cada 9 mulheres em cada grupo). Não foram apresentados resultados em relação à idade, pois a divisão de cada grupo da amostra resultaria numa baixa relevância estatística. Porém, com o aumento do número de pacientes que se perspetiva através da continuação deste trabalho, espera-se apresentar estes resultados futuramente.

Num estudo de Menassa e col.³⁸ onde se efetuou PTIS com CI, a satisfação geral aumentou significativamente desde o início do tratamento, assim como o conforto, estética, capacidade de mastigação e condição oral. Ao contrário do que os autores referem, no nosso estudo, quando comparada a evolução entre 1 e 6 meses, verifica-se que apenas a facilidade de limpeza e a satisfação geral aumentaram. Já nos restantes parâmetros verificou-se uma diminuição da satisfação. Todavia, estes

resultados não se apresentaram estatisticamente significativos. Os autores acima citados³⁸ referem ainda que todos os pacientes concordavam em recomendar este procedimento, justificando que os mesmos apresentavam traços de personalidade a favor da CI: todos tinham um nível médio a alto de extroversão, estando mais predispostos a resultados positivos. Ainda estipulam que estas expectativas elevadas e espírito "aberto" podem advir do grande *marketing* que envolve os implantes e todos os seus procedimentos. A evidência científica refere que o sucesso da terapia com PTMS está intimamente relacionado com a idade do paciente, a sua personalidade, expectativas e atitudes, antecedentes protéticos, estética e a relação médico-doente^{23,27,39-43}. Apesar de não se poder afirmar que os fatores psicogênicos acima descritos influenciam também a reabilitação com PTIS, também nós verificámos durante a realização deste estudo que a relação entre os pacientes e o médico dentista mostrou ser um dos fatores mais relevantes para a satisfação do paciente.

Do ponto de vista funcional, num estudo de Bressan e col.⁴⁴ a maioria dos pacientes refere que está satisfeita com a estabilidade das suas PTIS tendo em conta a mastigação e a fala, assim como apresentam satisfação em relação à sua estética. Koshino e col.^{23,45}, ao entregar um questionário de ingestão de alimentos a pacientes com PTMS, detetou uma correlação estatisticamente significativa entre os níveis de mastigação e de qualidade de vida. No presente estudo verificou-se uma melhoria acentuada da força mastigatória dos pacientes submetidos ao protocolo de carga precoce ($p=0.005$), quando comparado com o grupo CI aos 6 meses. Esta melhoria da satisfação ocorreu sobretudo em alimentos como pão branco fresco ($p=0.002$), queijo duro ($p=0.002$), carne fria fatiada ($p=0.042$) e maçãs cruas ($p=0.012$). Existiu também uma maior satisfação com a sua eficiência mastigatória a comer pão branco fresco ($p=0.016$), bife cortado ($p=0.005$), maçã crua ($p=0.008$) e alface ($p=0.0016$). Mas quando comparada a evolução cronológica dentro do grupo de CP de 1 para 6 meses, é possível verificar que existe um aumento na maioria dos parâmetros, contudo estes não se apresentaram como estatisticamente significativos. Apesar de existir uma maior satisfação a nível alimentar, alguns estudos têm demonstrado que, após receber uma PTIS, os pacientes não mudam os seus hábitos alimentares^{23,46}. Existe um grande número de fatores sociais que estão associados e que devem ser considerados em estudos futuros. Num estudo realizado por Grogono e col.⁴⁷, a maioria dos pacientes tratados com PTIS apresentaram uma melhoria na função mastigatória, revelando que sentiam as próteses como "uma parte de si". Mais de 50% das pessoas neste estudo reportaram que a comida continuava a impactar-se por baixo da prótese. Kimoto e

Garrett⁴⁸ verificaram que a impactação alimentar com próteses fixas e removíveis sobre implantes eram semelhantes⁴⁹.

Uma das limitações do presente estudo surge pelo facto de não se ter uma percepção da satisfação inicial dos pacientes antes da colocação da PTIS, como foi efetuado noutros trabalhos^{50,51}. No presente estudo apenas foi comparado o grau de satisfação dos pacientes entre 1 e 6 meses após a cirurgia. Outra limitação, que pode ter influenciado os resultados foi a existência de pacientes que nunca tinham usado prótese, podendo estar mais ou menos satisfeitos dependendo das suas expetativas.

Apesar dos nossos pacientes de CI se apresentarem igualmente satisfeitos, verificou-se que os pacientes de CP estão ainda mais satisfeitos, principalmente aos 6 meses. Existe um fator que pode ter contribuído para este resultado: o facto de as próteses nos pacientes de CI terem sofrido um maior alívio para se adaptarem ao edema inicial pós-cirúrgico às 48h.

O facto de no presente estudo os pacientes com CP se terem mostrado mais satisfeitos em termos estéticos com a sua PTIS do que os de CI, contradiz alguns autores como *Cannizzaro e col.*³⁵. Todavia a maioria destes trabalhos refere como dia zero o dia de colocação da carga, sendo o controlo um tempo após a carga e não após a cirurgia como foi efetuado no nosso estudo. Assim, os pacientes de CP a 1 mês pós cirurgia responderam aos questionários VAS com apenas 15 dias de utilização das suas PTIS ao contrário do grupo CI que já utilizava as suas PTIS há 28 dias. O fator tempo pode ter influenciado as respostas dadas no primeiro questionário existindo assim apenas este parâmetro estatisticamente significativo.

No nosso questionário VAS foram incluídas questões de forma a obter não só níveis de satisfação em relação às características da prótese, mas também à forma como a mastigação influencia essa mesma satisfação. Sabe-se que as escalas VAS foram criadas para aferir a validade e sensibilidade em populações mais velhas⁵², sendo particularmente úteis para detetar pequenas mudanças clinicamente significativas. Contudo, em amostras pequenas podem dar uma maior dispersão dos resultados, tal como ocorreu neste estudo, existindo desvios padrão relativamente elevados. Para estas situações as escalas *Likert* são mais adequadas. Mas é de salientar que estes dados são preliminares, projetando-se o aumento futuro da amostra. Pode-se então afirmar como alguns autores sugerem que o importante são as circunstâncias em que as escalas são aplicadas⁵³.

CONCLUSÃO

Dentro das limitações deste estudo, são sugeridas as seguintes conclusões:

- Independentemente do tipo de carga exercida aquando da reabilitação com PTIS, os pacientes apresentam níveis de satisfação elevados.
- Quando comparada a satisfação entre cargas diferentes, verifica-se que o grupo CP está mais satisfeito que o grupo CI.
- Apesar dos objetivos terem sido atingidos, a evidência científica existente ainda é limitada para afirmar-se qual o melhor protocolo e quais os grupos de pacientes mais satisfeitos. Por isso, há a necessidade de mais estudos que avaliem a satisfação.

BIBLIOGRAFIA

1. Campos MO, Neto JFR. Qualidade De Vida: Um Instrumento Para Promoção De Saúde. *Revista Baiana Saúde Pública*. 2008;32(2):232-240.
2. Rodrigues MAL. Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos pelas doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa. *Tese Defesa Mestrado ICBAS*. 2007; 18-26.
3. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park)*. 1990;4(5):29-38; discussion 69.
4. Barómetro da Saúde Oral — Ordem dos Médicos Dentistas.
5. Borges T de F, Mendes FA, de Oliveira TRC, Gomes VL, do Prado CJ, das Neves FD. Mandibular overdentures with immediate loading: satisfaction and quality of life. *Int J Prosthodont*. 2011;24(6):534-539.
6. Heydecke G, Thomason JM, Awad M, Lund JP, Feine JS. Do mandibular implant overdentures and conventional complete dentures meet the expectations of edentulous patients? *Quintessence Int*. 2008;39(10):803-809.
7. Thomason JM, Feine J, Exley C, et al. Mandibular two implant-supported overdentures as the first choice standard of care for edentulous patients--the York Consensus Statement. *Br Dent J*. 2009;207(4):185-186.
8. Geckili O, Cilingir A, Erdogan O, et al. The Influence of Momentary Retention Forces on Patient Satisfaction and Quality of Life of Two-Implant-Retained Mandibular Overdenture Wearers. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2015;30(2):397-402.

9. Marzola R, Scotti R, Fazi G, Schincaglia G Pietro. Immediate loading of two implants supporting a ball attachment-retained mandibular overdenture: A prospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2007;9(3):136-143.
10. Alsabeeha N, Atieh M, Payne AGT. Loading protocols for mandibular implant overdentures: A systematic review with meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2010;12(SUPPL. 1):28-39.
11. Emami E, Heydecke G, Rompré PH, De Grandmont P, Feine JS. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: A meta-analysis of randomized- controlled trials. *Clin Oral Implants Res.* 2009;20(6):533-544.
12. Esposito M, Mg G, Maghaireh H, et al. Interventions for replacing missing teeth : different times for loading dental implants (Review) Interventions for replacing missing teeth : different times for loading dental implants. 2013;(3):3-5.
13. Esposito M, Grusovin MG, Willings M, Coulthard P, Worthington H V. The effectiveness of immediate, early, and conventional loading of dental implants: a Cochrane systematic review of randomized controlled clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007;22(6):893-904.
14. Kawai Y, Taylor J a. Effect of loading time on the success of complete mandibular titanium implant retained overdentures: A systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 2007;18(4):399-408.
15. Nicolau P. Implantes Endoósseos com Carga Imediata - Avaliação Clínica e Biomecânica. *Tese Defesa Doutorado FMUC.* 2007.
16. Henry PJ, Liddel GJ. Immediate loading of dental implants. *Aust Dent J.* 2008;53(SUPPL. 1):69-81.
17. Gapski R, Wang H-L, Mascarenhas P, Lang NP. Critical review of immediate implant loading. *Clin Oral Implants Res.* 2003;14(5):515-527.
18. Esposito M, Grusovin MG, Achille H, Coulthard P, Worthington H V. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. *Cochrane database Syst Rev.* 2009;(1)
19. Aarts JM, Payne AGT, Thomson WM. Patients' evaluation of two occlusal schemes for implant overdentures. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2008;10(3):140-156.
20. Zembic A, Wismeijer D. Patient-reported outcomes of maxillary implant-supported overdentures compared with conventional dentures. *Clin Oral Implants Res.* 2014;25(4):441-450.
21. Furuyama C, Takaba M, Inukai M, Mulligan R, Igarashi Y, Baba K. Oral health-related quality of life in patients treated by implant-supported fixed dentures and removable partial dentures. *Clin Oral Implants Res.* 2012;23(8):958-962.
22. Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy E a. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? The use of dental implants to

- improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology*. 2010;27(1):3-10.
23. Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. A structural equation model relating oral condition , denture quality , chewing ability , satisfaction , and oral health-related quality of life in complete denture wearers. 2013;1.
 24. Felton D a. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont*. 2009;18(2):88-96.
 25. Awad M a, Lund JP, Shapiro SH, et al. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont*. 2003;16(4):390-396.
 26. Heydecke G, Klemetti E, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Prosthodontic Evaluation and Patient Ratings of Mandibular. 2003;16(3).
 27. Stober T, Danner D, Lehmann F, Séché A, Rammelsberg P, Hassel AJ. Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life : two-year longitudinal assessment. 2012:313-318.
 28. Kronstrom M, Davis B, Loney R, Gerrow J, Hollender L. A Prospective Randomized Study on the Immediate Loading of Mandibular Overdentures Supported by One or Two Implants; A 3 Year Follow-Up Report. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012:323-329.
 29. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J HO, Al. E. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1977;16:1-132.
 30. Cannizzaro G, Leone M, Esposito M. Immediate functional loading of implants placed with flapless surgery in the edentulous maxilla: 1-year follow-up of a single cohort study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007;22(1):87-95.
 31. Hunter P. Limited evidence for evaluating differences in marginal bone loss between conventional, early and immediate loading protocols for mandibular two-implant overdentures. *J Am Dent Assoc*. 2011;142(4):427-428.
 32. Payne AGT, Tawse-Smith A, Thompson WM, Kumara R. Early functional loading of unsplinted roughened surface implants with mandibular overdentures 2 weeks after surgery. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2003;5(3):143-153.
 33. Turkyilmaz I, Tozum TF, Fuhrmann DM, Tumer C. Seven-Year Follow-Up Results of TiUnite Implants Supporting Mandibular Overdentures: Early versus Delayed Loading. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012;14(SUPPL. 1):83-90.
 34. Martín-Ares M, Barona-Dorado C, Guisado-Moya B, Martínez-Rodríguez N, Cortés-Bretón-Brinkmann J, Martínez-González JM. Prosthetic hygiene and functional efficacy in completely edentulous patients: satisfaction and quality of life during a 5-year follow-up. *Clin Oral Implants Res*. 2015;1-6.

35. Cannizzaro G, Torchio C, Leone M, Esposito M. Immediate versus early loading of flapless-placed implants supporting maxillary full-arch prostheses: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implantol*. 2008;1(2):127-139.
36. González-Lemonnier S, Bovaira-Forner M, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Oltra D. Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(2):e379-e382.
37. Hassel AJ, Rolko C, Grossmann A-C, Ohlmann B, Rammelsberg P. Correlations between self-ratings of denture function and oral health-related quality of life in different age groups. *Int J Prosthodont*. 2007;20(3):242-244.
38. Menassa M, de Grandmont P, Audy N, Durand R, Rompré P, Emami E. Patients' expectations, satisfaction, and quality of life with immediate loading protocol. *Clin Oral Implants Res*. 2014;1-7.
39. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil*. 2010;37(2):143-156.
40. Al Quran F, Clifford T, Cooper C, Lamey PJ. Influence of psychological factors on the acceptance of complete dentures. *Gerodontology*. 2001;18(1):35-40.
41. Fenlon MR, Sherriff M, Newton JT. The influence of personality on patients' satisfaction with existing and new complete dentures. *J Dent*. 2007;35(9):744-748.
42. Critchlow SB, Ellis JS. Prognostic indicators for conventional complete denture therapy: A review of the literature. *J Dent*. 2010;38(1):2-9.
43. Hannigan A, Lynch CD. Statistical methodology in oral and dental research: Pitfalls and recommendations. *J Dent*. 2013;41(5):385-392.
44. Bressan E, Tomasi C, Stellini E, Sivoletta S, Favero G, Berglundh T. Implant-supported mandibular overdentures: A cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res*. 2012;23(7):814-819.
45. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, Tsukagoshi H, Ishigami T, Tanaka Y. Quality of life and masticatory function in denture wearers. *J Oral Rehabil*. 2006;33(5):323-329.
46. Allen PF. Association between diet , social resources and oral health related quality of life in edentulous patients. 2005;623-628.
47. Grogono AL, Lancaster DM, Finger IM. Dental implants: a survey of patients' attitudes. *J Prosthet Dent*. 1989;62(5):573-576.
48. Kimoto K, Garrett NR. Effect of mandibular ridge height on patients' perceptions with mandibular conventional and implant-assisted overdentures. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 20(5):762-768.
49. Al-Zubeidi MI, Alsabeeha NHM, Thomson WM, Payne AGT. Patient Satisfaction and Dissatisfaction with Mandibular Two-Implant Overdentures Using Different Attachment Systems: 5-Year Outcomes. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012;14(5):696-707.

50. Attard NJ, Zarb G. A prospective study on immediate loading of implants with mandibular overdentures: patient-mediated and economic outcomes. *Int J Prosthodont.* 2006;19(1):67-73.
51. Cannizzaro G, Felice P, Buti J, Leone M, Ferri V, Esposito M. Immediate loading of fixed cross-arch prostheses supported by flapless-placed supershort or long implants : 1-year results from a randomised controlled trial. 2015;8(1):27-36.
52. Tiplady B, Jackson SHD, Maskrey VM, Swift CG. Validity and sensitivity of visual analogue scales in young and older healthy subjects. *Age Ageing.* 1998;27(1):63-66.
53. E. S. Concordance between ratings using different scales for the same variable. *Stat Med Dec 30.* 2000;19(24):3483-3496.

ANEXO 1

Consentimento Informado e Esclarecido do Paciente

Um estudo clínico randomizado prospectivo comparando o protocolo de carga imediata com o de carga precoce no desdentado total mandibular reabilitado com 2 implantes na região anterior da mandíbula.

Objectivo :

Estamos a pedir-lhe que participe num estudo clínico de implantes dentários (que estão no mercado). Os implantes dentários são produtos médicos que são inseridos no osso alveolar, servindo de base para próteses dentárias que pretendem restaurar a função mastigatória e estética. Este procedimento é constituído por uma fase cirúrgica, uma fase de cicatrização e uma fase de restauração protética.

O objectivo deste estudo é a comparação entre dois métodos de tratamento com implantes dentários. No primeiro método, os implantes são restaurados com uma prótese total removível, que foi entretanto rebasada, até 2 dias após a cirurgia e no segundo, a prótese total removível só é colocada sobre os implantes na segunda semana após a cirurgia. A sua participação neste estudo clínico irá durar cerca de 3 anos.

Todos os implantes têm o símbolo da CE, o que significa que os implantes preenchem todos os critérios para a venda no mercado europeu. O estudo irá analisar dois métodos de tratamento reconhecidos e pretende saber se ambos os métodos apresentam os mesmos resultados e benefícios.

Procedimento e Duração:

Uma primeira avaliação irá concentrar-se no seu estado de saúde geral e oral que deve preencher as condições clínicas necessárias para a participação no estudo. Esta avaliação faz parte de um procedimento habitual e que requer um nível elevado de higiene que deve ser mantido durante todo o tempo do estudo.

O seu Médico Dentista tem de ser da opinião que necessita de implantes na região anterior da mandíbula.

Caso haja a possibilidade de uma gravidez no momento da intervenção cirúrgica, recomendamos que adie o tratamento para uma altura posterior.

Ser-lhe-ão colocados dois implantes na região intermentoniana que terão de ser ferulizados (unidos) por uma barra que irá ajudar a suportar/reter a prótese total mandibular existente. Seguindo um princípio aleatório, será integrado no

grupo que recebe a sua prótese até 48 horas após a cirurgia ou no grupo que recebe a mesma duas semanas depois.

O procedimento cirúrgico na colocação destes implantes corresponde ao procedimento habitual usado para todos os implantes Straumann®. Para este estudo clínico, o procedimento cirúrgico, protodôntico e o controlo dos pacientes não irão sofrer alterações.

Sublinhamos que o tratamento e todos os exames, incluindo o exame radiológico, correspondem em tudo aos procedimentos reconhecidos. É importante que não falte a nenhuma consulta. As datas serão fixadas logo que se tenha decidido pela intervenção cirúrgica. Irá receber um cartão com as marcações das mesmas.

É importante que siga as instruções no que respeita à sua higiene oral e à medicação, e que aprenda a fazer os procedimentos de higiene que o seu médico dentista lhe irá ensinar para proporcionar uma longevidade maior dos seus implantes.

As consultas de controlo serão realizadas após 1, 3, 6, 12, 24 e 36 meses, como é do protocolo habitual. Nessa altura, os seus implantes também serão radiografados e fotografados (excepto na consulta dos 3 meses). Durante o estudo poderá haver a necessidade de mais consultas para se poder constatar a adaptação perfeita da sua prótese.

Nessas ocasiões será avaliada a sua saúde oral e serão analisados os locais dos implantes. Iremos verificar a área em torno dos implantes a fim de verificar se a gengiva está saudável.

Também iremos perguntar como se sente com o tratamento efectuado.

Vantagens:

A participação neste estudo oferece-lhe uma prótese com mais suporte/retenção do que a que tem neste momento com a sua.

De uma maneira geral, irá evitar os problemas que normalmente aparecem ligados a próteses totais removíveis, tais como uma fixação deficiente e uma mastigação difícil.

A tecnologia dos implantes dentários tem dado bons resultados e a taxa de sucesso é de 95%, mas mesmo assim, não há uma garantia ou promessa de que o tratamento proposto irá trazer o êxito desejado em todos os pacientes. Devido às diferenças individuais entre os pacientes, o médico ou o técnico de prótese não se poderá dar a certeza do êxito. Apesar de um tratamento mais cuidadoso existe o risco de não se verificar o sucesso desejado e serem necessários mais tratamentos ou de se verificar um agravamento da sua situação actual ou ainda de se perderem os implantes.

Riscos e Queixas:

A participação no estudo poderá acarretar os seguintes riscos e queixas:

- Os riscos habituais provocados por uma intervenção cirúrgica e pela colocação de implantes são: hemorragias, hematomas, dores, infecções, cicatrização retardada, problemas temporários relacionados com a fala, fracturas ósseas, danos temporários ou permanentes em nervos no maxilar, degradação da crista alveolar, osteomielites, danos nos dentes adjacentes, dores crónicas, abscessos, fístulas na cavidade oral/maxilar ou fístulas orais/nasais e rejeição após a intervenção;
- Uma gravidez durante a participação no estudo e a realização de radiografias apresentam um risco adicional;
- O fracasso ou a fractura do implante poderá levar à necessidade de remover o(s) implante(s). O fracasso ou a fractura da prótese poderá, igualmente, levar à necessidade de confeccionar uma nova prótese.

Formas de Tratamento Alternativas:

A alternativa é: prótese total removível convencional (dentadura) apoiada só sobre as gengivas.

Participação e/ou Desistência Espontânea

A sua participação neste estudo é livre. Por conseguinte, também poderá recusar a sua participação. Caso decida pela participação, poderá em qualquer momento tomar uma decisão contrária e retirar-se do estudo. Se não quiser participar no estudo ou se resolver retirar-se logo após o seu início, isso não afectará em nada a sua assistência médica seguinte.

Confidencialidade:

Os dados registados durante este estudo são confidenciais, salvo disposições legais em contrário. Os representantes da firma Straumann® Institut, o patrocinador deste estudo, e entidades estatais autorizadas pelo estado irão ter acesso à sua documentação. Tais entidades também poderão situar-se fora do seu país.

Em todas as publicações ou relatórios originados por este estudo irá permanecer no anonimato.

Obrigações e Vantagens Financeiras:

Os custos dos implantes e de todos os componentes protéticos serão suportados pelo patrocinador.

Os procedimentos laboratoriais (construção da barra e rebasamento da prótese) serão suportados pelo paciente.

Existem benefícios financeiros para o Departamento de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Seguro e Prestações do Seguro:

O patrocinador possui um seguro de acordo com os regulamentos para ensaios clínicos. Se o tratamento provocar alguma lesão, terá à sua disposição imediata todos os equipamentos médicos e terapias necessários. Contudo não será pago qualquer indemnização, nem por parte dos médicos que realizam os ensaios nem por parte do patrocinador.

A quem se poderá dirigir:

É de todo conveniente que peça todos os esclarecimentos sobre a participação no ensaio clínico e os temas relacionados. Se quiser falar com algum dos médicos que chefiam o estudo dirija-se ao Prof. Doutor Pedro Nicolau ou à Dra. Rita Reis, que poderão ser contactados pelo número de telefone : 239484183 ext. 8545 (do Departamento de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra).

Tomei conhecimento e esclarecido(a), aceito em consciência participar

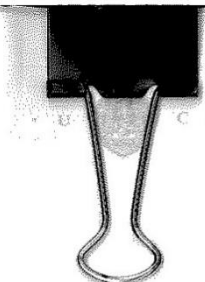
Nome:

Tel.:

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão:

Assinatura:

Data:



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref.º **17-CE-2011**

Data 21, 3 /2011

c/c à Exma. Senhora Dr^a Rita Joana Amaral dos Reis

c/c ao Exmo. Senhor Prof. Doutor Pedro Miguel Gomes Nicolau

Exmo Senhor

Prof. Doutor Manuel Santos Rosa

Director da Faculdade de Medicina de

Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projecto de Investigação autónomo.

Investigador(a) Principal: Pedro Miguel Gomes Nicolau

Co-Investigador(es): Rita Joana Amaral dos Reis

Titulo do Projecto: "*Implantes endo-ósseos sujeitos a carga imediata ou precoce - avaliação clínica e radiológica*".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".


Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

ANEXO 3

	Patient number: <input type="text"/>	Patient Satisfaction
	Patient Initials: <input type="text"/> <small>first middle last</small>	
1 Month Follow-up		

Satisfação geral

1- Facilidade de limpeza

Quão difícil é limpar a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

2- Satisfação geral

Quão satisfeito está com a sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

3- Capacidade para falar

Quão difícil é para si falar devido à prótese?

Nada difícil

Muito difícil

4- Conforto

Está satisfeito com o conforto da sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

5- Aparência

Está satisfeito com a aparência da sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

6- Estabilidade

Está satisfeito com a estabilidade da sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

7. Condição oral

No geral, está satisfeito com a saúde da sua boca?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

8- Capacidade de mastigar

Em geral, acha difícil mastigar a comida com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer pão branco fresco com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer queijo duro com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer cenouras cruas com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer carne fria fatiada com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer bife cortado com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer maçãs cruas com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer alface com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

9. Função

Em geral, a comida é bem mastigada antes de a engolir?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de pão branco fresco são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de queijo duro são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de cenoura crua são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de carne fria fatiada são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de bife cortado são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de maçã crua são bem mastigados antes de serem engolidos?


Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de alface são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

	Patient number: <input type="text"/>	Patient Satisfaction Visit Date <input type="text"/>
	Patient Initials: <input type="text"/> <small>first middle last</small> 6 Months Follow-up	

Satisfação geral

1- Facilidade de limpeza

Quão difícil é limpar a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

2- Satisfação geral

Quão satisfeito está com a sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

3- Capacidade para falar

Quão difícil é para si falar devido à prótese?

Nada difícil

Muito difícil

4- Conforto

Está satisfeito com o conforto da sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

5- Aparência

Está satisfeito com a aparência da sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

6- Estabilidade

Está satisfeito com a estabilidade da sua prótese?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

7. Condição oral

No geral, está satisfeito com a saúde da sua boca?

Nada Satisfeito

Muito satisfeito

8- Capacidade de mastigar

Em geral, acha difícil mastigar a comida com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer **pão branco fresco** com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer **queijo duro** com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer **cenouras cruas** com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer **carne fria fatiada** com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer **bife cortado** com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer maçãs cruas com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

Quão difícil é para si comer alface com a sua prótese?

Nada difícil

Muito difícil

9. Função

Em geral, a comida é bem mastigada antes de a engolir?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de pão branco fresco são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de queijo duro são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de cenoura crua são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de carne fria fatiada são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de bife cortado são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de macã crua são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada

Os pedaços de alface são bem mastigados antes de serem engolidos?

Bem mastigada

Mal mastigada
