

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



A Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde Oral Em Doentes
Desdentados Reabilitados e Não Reabilitados

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Inês Daniela Freitas da Silva Roxo

2018

Orientador: Prof. Doutor Pedro Miguel Gomes Nicolau

Co-orientador: Dr. Filipe André Freire da Fonseca Moreira

A Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde Oral Em Doentes Desdentados Reabilitados e Não Reabilitados

Roxo, I.¹, Moreira F.², Nicolau P.³

- 1) Aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- 2) Assistente Convidado do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- 3) Professor Auxiliar do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Área da Medicina Dentária, FMUC, Coimbra, Portugal

Avenida Bissaya Barreto, Blocos de Celas

3000-075 Coimbra

Tel.: +351 239 484 183

| Fax.: +351 239 402 910

E-mail do autor: ines.roxo@hotmail.com

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Doutor Pedro Nicolau, pela transmissão de sabedoria e gosto por este tema, e pelo exemplo de profissional que ambiciono um dia poder ser.

Ao meu co-orientador, Dr. Filipe Moreira, por toda a ajuda, empenho, disponibilidade e paciência indispensáveis à concretização deste trabalho.

À Dra. Ana Messias pela ajuda, paciência e simpatia.

Aos meus pais e avós, os responsáveis por muito do que hoje sou, pelos valores de determinação e perseverança transmitidos, mas acima de tudo pelo carinho e apoio incondicional.

Ao meu irmão, por me ensinar a não levar a vida demasiado a sério.

Aos meus amigos, os que fiz durante estes 5 anos e os que me acompanham desde sempre, por me terem dado o privilégio de partilhar com eles os altos e baixos que este percurso apresentou. As memórias que criámos são, sem dúvida, algumas das melhores da minha vida.

À Joana, pela amizade, paciência e apoio absolutos.

Finalmente, ao meu binómio Michel Lopes, com quem partilhei, para além da box 14, uma amizade sem igual.

Obrigada.

Índice Geral

Lista de abreviaturas	VIII
Resumo	IX
Abstract.....	XI
Introdução.....	- 1 -
Métodos.....	- 8 -
1. Recolha de dados.....	- 8 -
2. Questionários.....	- 9 -
3. Análise estatística.....	- 10 -
Resultados.....	- 12 -
1. Participantes do estudo	- 12 -
2. Confiabilidade e adequação dos questionários.....	- 15 -
3. Análise dos resultados dos questionários OHIP-14.....	- 16 -
A. Análise entre grupo de pacientes não reabilitados e reabilitados.....	- 16 -
B. Análise entre questionários pré e pós-reabilitação do grupo 2.....	- 18 -
C. Análise dos subgrupos do grupo 2.....	- 20 -
D. Quanto aos fatores sociodemográficos	- 23 -
4. Análise dos QSP	- 25 -
A. Reabilitação com PTR:.....	- 25 -
B. Reabilitação com PPR:.....	- 25 -
C. Quanto aos fatores sociodemográficos:	- 27 -
Discussão	- 29 -
Perspetivas futuras.....	- 39 -
Conclusão.....	- 40 -
Bibliografia	- 47 -
Anexos.....	- 47 -
ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC	- 47 -
ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO	- 51 -
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO OHIP-14, VERSÃO PORTUGUESA.....	- 57 -
ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PROTÉTICA.....	- 59 -

Índice de Tabelas

Tabela I Informações gerais dos participantes do estudo.....	- 12 -
Tabela II Caracterização do grupo 2 quanto à experiência prévia com reabilitação protética	- 14 -
Tabela III Caracterização do grupo 2 quanto ao tipo de reabilitação efetuada	- 14 -
Tabela IV Resultados da análise do alfa de Cronbach da amostra	- 15 -
Tabela V Resultados da análise KMO de adequação da amostra	- 16 -
Tabela VI Médias de resultados do OHIP-14 nos dois grupos	- 16 -
Tabela VII Médias dos resultados de OHIP-14 nos dois grupos, por tipo de desdentação	- 18 -
Tabela VIII Médias dos resultados OHIP-14 pré e pós reabilitação	- 18 -
Tabela IX Valores de p entre resultados pré e pós reabilitação para cada questão do OHIP-14	- 20 -
Tabela X Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PTR bimaxilar	- 21 -
Tabela XI Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PTR unimaxilar	- 21 -
Tabela XII Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PPR esquelética	- 22 -
Tabela XIII Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PPR acrílica	- 22 -
Tabela XIV Comparação de resultados de OHIP-14 em função da idade	- 24 -
Tabela XV Comparação de resultados de OHIP-14 em função do género	- 24 -
Tabela XVI Comparação de resultados de OHIP-14 em função da experiência prévia com reabilitação protética	- 24 -
Tabela XVII Média de resultados de QSP em reabilitados com PTR bimaxilar e unimaxilar	- 25 -
Tabela XVIII Média de resultados de QSP em reabilitados com PPR esquelética e PPR acrílica bimaxilar	- 25 -
Tabela XIX Média de resultados de QSP em reabilitados com PPR esquelética e PPR acrílica bimaxilar em função do tipo de desdentação.....	- 26 -
Tabela XX Média de resultados de QSP em reabilitados com PPR esquelética e PPR acrílica unimaxilar	- 26 -
Tabela XXI Variação dos resultados de QSP em função dos fatores sociodemográficos de idade, género e experiência prévia com reabilitação protética.....	- 28 -

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Modelo Teórico de HRQoL (*aplicável apenas em crianças) (Sicho 2011)	- 3 -
Gráfico 2 Caracterização da amostra total em estudo	- 13 -
Gráfico 3 Caracterização da amostra do grupo 1 em estudo	- 13 -
Gráfico 4 Caracterização da amostra do grupo 2 em estudo	- 14 -
Gráfico 5 Médias de resultados do OHIP-14 para o total da amostra	- 17 -
Gráfico 6 Comparação das médias de resposta entre OHIP-14 pré e pós reabilitação	- 19 -
Gráfico 7 Variação das médias do OHIP-14 em função do tipo de reabilitação	- 23 -
Gráfico 8 Variação dos resultados de QSP consoante cada tipo de reabilitação efetuada	- 27 -

Lista de Abreviaturas

OHRQoL: Oral Health Related Quality of Life - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

PROM: Patient Related Outcome Measures – Resultados Relacionados Com o Paciente

PPR: Prótese Parcial Removível

PTR: Prótese Total Removível

OHIP: Oral Health Impact Profile – Perfil de Impacto da Saúde Oral

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

Objetivo: Avaliar o impacto da reabilitação oral protética removível na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (OHRQoL) dos pacientes através da análise de questionários preenchidos pelos próprios antes e depois do tratamento e avaliar a satisfação dos pacientes quanto às reabilitações realizadas na Área de Medicina Dentária da FMUC.

Métodos: Uma amostra de 137 pacientes da Área de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra, com indicação para reabilitação oral protética, preencheu o questionário Oral Health Impact Profile de 14 perguntas (OHIP-14) para avaliação da OHRQoL. Destes, 84 foram reabilitados com prótese removível convencional e, na primeira consulta de controlo, preencheram novamente o OHIP-14 para comparação com o anterior, e o Questionário de Satisfação Protética (QSP) para avaliação da satisfação com a reabilitação. Da história clínica dos pacientes recolheram-se, idade, género, tipo de desdentação, experiência prévia com prótese e tipo de reabilitação realizada. A informação foi analisada de acordo com métodos estatísticos estabelecidos utilizando o software SPSS®.

Resultados: O estudo demonstrou níveis de confiabilidade do questionário OHIP -14 entre bom e excelente, bem como boa adequação da amostra à análise fatorial. A média de resultados do questionário foi 18,1 para a totalidade dos participantes, tendo este resultado diminuído 6,2 valores após a reabilitação, correspondendo a uma melhoria significativa da OHRQoL. O benefício da reabilitação protética na OHRQoL foi mais significativo em pacientes com menos de 65 anos, do género feminino, e nos reabilitados com prótese total unimaxilar, seguidos de prótese total bimaxilar e prótese parcial esquelética. A reabilitação com prótese parcial acrílica não resultou numa melhoria significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Os níveis de satisfação dos pacientes com a reabilitação não diferiram significativamente consoante o tipo de reabilitação, a idade, o género e a experiência prévia com prótese.

Conclusões: Apesar de a desdentação dos pacientes no início ter parecido não influenciar a perceção da OHRQoL entre os que escolhem ser reabilitados e os que decidem não ser reabilitados, a reabilitação protética levou efetivamente a uma melhoria da OHRQoL dos pacientes reabilitados. A prótese total removível (PTR) unimaxilar foi a que evidenciou uma melhoria da OHRQoL mais significativa e a prótese parcial removível acrílica foi a única que não influenciou este índice. A satisfação com a reabilitação não se mostrou dependente das características socioeconómicas abordadas e a PTR unimaxilar mostrou níveis médios de satisfação inferiores aos da PTR bimaxilar.

Palavras-chave: OHRQoL, Reabilitação Oral Removível, Qualidade de Vida, Satisfação, OHIP-14, Prótese Total Convencional, Prótese Parcial Convencional.

Objective: To evaluate the impact of removable prosthetic oral rehabilitation on Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) of patients through the analysis of questionnaires completed by the patients before and after treatment and to evaluate patients' satisfaction regarding the rehabilitations performed in the Department of Dentistry at FMUC.

Methods: A sample of 137 patients from the Department of Dentistry of the University of Coimbra, with indication for oral prosthetic rehabilitation, completed the 14-questions Oral Health Impact Profile (OHIP-14) for OHRQoL evaluation. Of these, 84 were rehabilitated with conventional removable prosthesis and at the first control visit, they filled in the OHIP-14 to allow a comparison with the previous one, and the Prosthetic Satisfaction Questionnaire (PSQ) to assess patients' satisfaction with rehabilitation. Patients' clinical history regarding age, gender, type of edentulism, previous experience with dental prosthesis and type of rehabilitation were collected. The information was analyzed according to established statistical methods using SPSS® software.

Results: The study demonstrated levels of reliability of the OHIP -14 questionnaire between good and excellent, and good adequacy of the sample to the factorial analysis. The average result of the questionnaire was 18.1 for the total participants, and this result decreased by 6.2 values after rehabilitation, corresponding to a significant improvement of the OHRQoL. The benefit of prosthetic rehabilitation in OHRQoL is more significant in patients younger than 65 years of age, females, and those rehabilitated with total unimaxillary prosthesis, followed by total bimaxillary prosthesis and partial skeletal prosthesis. Rehabilitation with partial acrylic denture did not result in a significant improvement in OHRQoL. The satisfaction levels of patients with rehabilitation do not differ significantly depending on the type of rehabilitation, age, gender and previous experience with prosthesis.

Conclusions: Patients' initial toothlessness did not seem to influence OHRQoL perception among those who choose to be rehabilitated and those who decide not to be rehabilitated, but prosthetic rehabilitation has effectively led to OHRQoL improvement in rehabilitated patients. The unimaxillary total removable prosthesis (TRP) was the one that showed an improvement in the most significant OHRQoL and the partial acrylic removable partial denture was the only one that did not influence this index. Satisfaction with rehabilitation was not dependent on the evaluated socioeconomic characteristics and unimaxillary TRP showed lower medium levels of satisfaction than bimaxilar TRP.

Key words: OHRQoL, Removable Oral Rehabilitation, Quality of Life, Satisfaction, OHIP-14, Total Conventional Prosthesis, Partial Conventional Prosthesis

Na atualidade, o edentulismo apresenta elevada prevalência a nível mundial, uma vez que, apesar das melhorias generalizadas na prevenção da patologia oral e dos avanços registados a nível de técnicas e materiais utilizados em medicina dentária restauradora, a perda dentária continua a verificar-se em grande escala. Esta pode dever-se quer a doença relacionada com o biofilme oral - cárie ou doença periodontal - quer a fatores socioeconómicos como o custo da restauração ou de múltiplas deslocações ao consultório médico dentário, que levam o doente a optar pela exodontia (1).

Graças aos avanços médicos e às políticas de saúde pública, verifica-se o aumento da esperança média de vida sendo, portanto, expectável que o número de indivíduos edentulos continue a aumentar motivado pela perda de peças dentárias numa fase mais tardia da vida. (2,3).

Este facto resulta numa maior necessidade de reabilitação protética, que se verificará pelo menos até ao ano 2020 (4).

Estão à disposição do doente várias opções para a reposição dos dentes perdidos, desde reabilitações fixas dento ou implanto-suportadas, a reabilitações combinadas de elementos fixos e removíveis ou a opção tradicional de uma reabilitação removível convencional acrílica ou esquelética. Todas apresentam vantagens e desvantagens, sendo necessária uma análise das condições do doente para optar por uma delas.

Apesar das vantagens conhecidas da reabilitação implanto-suportada, esta pode estar contraindicada em alguns casos (por exemplo, em caso de patologia sistémica, dependência de álcool ou drogas, hábitos parafuncionais, imunossupressão, fatores anatómicos ou psicossociais) e representa normalmente um custo financeiro maior, não sendo, assim, uma possibilidade para muitos doentes.

É provável, então, que a reabilitação com prótese parcial removível (PPR) ou total (PTR) convencional continue a afirmar-se como uma opção relevante para o tratamento do edentulismo sendo amplamente utilizada devido sobretudo ao seu menor custo, estética aceitável e facilidade de higienização (1, 2).

O objetivo principal de qualquer reabilitação protética é restabelecer a saúde do doente, correspondendo a mesma a um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Este modelo biopsicossocial de saúde engloba, para além de sintomas e sinais físicos, o bem-estar emocional e social. Qualquer mudança no dia-a-dia de um indivíduo que afete um ou mais destes parâmetros, terá influência também na sua qualidade de vida (5).

O conceito de qualidade de vida refere-se à percepção que um indivíduo tem da sua vida, incluindo aspetos culturais, os seus objetivos, expectativas, paradigmas e preocupações. Trata-se de uma noção ampla, que é sensível a mudanças físicas, psicológicas, sociais e ambientais sendo também afetada pela capacidade que o indivíduo sente que tem para participar nas atividades com as quais se depara diariamente. Assim, torna-se facilmente compreensível que as questões psicossociais e socioeconómicas afetem a autoavaliação da qualidade de vida justificando-se do mesmo modo o impacto que a saúde tem na forma como o indivíduo vive (6).

Dentro deste conceito, as características relativas à saúde podem ser avaliadas de forma generalizada ou focando aspetos mais específicos, como é o caso da saúde oral, pois também a ausência ou presença desta pode ter no doente uma influência física e psicológica tal a ponto de interferir na forma como este desfruta da vida – a maneira como fala, mastiga, a sua aparência e bem-estar social são também afetados (7).

Em 1988, Locker propôs um modelo para explicar as consequências da doença oral na qualidade de vida, introduzindo o conceito de “Oral Health Related Quality of Life” -Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (OHRQoL) e, desde então, tem sido crescente a valorização deste conceito e da necessidade de o avaliar.

Trata-se de um critério intermédio que faz a ligação entre a condição oral de um indivíduo e a sua qualidade de vida, avaliando o impacto físico, psicológico e social que o estado da cavidade oral do paciente tem no seu dia a dia. Compreende fatores como a ausência de incapacidade, doença ou sintomas, e função apropriada de mastigação e deglutição sem desconforto ou dor, a função emotiva e social associada ao sorriso e a percepção e satisfação do doente com a sua saúde oral (7). Resumidamente, traduz a que nível a saúde oral influencia e até impede uma vida normal e o desempenho das funções sociais do indivíduo (2).

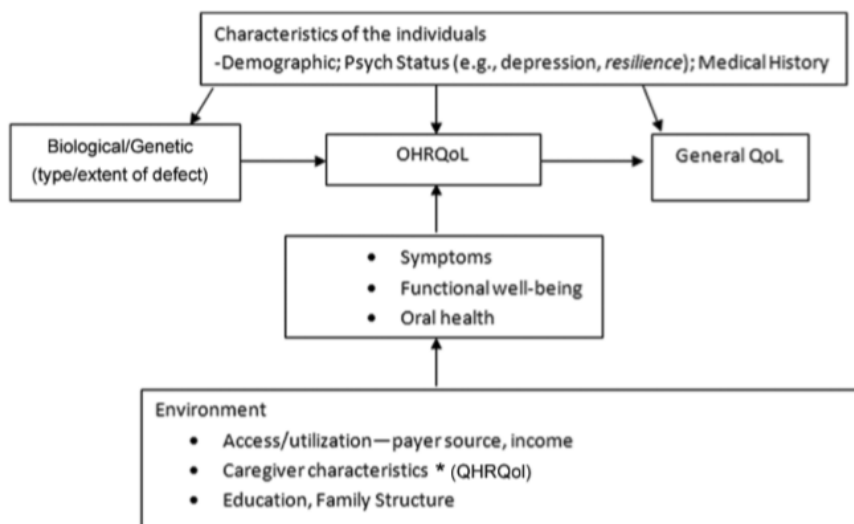


Gráfico 1 Modelo Teórico de HRQoL (*aplicável apenas em crianças) (Sicho 2011)

O modelo representado na figura 1 relaciona características biológicas e clínicas da cavidade oral do paciente e da sua saúde em geral, características psicológicas e a qualidade de vida em geral com a OHRQoL, reconhecendo o peso de fatores do contexto social e cultural do indivíduo (como a sua educação, acesso a cuidados de saúde, estrutura familiar) na percepção e valorização da sua saúde oral.

A avaliação subjetiva deste parâmetro reflete o conforto do doente ao alimentar-se, ao dormir e nas suas interações sociais, a sua autoestima e a satisfação relativamente à sua saúde oral, sendo resultado da interação entre a condição oral, o resto do seu corpo e o contexto social do indivíduo (5).

O conceito de OHRQoL tem vindo a incorporar percepções positivas e negativas da saúde oral e resultados de saúde, tendo capacidade de refletir tanto o impacto negativo como a melhoria e aprimoramento do bem-estar (5).

A perda dentária é geralmente avaliada como tendo um impacto negativo na vida do doente levando a uma diminuição da sua qualidade de vida. O impacto da mesma está dependente do contexto em que acontece, pois este determina a valorização da perda pelo doente. Sendo o objetivo da reabilitação oral protética o de restabelecer função e estética, colmatando o impacto da perda dentária, também terá influência na alteração da OHRQoL em pacientes desdentados parciais ou totais, mostrando-se importante e lógico atentar na quantificação de resultados como a OHRQoL. Este impacto pode ser negativo ou positivo em consequência da avaliação que o paciente faz do sucesso do tratamento (8).

O sucesso de uma reabilitação com prótese removível é uma variável difícil de avaliar e de quantificar. Para além de depender em grande parte da indicação do doente para

reabilitação com prótese removível convencional e de um “follow-up” adequado após a reabilitação, tem-se verificado que vários fatores podem ser determinantes de sucesso da OHRQoL e da satisfação, entre os quais estão: género e idade, número e posição de dentes a substituir, tipo de reabilitação, tipo de dentição oponente (dentes naturais, prótese removível ou fixa, implantes), história de reabilitação anterior e características psicossociais do doente. Assim, tanto fatores relativos ao doente como à prótese podem ser fortes determinantes do sucesso (9).

No entanto, e embora alguns estudos indiquem que a qualidade da reabilitação protética tem um grande impacto na satisfação dos doentes, não se identificou até à data nenhum indicador único, em particular da reabilitação removível, que dite a satisfação – por vezes, próteses que cumprem com corretos princípios clínicos não são toleradas pelo doente, podendo, igualmente, verificar-se o contrário.

As variáveis relativas à prótese dividem-se em biológicas – número, posição e estado íntegro ou não dos dentes remanescentes, assim como pares de unidades oclusais em ambas as arcadas -, mecânicas como o desenho da prótese, tipo de conectores maiores, o material em que é realizada ou a localização dos apoios, e estéticas como a forma ou cor dos dentes (10).

Relativamente ao número de dentes naturais remanescentes, está descrito que o impacto da perda dentária aumenta exponencialmente a partir do momento em que o doente passa a apresentar menos de 20 dentes em boca (11).

Já relativamente à posição dos mesmos e à localização das zonas desdentadas, um estudo realizado em 2012, na Suécia, revelou que o tipo de desdentação mais frequente na população, tanto na mandíbula como na maxila, é a classe III de Kennedy (desdentação unilateral limitada por dentes – intercalada), seguindo-se a classe I (desdentação posterior bilateral) e II (desdentação posterior unilateral), sendo a menos frequente a classe IV (desdentação anterior cruzando a linha média). A prevalência dos vários padrões de desdentação parcial difere de país para país, devido a diferenças a nível socioeconómico, educacional, atitude perante a saúde oral e a importância da mesma quando comparada com outras preocupações. Ainda assim, estes valores de prevalência podem equiparar-se aos da população portuguesa, decorrendo das semelhanças partilhadas pela população europeia. (12).

Diferentes localizações e tipos de desdentações podem afetar de maneira diferente a satisfação do paciente com a prótese dado poderem corresponder à falta de dentes em zonas maioritariamente de função mastigatória (principalmente dentes molares) ou zonas estéticas (sobretudo dentes incisivos e caninos), o que pode causar maior ou menor transtorno consoante a valorização de cada zona. Para além disso, a combinação do número de dentes

remanescentes e a sua localização ditam o tipo de reabilitação a realizar o que terá também consequências na satisfação relativamente ao tratamento.

No que diz respeito ao desenho da prótese, este deve ser pensado tirando o melhor proveito possível dos dentes remanescentes e condições anatómicas do rebordo por forma a maximizar os princípios biomecânicos de Roach de retenção, estabilidade, reciprocidade e suporte e os princípios higiénicos, permitindo a menor acumulação possível de placa bacteriana bem como preservação dos tecidos orais (13).

Quanto à estética da reabilitação protética, deve ter-se em conta a idade do paciente e as características do sorriso, valorizando em grande parte a sua opinião.

Os fatores relativos ao doente são maioritariamente psicológicos incluindo-se a capacidade de adaptação, a auto percepção do estado de saúde oral e a avaliação de melhoria ou não do mesmo após a reabilitação. Assim, seria importante avaliar também traços da personalidade e domínios do comportamento do doente, como o neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade e consciencialização, uma vez que se têm mostrado pertinentes para prever o comportamento do paciente durante o tratamento. Estes traços psicológicos parecem ser importantes para estabelecer limites reais do sucesso e alteração da qualidade de vida que é possível alcançar com um tratamento dentário específico (14).

O que se observa na evidência científica mais recente é que o sucesso da reabilitação depende principalmente da opinião do paciente, prestando este especial atenção à sua percepção de estabilidade, conforto, capacidade fonética, estética, facilidade de remoção e de higienização (2, 15). No entanto, é importante enfatizar que qualquer reabilitação protética, mesmo que ideal, apresenta limitações funcionais para o individuo e a reabilitação com prótese removível convencional apresenta ainda uma taxa de insucesso relativamente alta, o que pode ser indicativo da grande variedade de fatores que contribuem para o sucesso do tratamento. (2, 9)

Existem várias ferramentas de análise que foram desenhadas para estimar o sucesso da reabilitação tendo por base a eficiência mastigatória, satisfação do doente, análises subjetivas do sucesso e do tempo de uso da prótese.

Atendendo a que a saúde oral apresenta uma componente objetiva - indicadores físicos - e uma componente subjetiva - percepção que o paciente tem da sua condição oral - que se complementam e não podem ser separadas na prática clínica, os critérios protéticos clínicos não são suficientes para avaliar o sucesso do tratamento, uma vez que não comportam as necessidades e preferências subjetivas do doente, sendo, então, necessário outro tipo de avaliação mais completa (16).

Anteriormente, muitos estudos científicos focavam-se apenas no estado e manutenção ou perda de dentes pilares, o que continua a ser uma preocupação, no entanto, há agora a necessidade acrescida de investigar os resultados tendo por base a opinião do paciente. Há poucos estudos com este objetivo e os que existem apresentam baixa evidência científica, representando os prospetivos uma minoria.

Os resultados clínicos reportados por esses estudos não se coadunam com os resultados relatados pelos pacientes relativamente a satisfação e qualidade de vida, sendo a importância destes últimos evidenciada pelo número de pacientes que é reabilitado com prótese removível convencional e que deixa de a utilizar (10).

Os resultados relacionados com o paciente (Patient Related Outcome Measures- PROM), após devidamente validados, são uma forma confiável de quantificar a OHRQoL, permitindo comparar as diferenças entre fatores clínicos protéticos e fatores relativos ao doente, avaliando, de igual modo, a respetiva influência no resultado final da reabilitação.

Ao longo dos últimos anos, com o crescente interesse e mudança de foco do tratamento para torná-lo mais orientado às necessidades do doente, têm vindo a desenvolver-se várias ferramentas para recolha e análise de resultados relatados pelo paciente.

Uma destas ferramentas, muito utilizada para avaliar o impacto da saúde oral - ou a falta dela - percebida pelo indivíduo no seu quotidiano, é o questionário OHIP – 14, adaptado do original “Oral Health Impact Profile” (OHIP), criado por Slade e Spencer em 1994.

O questionário inicialmente desenvolvido por estes dois investigadores era composto por 49 itens e baseado no modelo proposto por Locker em 1988. Considera a funcionalidade, estética, aspetos psicológicos e a dor como possíveis fatores que interferem na qualidade de vida do doente. Foi criado para investigar as seguintes sete dimensões da saúde oral: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, incapacidade física (relativamente à mastigação), incapacidade psicológica (relativa ao embaraço perante outros), incapacidade social (relativo a embaraço em atividades sociais) e desvantagem (quanto a atividades do dia-a-dia). Sendo um conceito composto, cada dimensão tem um resultado que caracteriza a severidade da limitação: de uma forma simples, a influência da condição oral do indivíduo na sua qualidade de vida pode ser caracterizada por qual das dimensões, individual ou em conjunto, é afetada, resultando num padrão de afetação da OHRQoL (17).

Este passou a ser utilizado à escala mundial e foi amplamente aceite, mas o grande número de itens a responder e o tempo necessário para preencher este questionário acabaram por dificultar a sua utilização em estudos epidemiológicos e clínicos. Assim, foram desenvolvidas outras versões mais curtas, como o OHIP-14 que abrangem os mesmos conceitos que a versão original, requerendo menos tempo de preenchimento.

Estas versões foram adaptadas e validadas para condições clínicas específicas, neste caso para os utilizadores de prótese (18).

Em 2014, Zucoloto e colaboradores realizaram um estudo para avaliar a validade, confiabilidade e variância fatorial da versão portuguesa do questionário OHIP e da sua versão reduzida (OHIP-14) quando aplicado a pacientes de medicina dentária, tendo concluído que o questionário OHIP-14 se adequava ao objetivo do estudo e que, quando comparado com a versão de 49 perguntas, mostrava melhor validade, sendo mais parco, isto é, não havendo necessidade de utilizar mais do que as 14 perguntas desse questionário – o acréscimo de mais questões não iria melhorar o cálculo da dimensão que se pretendia aferir (19).

Este foi o questionário escolhido para realizarmos o presente estudo uma vez que é, em conjunto com a sua versão original de 49 perguntas e com o questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), utilizado num grande número de estudos, o mais assertivo, tendo sido estes questionários desenvolvidos para serem utilizados em adultos mais velhos e os que mais vezes foram revistos comparativamente a outros. A versão curta de 14 perguntas parece ser benéfica em termos de colaboração dos doentes e tem a vantagem de ser uma ferramenta de avaliação traduzida e validada para língua portuguesa, o que é um fator importante para avaliar influências sociais e culturais na perceção da saúde oral (7).

Para além deste, o Questionário de Satisfação Protética (QSP) é também utilizado para aferir de forma simples a satisfação do doente com a sua reabilitação. Foi criado por Feine em 1994, sendo um questionário constituído por 12 itens que se referem à satisfação em geral, à retenção, estabilidade, conforto e estética da reabilitação maxilar e mandibular e de um modo mais geral à oclusão e à capacidade fonética (20).

Tendo em conta a vasta população edentula, o papel da prótese removível convencional na reabilitação oral desta e o facto de existir pouca evidencia científica relativamente aos resultados alcançados, faz com que o sucesso deste tipo de tratamento possa considerar-se subexplorado e sub-reportado, justificando a necessidade de mais estudos prospetivos desta natureza (10).

O objetivo primário deste estudo observacional prospetivo é, então, o de avaliar o impacto da reabilitação oral protética removível na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos pacientes através da análise de questionários preenchidos pelos próprios pacientes antes e depois da reabilitação protética. É objetivo secundário do estudo avaliar a satisfação dos pacientes quanto às reabilitações realizadas na Área de Medicina Dentária da FMUC.

1. Recolha de dados

Este estudo observacional prospetivo envolveu 137 doentes com indicação para reabilitação oral protética na Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por alunos do pré-graduado do curso de Medicina Dentária. Foi pedida autorização para realização do estudo à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (formulário em anexo 1) e a informação foi recolhida entre Janeiro e Maio de 2018.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: doentes com idade superior a 18 anos, com bom estado de saúde geral, que apresentem necessidade de tratamento protético e, caso optem por ser reabilitados, escolham a prótese removível convencional, com capacidade intelectual para responderem aos questionários fornecidos.

Como critérios de exclusão têm-se: doentes com idade inferior a 18 anos, doentes que escolham outro tipo de reabilitação como prótese fixa ou que não apresentem capacidade intelectual para preenchimento dos questionários.

Os pacientes foram convidados a participar no estudo numa das consultas de medicina dentária e, ao aceitarem, assinaram um consentimento informado (ver anexo 1) acerca da sua participação voluntária no mesmo, autorizando também a recolha de informações das suas histórias clínicas.

A todos os pacientes com desdentações e necessidade de tratamento protético foram expostas as várias opções de tratamento, de acordo com as suas necessidades e tendo em conta os seus melhores interesses, nas quais constava a opção de reabilitação com prótese removível convencional. Caso os pacientes não tenham aceite avançar com este tipo de reabilitação, a sua participação no estudo cingiu-se ao preenchimento de um questionário OHIP-14 nessa mesma consulta.

No caso dos pacientes que aceitaram avançar com a reabilitação, preencheram (com intervenção do investigador apenas em caso de existir alguma dúvida do doente) três questionários: o questionário OHIP-14 numa consulta prévia à inserção da prótese removível e o mesmo questionário em conjunto com o QSP numa consulta de controlo realizada entre 1 a 3 semanas após inserção da prótese.

Antes do início do tratamento protético todos os pacientes receberam tratamentos dentários pré-protéticos, nomeadamente foram realizadas exodontias dos dentes com prognóstico comprometedor, restaurações dos dentes com lesão de cárie e tratamento

periodontal, quando necessário. Todas as próteses removíveis foram realizadas recorrendo a técnicas convencionais e processadas no mesmo laboratório, de acordo com um protocolo que incluía impressões preliminares e definitivas, montagem dos modelos de gesso em articuladores não ajustáveis ou semi-ajustáveis e desenho protético de acordo com os melhores princípios protéticos.

2. Questionários

Os questionários utilizados foram o OHIP-14 (ver anexo 2) e o QSP (ver anexo 3).

O primeiro é composto por 14 perguntas que abrangem as seguintes situações, causadas por problemas da boca, dentes ou prótese, possivelmente impactantes: clareza do discurso (questão 1), sentido do paladar (questão 2), dor (questão 3), desconforto durante as refeições (questão 4), constrangimento (questão 5), tensão (questão 6), dieta insatisfatória (questão 7), necessidade de interrupção de refeições (questão 8), dificuldade em relaxar (questão 9), inibição (questão 10), irritação para com terceiros (questão 11), dificuldade nas ocupações habituais (questão 12), insatisfação com a vida em geral (questão 13) e total incapacidade de movimento (questão 14). Cada um dos 7 domínios da OHRQoL é composto por duas questões: as questões 1 e 2 traduzem a limitação funcional, as questões 3 e 4 são relativas à dor física, as questões 5 e 6 indicam o desconforto psicológico, as questões 7 e 8 relatam a incapacidade física, as questões 9 e 10 a incapacidade psicológica, as questões 11 e 12 a incapacidade social e por fim as questões 13 e 14 traduzem a desvantagem.

Os doentes responderam às questões de acordo com a frequência de ocorrência dos problemas e esta foi então codificada através de uma escala de Likert de 5 pontos de acordo com as respostas assinaladas pelos pacientes: nunca - 0 pontos; quase nunca - 1 ponto; às vezes - 2 pontos; muitas vezes - 3 pontos; sempre - 4 pontos. A resposta “nunca”, à qual se atribuem 0 pontos, corresponde a total ausência de impacto.

A OHRQoL dos doentes corresponde à soma dos pontos de cada pergunta, portanto o resultado do questionário OHIP – 14 varia entre 0 e 56, correspondendo um resultado mais alto a maior impacto das situações abordadas na condição oral do paciente e, por consequência, a uma menor satisfação e OHRQoL do indivíduo.

O segundo questionário utilizado foi o QSP que avalia o grau de satisfação do doente com a sua reabilitação. As 12 perguntas que o constituem abrangem a satisfação geral (itens 1 e 2), a retenção (itens 3 e 4), a estabilidade (5 e 6), o conforto (7 e 8) e a estética da prótese (itens 10 e 11), fazendo a separação entre reabilitação maxilar e mandibular em cada um dos fatores anteriores e abrange ainda a oclusão(9) e a capacidade fonética (12) que a reabilitação permite.

De novo, as respostas são codificadas através de uma escala de Likert de 5 pontos de acordo com as respostas assinaladas pelos pacientes: nada satisfeito - 0 pontos; pouco satisfeito - 1 ponto; moderadamente satisfeito - 2 pontos; muito satisfeito - 3 pontos; totalmente satisfeito - 4 pontos. No caso de os pacientes terem realizado apenas reabilitação de uma das arcadas, a hipótese “não aplicável” foi assinalada nas questões relativas à arcada não reabilitada, à qual não se atribuiu nenhum valor estatístico.

Assim, para pacientes que realizaram uma reabilitação bimaxilar o questionário varia entre 0 a 48 valores, em que 0 corresponde a total insatisfação com a reabilitação e 48 corresponde a total satisfação e, para pacientes que apenas reabilitaram uma arcada, o valor total do QSP varia entre 0 e 28, correspondendo o 0 a total insatisfação e 28 a total satisfação do doente.

3. Análise estatística

A análise dos dados foi efetuada recorrendo ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24. O nível de significância estatística estabelecido para todas as análises foi de 5% ($p < 0.05$). Todos os intervalos de confiança foram definidos com 95% de probabilidade. Toda a informação recolhida no estudo foi analisada de acordo com métodos estatísticos bem estabelecidos utilizados na pesquisa relacionada com o tema.

A consistência interna do questionário OHIP – 14, que corresponde à extensão em que os itens que o compõem mede o mesmo conceito (neste caso a OHRQoL), foi avaliada recorrendo ao coeficiente alfa de Cronbach.

Os testes de Bartlett's Sphericity e Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foram realizados para tornar evidente que a amostra se adequa e apresenta uma estrutura fatorial.

Para realizar uma comparação das respostas dadas a cada pergunta pelos doentes nos dois grupos diferentes, realizou-se uma análise Cross Tabulation, que mostra a distribuição de uma ou mais variáveis (neste caso as 5 possíveis respostas a cada pergunta do questionário) colocando os resultados lado a lado numa tabela de 2 colunas.

A análise fatorial foi realizada para explicar a relação entre as variáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever, tanto nos questionários do grupo de não reabilitados como nos questionários pré e pós-reabilitação do grupo de reabilitados.

O t-test para amostras independentes foi utilizado sempre que se pretendia comparar médias de resultados para os grupos em estudo (grupo de não reabilitados e questionário pré-reabilitação do grupo de reabilitados) ou subgrupos criados a partir destes.

O Wilcoxon Signed Ranks Test foi utilizado para fazer a comparação estatística dos resultados dos questionários pré e pós-reabilitação no grupo dos reabilitados (2 amostras dependentes), tendo-se utilizado o Cross Tabulation de seguida para analisar em maior detalhe as questões com diferença estatisticamente significativa. O primeiro foi também utilizado para comparar médias de resultados obtidos em cada subgrupo dos pacientes reabilitados.

Foram realizadas tabelas de frequência para analisar quantos pacientes deram cada uma das 5 respostas em cada pergunta, no questionário pós-reabilitação do grupo de reabilitados.

Para comparar a variação dos resultados dos questionários pré e pós-reabilitação dos pacientes reabilitados entre os subgrupos utilizou-se o T-test para amostras emparelhadas seguido de uma análise de modelo linear geral.

Para realizar a análise do QSP a amostra teve que ser dividida em doentes que realizaram reabilitações bimaxilares e doentes que realizaram reabilitações unimaxilares uma vez que o resultado total máximo do questionário é diferente em função disso (resultado total máximo de 48 e 28, respetivamente). O t-test para amostras independentes foi utilizado para realizar todas as comparações de médias entre os diferentes subgrupos.

1. Participantes do estudo

Os pacientes incluídos no estudo (n = 137) foram divididos em dois grupos, consoante a sua decisão de avançar ou não com a reabilitação protética: grupo 1 – pacientes que decidiram não ser reabilitados (n = 53) -, e grupo 2 – pacientes que decidiram ser reabilitados (n = 84). Para efeitos de simplificação do texto, o grupo 1 é referido apenas como “não reabilitados” e o grupo 2 como “reabilitados”.

As informações comuns aos dois grupos recolhidas sobre os pacientes estão organizadas na tabela I:

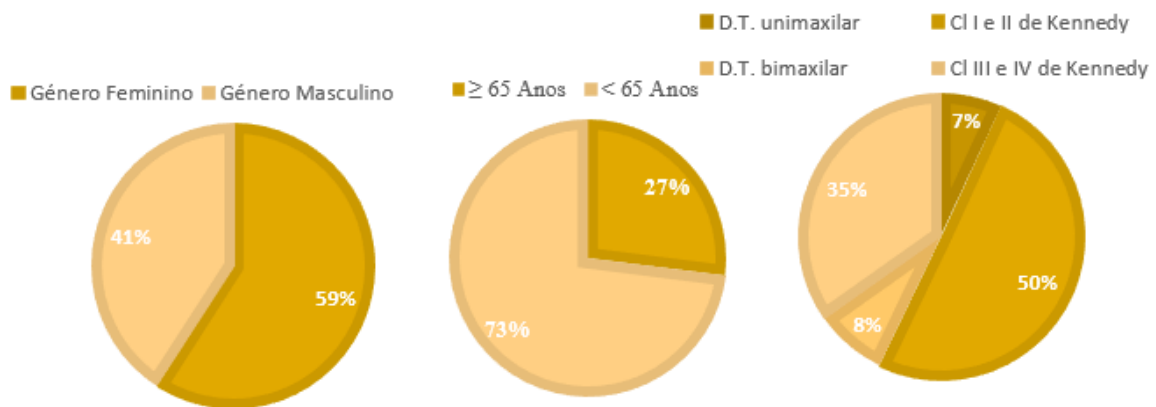
Tabela I Informações gerais dos participantes do estudo

	Grupo 1	Grupo 2	Total
<i>Sexo masculino</i>	18	38	56
<i>Sexo feminino</i>	35	46	81
<i>Idade < 65 anos</i>	36	64	100
<i>Idade > 65 anos</i>	17	20	37
<i>Cl. Kennedy I ou II</i>	24	36	60
<i>Cl. Kennedy III ou IV</i>	27	25	52
<i>D. Total bimaxilar</i>	2	11	13
<i>D. Total unimaxilar</i>	0	11	11
N	53	84	137

Do total de participantes no estudo, 56 são homens e 81 são mulheres, têm idades compreendidas entre os 21 e os 85 anos com uma média de 57 ± 12 anos, tendo 97 dos quais menos de 65 anos, enquanto que os restantes 40 ultrapassam essa idade. Quanto ao tipo de desdentação dos pacientes, 24 são desdentados totais, 13 destes bimaxilares e 11 com desdentação total de apenas uma arcada, 60 têm desdentações posteriores uni ou bilaterais

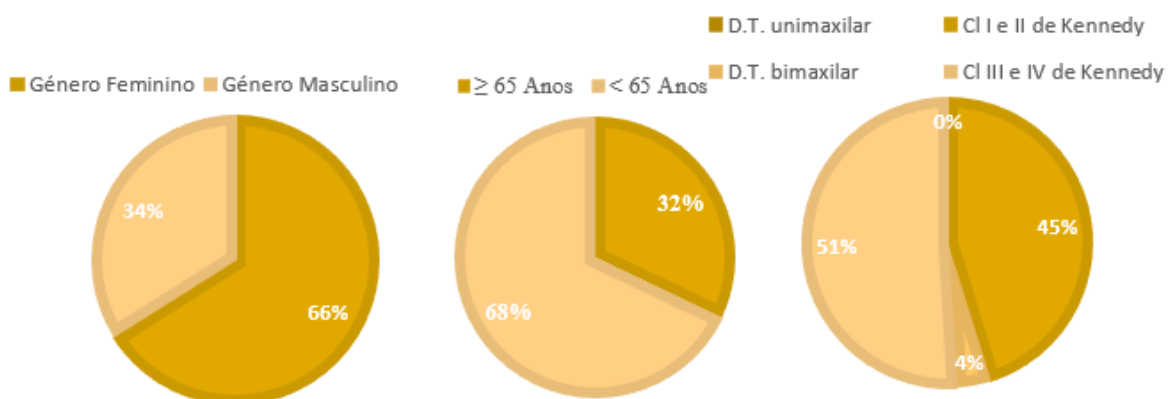
(classes I ou II de Kennedy) e 52 têm desdentadoes intercaladas (dos tipos III e IV de Kennedy).

Gráfico 2 Caracterização da amostra total em estudo



Dos 53 pacientes não reabilitados, 35 são mulheres e 18 homens, 36 têm menos de 65 anos e 17 ultrapassam esta idade, sendo a média de idades deste grupo 55 ± 12 anos, e 24 apresentam desdentadoes classes I ou II de Kennedy enquanto 27 têm desdentadoes classes III ou IV de Kennedy.

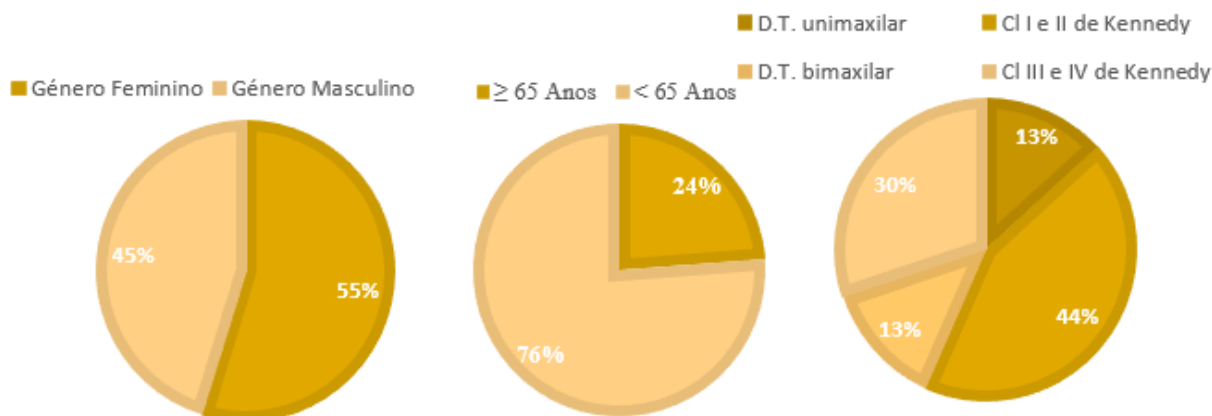
Gráfico 3 Caracterização da amostra do grupo 1 em estudo



Quanto aos pacientes reabilitados, 46 são mulheres e 38 são homens, 64 têm menos de 65 anos e 20 ultrapassam esta idade, sendo a média de idades deste grupo 58 ± 11 anos. Em

relação à classificação de Kennedy das suas desdentações, 36 são classes I ou II e 25 são classe III ou IV.

Gráfico 4 Caracterização da amostra do grupo 2 em estudo



Relativamente ao grupo 2 foram recolhidas algumas informações adicionais, nomeadamente se o paciente teve experiência prévia com prótese removível e qual o tipo de reabilitação que efetivamente realizou. Estas informações estão apresentadas nas tabelas II e III:

Tabela II Caracterização do grupo 2 quanto à experiência prévia com reabilitação protética

Já utilizou prótese removível	Nunca utilizou prótese removível
37	47

Tabela III Caracterização do grupo 2 quanto ao tipo de reabilitação efetuada

PTR Bimaxilar		11
PTR Unimaxilar		11
PPR esquelética	Cl. I e II de Kennedy	22
	Cl III e IV de Kennedy	22
PPR acrílica	Cl. I e II de Kennedy	15
	Cl III e IV de Kennedy	3

Dos 84 pacientes reabilitados, 37 já tinham tido experiência prévia com prótese removível convencional e os restantes 47 nunca tinham realizado esse tipo de reabilitação.

Neste grupo, 11 dos pacientes realizaram PTR bimaxilares e 11 realizaram PTR unimaxilares. De notar que alguns pacientes reabilitados com PTR unimaxilar realizaram também PPR acrílica na arcada oponente, no entanto, uma vez que correspondem a duas reabilitações diferentes e por forma a enquadrar o paciente no subgrupo que mais se adequa, prevaleceu a desdentação mais extensa, neste caso uma arcada totalmente edentula.

Quanto aos 44 pacientes reabilitados com PPR esquelética, 22 têm desdentações com selas distais livres posteriores uni ou bilaterais (CI I e II de Kennedy) e 22 possuem selas intercaladas (CI III ou IV de Kennedy). Dos pacientes reabilitados com PPR acrílica, estes subgrupos contêm, respetivamente, 15 e 3 indivíduos.

2. Confiabilidade e adequação dos questionários

Na análise do alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna do questionário OHIP – 14 obtiveram-se valores de alfa de 0,924 para o n total de 137 pacientes (84 questionários pré-reabilitação do grupo que aceitou ser reabilitado e 53 questionários do grupo não reabilitado), o que corresponde a uma confiabilidade excelente, e de 0,894 para os 84 questionários pós-reabilitação o que demonstra um nível de confiabilidade bom.

Tabela IV Resultados da análise do alfa de Cronbach da amostra

Questionários	Alfa de Cronbach	Nº de Itens
<i>Pré-reabilitação e não reabilitados (n = 137)</i>	0,924	14
<i>Pós-reabilitação (n = 53)</i>	0,894	14

Os resultados dos testes de Bartlett's Sphericity e Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foram, para o questionário aplicado aos pacientes não reabilitados 0,869, para o questionário pré-reabilitação dos 84 pacientes reabilitados 0,898, e para o questionário pós-reabilitação dos mesmos 0,787. Estes resultados correspondem a níveis de adequação da amostra à análise fatorial bons nos dois primeiros casos e razoável no último.

Tabela V Resultados da análise KMO de adequação da amostra

Questionários	Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin
<i>Grupo 1</i>	0,869
<i>Grupo 2 Pré-reabilitação</i>	0,898
<i>Grupo 2 Pós-reabilitação</i>	0,787

3. Análise dos resultados dos questionários OHIP-14

A. Análise entre grupo de pacientes não reabilitados e reabilitados

Não existe diferença estatisticamente significativa entre as médias dos valores de OHRQoL de ambos os grupos.

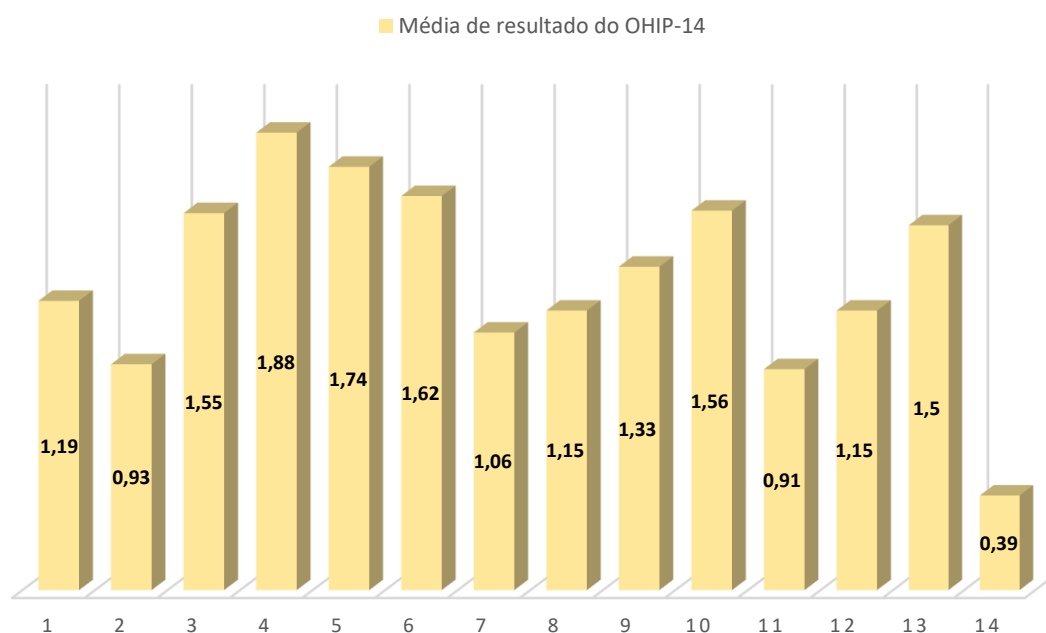
Tabela VI Médias de resultados do OHIP-14 nos dois grupos

	N	Média ($\pm \mu$)	P
Grupo de não reabilitados	53	18,06 ($\pm 11,67$)	0,687
Grupo de Reabilitados	84	18,14 ($\pm 12,34$)	

Da mesma forma, numa análise comparativa das respostas a cada pergunta individualmente, não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de pacientes em nenhuma das 14 questões.

Uma vez que não houve diferença com significado estatístico entre os grupos 1 e 2, as médias das respostas aos 14 itens estão apresentadas no gráfico 4 relativamente ao total de participantes do estudo.

Gráfico 5 Médias de resultados do OHIP-14 para o total da amostra



Neste gráfico podemos ver que as questões 3, 4, 5, 6, 10 e 13 são as que apresentam uma média de resposta mais alta, o que significa que a dor, o desconforto com a comida, o constrangimento, a tensão, a inibição e a insatisfação com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou próteses, são os problemas mais frequentemente experienciados pelos pacientes antes da reabilitação.

Da análise fatorial verificou-se que a variância dos resultados dos dois grupos é explicada maioritariamente por duas dimensões em cada um deles. No grupo 1 a primeira dimensão, que explica 49,67% da variância, é composta pelas questões 3, 6, 9, 10, 12 e 13 (i.e. dor, tensão, dificuldade em relaxar, inibição, dificuldade nas ocupações habituais, insatisfação com a vida em geral devido a problemas orais) e a segunda dimensão, que explica 9,47% da variância, é composta pelas questões 11 e 14 (i.e. irritação com outras pessoas e total incapacidade de movimento devido a problemas orais). Estes correspondem aos domínios da OHRQoL de desconforto e incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem.

No grupo 2 ambas as dimensões são relativas aos domínios da OHRQoL de desconforto e incapacidade psicológica, e ainda desvantagem. A primeira explica 49,74 % da variância e é composta pelas perguntas 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 (i.e. fonética, desconforto com a comida, tensão, dieta insatisfatória, interrupção de refeições, dificuldade em relaxar, inibição, irritação para com terceiros, dificuldade nas ocupações habituais e insatisfação com a vida em geral) e a segunda explica 9,22% da variância e corresponde maioritariamente à pergunta 14 (i.e. total incapacidade de movimento).

Este teste permite observar que as variáveis em estudo, neste caso as 14 questões, podem ser resumidas em menos variáveis (no grupo 1 em 8 e no grupo 2 em 11 variáveis) que se distribuem por 2 dimensões em cada grupo, e que explicam cerca de 60% da variância total dos resultados.

Comparando ainda os valores de OHRQoL, dividindo desta vez os dois grupos em pacientes com desdentações posteriores com selas livres uni ou bilaterais (Classes I e II de Kennedy) e desdentações com selas intercaladas (Classes III e IV de Kennedy) também não se verificou diferença com significado estatístico entre os valores de doentes não reabilitados e reabilitados, ainda que os pacientes com desdentações posteriores uni/bilaterais apresentem um valor médio de OHRQoL sensivelmente 3 valores maior que os restantes.

Tabela VII Médias dos resultados de OHIP-14 nos dois grupos, por tipo de desdentação

	Pacientes Reabilitados		Pacientes Não Reabilitados	
	n	Média (μ)	n	Média (μ)
Desdentações posteriores uni/bilaterais	37	16,4 ($\mu \pm 11,44$)	24	19,3 ($\mu \pm 12,03$)
Desdentações intercaladas	25	16,6 ($\mu \pm 12,82$)	27	16,6 ($\mu \pm 11,41$)

B. Análise entre questionários pré e pós-reabilitação do grupo 2

A primeira análise realizada foi a comparação entre as médias dos dois questionários, tendo-se verificado um decréscimo de 6,24 valores na média dos resultados do questionário após a reabilitação, o que corresponde a uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela VIII Médias dos resultados OHIP-14 pré e pós reabilitação

	N	Média ($\pm \mu$)	p
OHIP – 14 Pré-reabilitação	84	18,14 ($\pm 12,34$)	0,00
OHIP – 14 Pós-reabilitação	84	11,90 ($\pm 8,90$)	

Analisando o gráfico 5, que apresenta uma comparação entre a média de respostas pré e pós-reabilitação, pode observar-se uma diminuição de todas as médias de resposta às 14 questões.

Gráfico 6 Comparação das médias de resposta entre OHIP-14 pré e pós reabilitação



As questões 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 apresentavam uma diferença significativa entre os resultados do questionário OHIP – 14 antes e depois da reabilitação ($p < 0,05$ – ver tabela 9), o que significa que estes são os itens cujo valor da resposta mais se alterou entre um questionário e outro. Valores de Z negativos (totalidade das 14 questões) correspondem a decréscimo dos resultados entre questionário pré e pós reabilitação.

Tabela IX Valores de p entre resultados pré e pós reabilitação para cada questão do OHIP-14

Questão	Z	P
1	-0,651	0,515
2	-0,151	0,880
3	-1,153	0,249
4	-1,335	0,182
5	-3,672	,000
6	-2,486	,013
7	-2,366	,018
8	-2,945	,003
9	-3,265	,001
10	-3,823	,000
11	-3,180	,001
12	-4,512	,000
13	-4,885	,000
14	-1,680	0,093

A análise fatorial para os resultados dos questionários pós-reabilitação demonstrou que, desta vez, a variância dos dados era explicada maioritariamente por 3 domínios: o primeiro (44,4% da variância dos resultados) é composto pelas questões 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12 e 13 (i.e. constrangimento, tensão, dieta insatisfatória, interrupção de refeições, inibição, irritação para com terceiros, dificuldade nas ocupações habituais e insatisfação com a vida em geral, associada a problemas orais e inibição), o segundo (9,2% da variância dos resultados) é composto pelas perguntas 2, 12 e 14 (i.e. diminuição do gosto, dificuldade nas ocupações habituais e total incapacidade de movimento), e o terceiro (8,2% da variância dos resultados) é composto pelas questões 3 e 1 (i.e. dificuldade fonética e dor). Estas questões correspondem à totalidade dos domínios da OHRQoL avaliados pelo OHIP-14.

C. Análise dos subgrupos do grupo 2

Quanto aos pacientes reabilitados com **PTR bimaxilar**, pôde observar-se uma diminuição da média de respostas pós-reabilitação de 8,5 valores relativamente à obtida pré-tratamento.

No entanto, esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa, uma vez que a amostra constava apenas de 11 indivíduos.

Tabela X Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PTR bimaxilar

	OHIP – 14 Pré-reabilitação	OHIP – 14 Pós-reabilitação	p
n	11	11	0,051
Média (± μ)	21,0 (± 14,3)	12,5 (± 11,0)	

Verificou-se ainda que apenas as questões 8, 9, 12 e 13 (referentes a interrupção de refeições, dificuldade em relaxar, dificuldade nas ocupações habituais e sentimento de insatisfação com a vida em geral) tiveram uma diferença de resultados estatisticamente significativa. Estas foram as questões em que houve de facto uma melhoria significativa após a reabilitação, embora se tenham verificado melhorias em todas os outros itens também.

Nos pacientes reabilitados com **PTR unimaxilar**, observou-se uma diminuição da média dos resultados no questionário pós-reabilitação de 9,3 valores relativamente ao valor pré-reabilitação. Esta diferença, por sua vez, já se considerou estatisticamente significativa.

Tabela XI Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PTR unimaxilar

	OHIP – 14 Pré-reabilitação	OHIP – 14 Pós-reabilitação	p
n	11	11	0,021
Média (± μ)	24,8 (± 10,9)	15,5 (± 12,6)	

Verificou-se uma melhoria de resultados em todos os itens do questionário, mas as diferenças significativas foram observadas para os itens 5, 6, 10, 12 e 13 (respetivamente: constrangimento, tensão, inibição, dificuldade nas ocupações diárias e insatisfação com a vida em geral).

Nos pacientes reabilitados com **PPR esquelética**, a diferença observada entre as médias dos questionários pré e pós-reabilitação foi de 6,0 valores, sendo estatisticamente significativa.

Tabela XII Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PPR esquelética

	OHIP – 14 Pré-reabilitação	OHIP – 14 Pós-reabilitação	P
N	44	44	0,001
Média (± μ)	16,7 (± 12,2)	10,7(± 7,8)	

Verificou-se uma melhoria de resultados em todos os itens, mas as diferenças estatisticamente significativas foram observadas para os itens 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 (respetivamente: constrangimento, tensão associada a problemas orais, necessidade de interrupção de refeições, dificuldade em relaxar, inibição, irritação com outros, dificuldade nas ocupações diárias e insatisfação com a vida em geral). Este foi o tipo de reabilitação com mais questões em que se verificou alteração significativa das respostas.

Neste subgrupo foi possível avaliar ainda relativamente ao tipo de desdentação dos pacientes, tendo-se verificado que não há interação do tipo de desdentação na variação de resultados da reabilitação com PPR esquelética.

Quanto à reabilitação com **PPR acrílica**, a diferença de médias observada entre questionário pré e pós reabilitação foi de apenas 2,4 valores, não sendo uma diferença estatisticamente significativa.

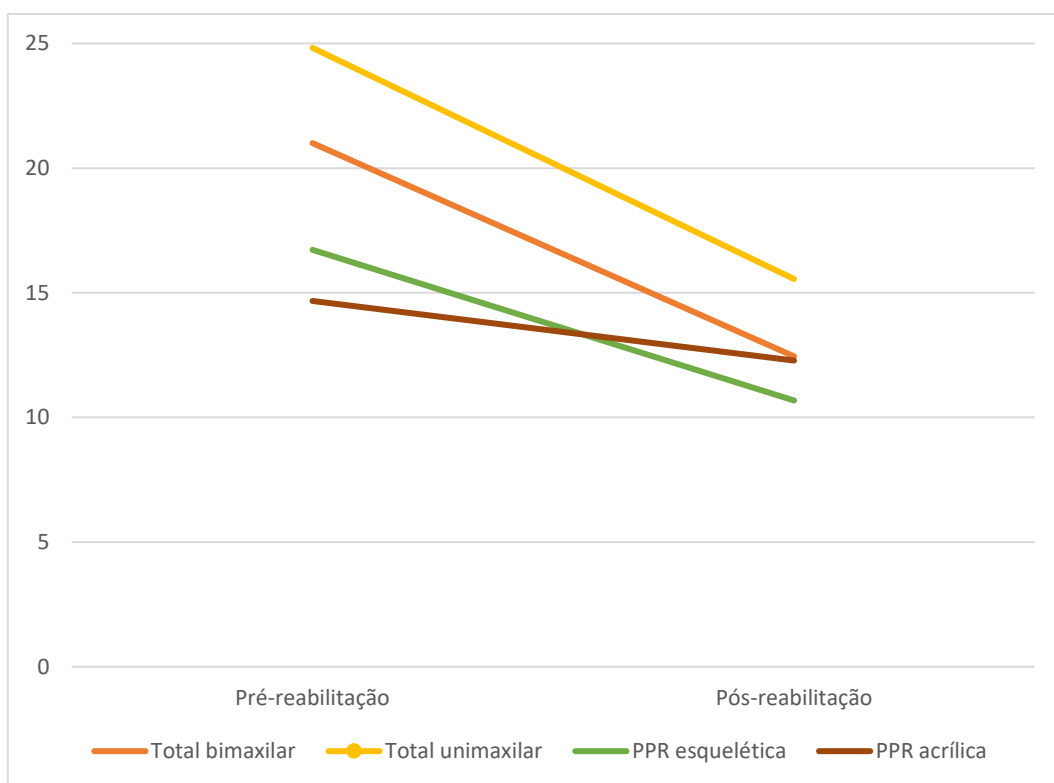
Tabela XIII Médias de respostas entre OHIP-14 pré e pós-reabilitação em pacientes reabilitados com PPR acrílica

	OHIP – 14 Pré-reabilitação	OHIP – 14 Pós-reabilitação	P
N	18	18	0,379
Média (± μ)	14,7 (± 8,9)	12,3(± 7,3)	

Embora se tenha verificado um decréscimo dos valores do questionário OHIP – 14, não existe nenhuma questão cuja diferença nas respostas entre pré e pós reabilitação tenha sido estatisticamente significativa.

O gráfico 8 mostra a variação de valores da OHRQoL dos 4 subgrupos correspondentes aos 4 tipos de reabilitação realizadas. Neste é possível observar que todos os pacientes apresentaram diminuição do impacto da condição oral na qualidade de vida após reabilitação, correspondendo as próteses totais uni e bimaxilares e as PPR esqueléticas a valores mais expressivos (com um declive das retas mais acentuado) do que as PPR acrílicas.

Gráfico 7 Variação das médias do OHIP-14 em função do tipo de reabilitação



D. Quanto aos fatores sociodemográficos

Relativamente à **idade** dos pacientes reabilitados, constatou-se que no subgrupo dos pacientes com idade inferior a 65 anos houve diferença estatisticamente significativa nos resultados do OHIP – 14 antes e depois da reabilitação. O mesmo não se verificou para os pacientes com idade superior a 65 anos.

Tabela XIV Comparação de resultados de OHIP-14 em função da idade

	n	OHIP Pré-reabilitação	OHIP Pós-reabilitação	Diferença	P
<65 anos	64	18,7 (\pm 11,1)	12,4 (\pm 9,2)	6,3 (\pm 10,7)	0,000
>65 anos	20	15,30 (\pm 14,4)	10,3 (\pm 1,8)	5,0 (\pm 14,8)	0,148

Realizou-se também o mesmo tipo de análise em função do **gênero** dos participantes, tendo-se observado que a variação de média dos questionários OHIP – 14 pré e pós reabilitação foi estatisticamente significativa para a amostra feminina, mas não para a amostra masculina.

Tabela XV Comparação de resultados de OHIP-14 em função do gênero

	n	OHIP Pré-reabilitação	OHIP Pós-reabilitação	Diferença	P
<i>Gênero Feminino</i>	46	21,7 (\pm 12,0)	13,6 (\pm 10,1)	8,1 (\pm 11,2)	0,000
<i>Gênero Masculino</i>	38	13,3 (\pm 10,3)	9,8 (\pm 6,7)	3,5 (\pm 12,0)	0,081

Quanto à **experiência prévia dos pacientes com prótese**, tanto aqueles que já tinham utilizado PR convencional como os que nunca tinham feito essa reabilitação, tiveram uma diminuição significativa dos valores pós-reabilitação de OHRQoL relativamente aos apurados antes da reabilitação.

Tabela XVI Comparação de resultados de OHIP-14 em função da experiência prévia com reabilitação protética

	n	OHIP Pré-reabilitação	OHIP Pós-reabilitação	Diferença	P
<i>Já usou prótese</i>	37	19,4 (\pm 13,5)	14,0 (\pm 10,4)	5,4 (\pm 13,3)	0,018
<i>Nunca usou prótese</i>	47	16,7 (\pm 10,6)	10,3 (\pm 7,2)	6,4 (\pm 10,4)	0,000

4. Análise dos QSP

A. Reabilitação com PTR:

Verificou-se que não existe diferença com significado estatístico entre reabilitações com PTR bimaxilar e PTR unimaxilar.

Tabela XVII Média de resultados de QSP em reabilitados com PTR bimaxilar e unimaxilar

	N	Média ($\pm \mu$)	P
PTR Bimaxilar	11	32,1 ($\pm 6,0$)	0,120
PTR Unimaxilar	9	26,9 ($\pm 7,7$)	

É de ressaltar que 9 dos 11 pacientes reabilitados com PTR unimaxilar foram reabilitados, na arcada antagonista, com uma PPR acrílica, tendo assim respondido ao QSP em relação a ambas as suas reabilitações. Uma vez que o número de pacientes reabilitados com PTR unimaxilar sem reabilitação na arcada oposta é apenas 2, o estudo comparativo relativo a este grupo não foi realizado.

No entanto, ao analisar cada questão separadamente, pôde verificar-se diferença significativa nas respostas à questão 7, que se refere ao conforto da prótese maxilar, observando-se maior desconforto no grupo reabilitado com PTR Unimaxilar.

B. Reabilitação com PPR:

Quanto às **reabilitações bimaxilares:**

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de doentes reabilitados com PPR esquelética ou acrílica bimaxilares.

Tabela XVIII Média de resultados de QSP em reabilitados com PPR esquelética e PPR acrílica bimaxilar

	N	Média ($\pm \mu$)	P
PPR Esquelética Bimaxilar	30	35,1 ($\pm 8,0$)	0,352
PPR Acrílica Bimaxilar	9	32,7 ($\pm 6,1$)	

Neste grupo foi possível realizar a comparação entre classes de Kennedy das desdentações, não se tendo verificado diferenças entre reabilitações de desdentações posteriores com selas livres uni ou bilaterais (Classes I e II de Kennedy) e desdentações com selas intercaladas (Classes III e IV de Kennedy) nem nas PPR esqueléticas nem nas PPR acrílicas.

Tabela XIX Média de resultados de QSP em reabilitados com PPR esquelética e PPR acrílica bimaxilar em função do tipo de desdentação

	Desdentações posteriores uni/bilaterais		Desdentações intercaladas		p
	n	Média ($\pm \mu$)	n	Média ($\pm \mu$)	
PPR Esquelética Bimaxilar	17	34,2 ($\pm 7,9$)	7	34,7 ($\pm 4,9$)	0,497
PPR Acrílica Bimaxilar	13	36,2 ($\pm 8,3$)	2	25,50 ($\pm 5,0$)	0,174

Quanto às reabilitações **unimaxilares**:

Por fim, quanto às reabilitações com PPR esqueléticas e acrílicas unimaxilares, não se verificou diferença significativa entre ambas.

Tabela XX Média de resultados de QSP em reabilitados com PPR esquelética e PPR acrílica unimaxilar

	N	Média ($\pm \mu$)	P
PPR Unimaxilar Esquelética	14	21,4 ($\pm 4,2$)	0,226
PPR Unimaxilar Acrílica	9	19,0 ($\pm 4,7$)	

Uma vez que estas reabilitações foram realizadas apenas na maxila ou na mandíbula, fez-se a divisão em PPR unimaxilar inferior e PPR unimaxilar superior:

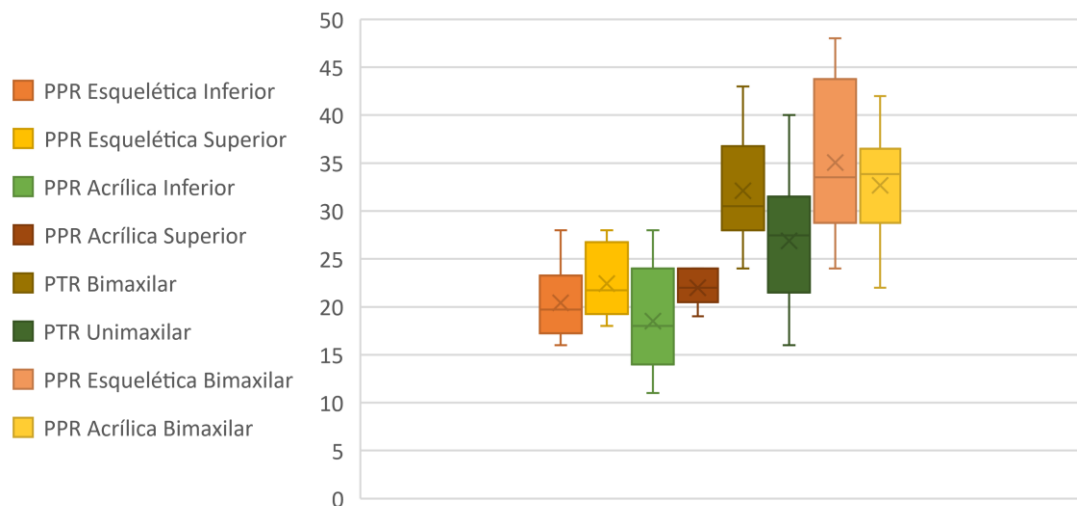
Quanto à análise das reabilitações mandibulares (amostra de 12 indivíduos), a única questão em que se verificou diferença estatística entre PPR esquelética e PPR acrílica foi a 12, referente à satisfação do paciente com a capacidade fonética que a reabilitação permite

($p = 0,047$). Quanto a esse parâmetro, pacientes reabilitados com PPR acrílica encontram-se menos satisfeitos do que os reabilitados com PPR esquelética.

Na análise das reabilitações maxilares (amostra de 11 indivíduos), não se verificou diferença estatisticamente significativa em nenhuma das questões do QSP, ou seja, pacientes reabilitados com PPR esquelética unimaxilar e PPR acrílica unimaxilar apresentam níveis de satisfação semelhantes em todos os parâmetros avaliados por este questionário.

O gráfico 7 apresenta um resumo do nível de satisfação com a reabilitação, dos vários subgrupos analisados estatisticamente. É importante assinalar que os grupos PPR esquelética inferior e superior e PPR acrílica inferior e superior têm um resultado total máximo de 28 valores e os restantes subgrupos têm um resultado total máximo de 48 valores.

Gráfico 8 Variação dos resultados de QSP consoante cada tipo de reabilitação efetuada



C. Quanto aos fatores sociodemográficos:

Não se verificou diferença estatística em nenhum dos subgrupos analisados: entre indivíduos com idade menor e idade maior ou igual a 65 anos, entre indivíduos do sexo feminino e masculino, nem entre indivíduos com e sem experiência anterior de reabilitação protética, como é possível verificar na tabela 22.

Tabela XXI Variação dos resultados de QSP em função dos fatores sociodemográficos de idade, gênero e experiência prévia com reabilitação protética

	Tipo de Prótese	N	Média QSP ($\pm \mu$)	p	
<i>Idade</i>	P.T. Unimaxilar e P.T. Bimaxilar	≥ 65 Anos	6	27,3 ($\pm 2,8$)	0,182
		<65 Anos	14	30,8 ($\pm 8,3$)	
	PPR Esquelética Bimaxilar PPR Acrílica Bimaxilar	≥ 65 Anos	9	33,7 ($\pm 7,5$)	0,708
		<65 Anos	30	34,8 ($\pm 7,7$)	
	PPR Esquelética Unimaxilar PPR Acrílica Unimaxilar	≥ 65 Anos	7	20,0 ($\pm 4,8$)	0,753
		<65 Anos	16	20,7 ($\pm 4,4$)	
<i>Gênero</i>	P.T. Unimaxilar P.T. Bimaxilar	Feminino	11	28,1 ($\pm 8,6$)	0,239
		Masculino	9	31,8 ($\pm 4,6$)	
	PPR Esquelética Bimaxilar PPR Acrílica Bimaxilar	Feminino	20	33,6 ($\pm 8,3$)	0,445
		Masculino	19	35,5 ($\pm 6,8$)	
	PPR Esquelética Unimaxilar PPR Acrílica Unimaxilar	Feminino	13	20,2 ($\pm 5,0$)	0,762
		Masculino	10	20,8 ($\pm 4,0$)	
<i>Experiência Prévia de Reabilitação Protética</i>	P.T. Unimaxilar P.T. Bimaxilar	Sim	11	29,1 ($\pm 8,7$)	0,646
		Não	9	30,6 ($\pm 5,1$)	
	PPR Esquelética Bimaxilar PPR Acrílica Bimaxilar	Sim	14	33,0 ($\pm 6,7$)	0,335
		Não	25	35,4 ($\pm 8,0$)	
	PPR Esquelética Unimaxilar PPR Acrílica Unimaxilar	Sim	10	20,5 ($\pm 5,4$)	0,985
		Não	13	20,5 ($\pm 3,8$)	

Foi possível observar algumas variações ao esperado relativamente à população em estudo: do total de indivíduos, a grande maioria tem menos de 65 anos, o que significa que, na Área de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra, são tratados maioritariamente indivíduos mais novos (menores de 65 anos) do que seria esperado.

Em termos de género, a maioria dos indivíduos são do sexo feminino, o que vai de encontro a outros estudos que afirmam que as mulheres têm uma maior preocupação com a sua saúde, incluindo a saúde oral, recorrendo mais vezes a serviços de saúde e consultando com maior frequência o seu médico dentista (6, 21).

No entanto, quando se trata de aceitar o plano de tratamento e realizar a reabilitação, embora no grupo de reabilitados existam mais mulheres do que homens, no grupo dos não reabilitados isso também se verifica, o que significa que, embora demonstrem ter maior preocupação com a saúde oral, muitas optam, ainda assim, por não ser reabilitadas.

A aceitação do tratamento não se prende unicamente com fatores clínicos ou com a necessidade, que se mostra neste estudo óbvia, de repor as peças dentárias perdidas, sendo isso, uma decisão multifatorial em que pesam, por exemplo, fatores socioeconómicos por vezes incontornáveis para alguns pacientes.

A OHRQoL depende, em traços gerais, do quão importante é a saúde do sistema oro facial para o indivíduo, o nível de limitação que este sente na sua vida diária por causa da sua condição oral e da sua capacidade de ultrapassar estes problemas (6). Estes fatores, entre outros, pesam também na decisão do paciente em procurar a reabilitação ou aceitar realizá-la quando esta lhe é proposta.

Este estudo demonstrou que a perda dentária tem, de facto, impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, o que é demonstrado pelo valor médio dos resultados do questionário OHIP – 14, uma vez que entre um valor de 0 (nenhum impacto percecionado pelos pacientes) e 56 (máximo de impacto percecionado pelos pacientes), a média de resultados foi 18,06 para os pacientes que decidiram não ser reabilitados, e 18,14 para os pacientes que decidiram ser reabilitados. Ambos os grupos de pacientes percecionam as mudanças na sua cavidade oral e consequentes limitações no quotidiano de forma muito semelhante, causando estas o mesmo nível de impacto na sua qualidade de vida. Assim, será igualmente relevante para todos os pacientes participantes deste estudo uma intervenção que

contribua para a diminuição destes valores de impacto na OHRQoL e, conseqüentemente, a melhora.

Os doentes podem perceber, de forma simplificada, alterações numa das dimensões da OHRQoL, o que é consistente com um modelo de OHRQoL de 7 dimensões e reforça a ideia de que cada uma é importante por si só e representa um componente essencial da saúde oral, ou numa combinação de fatores que dizem respeito a vários domínios da OHRQoL.

O que se verificou neste estudo foi que o impacto da desdentação na OHRQoL dos doentes se devia sobretudo a uma combinação de afetação de vários domínios, e não de um só domínio em particular, que determinasse a diminuição da OHRQoL.

As questões que explicam a variância de mais de 50% dos resultados no grupo de não reabilitados são referentes aos domínios de dor física (questão 3), desconforto psicológico (questão 6), incapacidade psicológica (questões 9 e 10), incapacidade social (questões 11 e 12) e desvantagem (questão 13) o que significa que nestes campos se verificou uma maior disparidade de respostas entre os pacientes não reabilitados. Este resultado sugere que há maior diferença inter-individual na forma como o paciente valoriza a influência da condição oral nestes aspetos da sua vida e que estes, por sua vez, são os domínios que maior impacto têm na OHRQoL.

Também no grupo de pacientes que aceitaram ser reabilitados, a maioria da variância é explicada pelos mesmos domínios anteriormente referidos, aos quais se junta pelo menos uma questão referente a cada um dos outros 7 domínios do questionário. Isto significa que, embora não se tenha verificado diferença entre as respostas dos dois grupos ao questionário, os pacientes do grupo 2 têm as suas respostas melhor distribuídas pelos domínios, o que faz com que todos eles tenham um impacto considerável na OHRQoL deste grupo.

Para além disso, este resultado vem confirmar que a versão reduzida, que se utilizou neste estudo, de 14 perguntas do questionário OHIP-49 aborda os parâmetros mais determinantes da avaliação da OHRQoL, e que todos os domínios focados no questionário são importantes.

A OHRQoL foi igual para pacientes com desdentação intercalada em ambos os grupos, e verificou-se maior impacto das desdentações uni/bilaterais posteriores no grupo de pacientes não reabilitados. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa, e de novo se verifica que não existem diferenças marcadas na percepção de OHRQoL entre os pacientes que escolhem ser reabilitados e os que escolhem não ser.

Assim, é seguro afirmar que nenhum dos 7 domínios avaliados pelo questionário OHIP, ou combinação dos mesmos, tem um impacto tal que, quando afetado, leve os doentes a

aceitarem a reabilitação. Não é possível destacar um fator, dos que são aqui avaliados, que seja determinante ou sequer motivador e que explique o facto de uns pacientes escolherem avançar com a reabilitação e outros não.

Na população estudada, a decisão de ser reabilitado ou de rejeitar a reabilitação pode prender-se com outros fatores. Alguns estudos demonstram que o custo da reabilitação e o nível socioeconómico dos pacientes são os fatores mais importantes para aceitar ou recusar o tratamento protético: os pacientes de classes sociais mais baixas apresentam aproximadamente metade da probabilidade de recorrer a reabilitações protéticas (22). Outros fatores com importância na decisão de ser ou não ser reabilitado com prótese parcial removível convencional são: o desejo de ser reabilitado com prótese fixa, pretender uma aparência natural com dentes individualizados que a prótese removível convencional não pode fornecer, pretender uma reabilitação que seja impercetível a outras pessoas, o medo de instabilidade da prótese e o risco de cáries ou problemas gengivais (23).

Como fatores favoráveis à aceitação deste tratamento encontram-se maioritariamente o facto de ser removível, o que é visto como uma vantagem em termos de higienização da prótese e da cavidade oral, assim como o custo reduzido relativamente a reabilitações fixas, a menor complexidade e número de consultas necessárias ao tratamento. (22, 23, 24)

Uma vez que na nossa instituição (Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) onde se realizou este estudo, a maioria dos doentes tratados pertencem a níveis socioeconómicos mais baixos, muitas vezes referidos para este serviço pelo médico de família por não terem condições financeiras para receberem tratamento em clínicas privadas, o motivo mais provável para a recusa do tratamento será o seu custo que, mesmo sendo menor que o de uma reabilitação fixa, continua a ser inabarcável para muitos dos pacientes. Ao custo do tratamento podem associar-se ainda os custos de deslocação às múltiplas consultas na instituição. Para além disso, a escolha de não reabilitação pode dever-se à pouca valorização da desdentação (pois a média de impacto na OHRQoL, apesar de ter consequências no quotidiano dos doentes, é um valor não muito alto), o que pode também ser consequência dos fatores socioeconómicos característicos da amostra do estudo (níveis educacionais mais baixos, com acesso limitado a cuidados de saúde e estrutura familiar precária).

Quanto à análise dos questionários antes e depois da reabilitação do grupo 2, há uma diminuição, com significado estatístico, de 6 valores, nos resultados. A reabilitação protética diminuiu de facto o impacto que a desdentação representa na vida quotidiana dos indivíduos e

em todos os domínios que esta abrange, traduzindo-se numa melhoria da OHRQoL e tendo, conseqüentemente, uma influência positiva na qualidade de vida dos pacientes.

Todos os itens tiveram valores de resposta mais baixos que no questionário pré reabilitação, mas as questões com valores significativamente menores foram respetivas aos domínios desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e a desvantagem (neste último domínio apenas uma das questões teve resultados significativamente diminuídos). É de notar que os três domínios referentes a incapacidade, seja ela física, psicológica ou social, viram os seus resultados diminuídos, tendo um impacto claramente positivo importante na vida dos pacientes.

Os domínios que não apresentaram diferença significativa foram o de limitação funcional, dor física, e a questão 14 relativa a desvantagem. Isto pode dever-se ao facto de os questionários pós-reabilitação terem sido preenchidos no primeiro controlo da prótese, realizado entre 1 a 3 semanas após a sua colocação. Qualquer reabilitação protética requer um período de adaptação por parte do paciente, que não é igual em todos os indivíduos e durante o qual o nível de satisfação com a prótese vai aumentando, de forma mais significativa no primeiro mês e mais moderadamente no período seguinte até, pelo menos 12 meses (16, 25). Também as consultas de controlo pós colocação são essenciais para o sucesso do tratamento uma vez que é nestas que se resolvem problemas como: sobre-extensão das próteses, contactos oclusais prematuros ou exagerados, excesso de volume do acrílico e desadequada estabilidade ou retenção da prótese. Estes podem, enquanto não devidamente resolvidos, causar dor, desconforto (ex. úlceras na mucosa ou excesso de pressão por contactos oclusais exagerados) ou problemas fonéticos que diminuem a percepção de sucesso do tratamento por parte dos doentes. (26)

Também noutros estudos avaliados se verifica que a melhoria da OHRQoL é muito pronunciada imediatamente após a colocação da prótese, devido à diminuição da frequência e severidade com que os pacientes percecionam os problemas pré-tratamento, denotando óbvio benefício terapêutico. (27, 28, 29)

Quanto à questão 14 que refere a total incapacidade de se mover devido a problemas com os dentes, boca ou prótese, a diferença não significativa das suas respostas deve-se provavelmente ao facto de quase 80% dos pacientes ter já respondido no questionário pré-reabilitação que nunca tinham sentido esse problema. Desses, apenas 3 responderam, após a reabilitação, que às vezes sentiam este problema, tendo todos os outros (63) respondido “nunca” de novo. Dos restantes, 12 pacientes que tinham anteriormente respondido “quase nunca”, “às vezes” ou “muitas vezes” passaram a sua resposta a “nunca” após a reabilitação e apenas 2 ainda sentiam o impacto desta questão. Este é um exemplo de que, embora a

diferença estatística não tenha sido significativa, a reabilitação protética trouxe de facto grande melhoria da qualidade de vida a quase todos os indivíduos, o que é notório pelos 12 pacientes que deixaram totalmente de se sentir afetados por este problema no seu quotidiano.

Para os questionários pós-reabilitação do grupo 2, a análise fatorial demonstrou 3 domínios que explicam a maioria da variância dos resultados e englobam os 7 domínios avaliados pelo questionário, podendo interpretar-se da mesma forma que a análise fatorial anterior: todas as questões são importantes para explicar a variância de resultados e as respostas às questões constituintes destes 3 domínios foram semelhantes de tal forma que explicam cerca de 60% da variância dos resultados.

Quanto aos pacientes do grupo 2 reabilitados com PTR bimaxilar, o facto de a redução de valores obtida não ser estatisticamente significativa não é conclusiva de que este tipo de reabilitação não traz melhorias na OHRQoL dos pacientes assim reabilitados. De facto, a diferença de 8,5 valores a menos registada, em média, nos questionários pós-reabilitação cujo valor total pode variar entre 0 e 56 pode ser considerável mas, uma vez que neste estudo o número de pacientes que realizou este tipo de tratamento é muito pequeno (apenas 11 indivíduos), e que para o teste estatístico realizado se obteve um $p=0,051$ que é muito próximo do valor de p a partir do qual o resultado passa a ser estatisticamente significativo, é viável inferir que se o n da amostra fosse maior, a diferença entre valores pré e pós-reabilitação passaria a ser significativa.

A colocação de PTR bimaxilares é de facto benéfica para os pacientes na medida em que permite que eles vejam reduzidas de forma significativa situações que anteriormente causavam grande impacto na sua qualidade de vida como ter que interromper refeições, sentir dificuldade em relaxar e nas suas ocupações diárias, e até sentirem uma insatisfação com a vida em geral. No entanto, é necessário ter em consideração que a reabilitação de doentes totalmente edentulos constitui um grande desafio por motivos anatómicos, clínicos e técnicos e que mais do que qualquer outro tipo de reabilitação convencional, requer um período de adaptação, que segundo Stober e colaboradores pode durar até 2 anos após reabilitação (25). Assim, para além de estar relacionado com a amostra pequena do estudo, este resultado não significativo pode novamente dever-se ao questionário pós-reabilitação ter sido aplicado pouco tempo após a reabilitação, sem que houvesse o tempo necessário para adaptação do sistema neuromuscular do paciente e nova aprendizagem de como mastigar ou falar, assim como aceitação das limitações funcionais associadas a este tipo de reabilitação, e como contorná-las (30).

Quando a reabilitação é feita com PTR unimaxilar, a diminuição de valores do questionário OHIP-14 passou a ser significativa, correspondendo neste caso a 9,3 valores. Esta diminuição

de valores mais acentuada pode dever-se a vários fatores, no entanto, não foi possível determinar quais os domínios que levaram a esta diferença, possivelmente devido ao tamanho da amostra. Uma amostra tão pequena não é suficiente para aferir um padrão de respostas e estabelecer uma ideia de em que domínios há diferenças tão grandes que permitam dizer quais os fatores que melhoram a OHRQoL. Com apenas 11 pacientes, cada um deles individualmente, e as suas opiniões, têm muito peso no total do grupo. O valor inicial de OHRQoL do grupo reabilitado com PTR unimaxilar é 8,1 valores mais elevado do que no grupo reabilitado com PTR bimaxilar - os pacientes com desdentação total em apenas uma das arcadas percecionam maior impacto na OHRQoL do que os que não têm nenhum dente em boca. Embora inesperado, este resultado pode ser explicado pelo facto de os doentes desdentados totais unimaxilares possuírem, ainda, dentes naturais em boca, tendo melhor noção do impacto da falta destes.

Os pacientes reabilitados com PPR esquelética constituem o maior subgrupo do grupo 2. Estes apresentaram uma melhoria significativa da sua OHRQoL verificada sobretudo nos domínios de desconforto psicológico, incapacidade física (na questão 8), psicológica e social e desvantagem (na questão 13). Estes resultados são muito semelhantes aos obtidos para a totalidade do grupo 2 o que pode ser explicado pelo número de reabilitados com PPR esquelética (n=44) corresponder a mais de metade do total de reabilitados (n=84). De novo se verifica que domínios como a limitação funcional e dor física e a questão da dieta insatisfatória não tiveram melhorias demarcadas podendo estas justificar-se da mesma forma anteriormente referida para a totalidade do grupo 2.

Por fim, em termos de tipo de reabilitação, os resultados dos 18 pacientes reabilitados com PPR acrílica não foram suficientes para se poder afirmar que este tipo de reabilitação tem consequências positivas significativas na OHRQoL dos pacientes. Para além disso, nenhum dos itens do questionário viu os seus valores de resposta diminuídos de tal forma que houvesse diferença significativa da frequência e intensidade de cada problema avaliado na vida do doente após reabilitação. Isto significa que, segundo os resultados deste estudo, a reabilitação com PPR acrílica não apresenta benefício para o paciente.

Neste estudo, observou-se que as melhorias mais significativas em termos de qualidade de vida relacionada com a saúde oral se deram no grupo dos doentes reabilitados com PTR unimaxilar, seguidos dos pacientes com reabilitação PTR bimaxilar, depois os reabilitados com PPR esquelética e, por último, os pacientes reabilitados com prótese parcial removível acrílica.

Os resultados são os esperados na medida em que os pacientes com desdentações mais extensas, nomeadamente os reabilitados com PTR foram os que tiraram maior proveito da

sua reabilitação. De facto, é nestes dois grupos que a reabilitação se mostra mais eficaz na melhoria da OHRQoL, e que possibilita aos doentes ultrapassar de forma mais eficiente as dificuldades e problemas inerentes às suas desdentações. Este resultado está de acordo com um estudo realizado por Yen e colaboradores, em que os doentes reabilitados com prótese removível parcial apresentaram um impacto menos positivo da reabilitação, na autoavaliação subjetiva da sua OHRQoL do que os doentes com prótese removível total (31).

Estes resultados provavelmente resultam de expectativas irrealistas dos doentes reabilitados com PPR esquelética pois estes têm tendência a comparar a prótese com os seus dentes naturais. Por outro lado, os pacientes desdentados totais, na sua maioria, já utilizaram PPR e pode ser-lhes mais fácil aceitar a perda dentária e desconforto por esta gerada como parte do processo de envelhecimento. Assim, doentes que usam prótese total podem aceitar melhor as limitações funcionais da reabilitação protética convencional do que os que usam PPR.

As PPR acrílicas são as que apresentaram menor melhoria da OHRQoL, não sendo sequer significativa. Este tipo de reabilitação é indicado para pacientes que têm, à partida, maiores limitações físicas e sociais que os doentes com indicação para prótese esquelética. Enquanto que as próteses acrílicas estão indicadas para casos de perdas dentárias extensas, as próteses esqueléticas recomendam-se em casos de espaços edentulos curtos e incluem ganchos metálicos e apoios em vários dentes pilares, permitindo maior retenção e estabilidade (fatores que no caso das próteses acrílicas estão unicamente dependentes do rebordo), menor volume do esqueleto da prótese e, em consequência, maior conforto (32). Estas características podem ser responsáveis por uma diferença tão marcada entre os resultados dos dois tipos de reabilitação.

Quanto aos fatores sociodemográficos analisados, a análise relativamente ao género permitiu verificar que a desdentação provocou maior impacto na OHRQoL das mulheres. Este resultado está em concordância com outros estudos, como o de Ozhayat de 2012, que apurou, numa avaliação pré-reabilitação, que as mulheres prestes a serem reabilitadas com prótese removível convencional apresentavam pior OHRQoL que os homens. É possível que, por valorizarem mais a saúde oral que os homens, estas estejam mais atentas ao impacto negativo ou positivo que as mudanças na sua cavidade oral têm no seu quotidiano, mesmo sendo mínimas (33, 34).

O género feminino mostrou, entre pré e pós reabilitação, uma diminuição significativa dos resultados OHIP, o que não se verificou para o género masculino, sugerindo que teve maior benefício com o tratamento, o que corresponde também ao observado num estudo realizado por Jenei e colaboradores (16).

A idade é outro fator que mostrou ser importante neste estudo pois, à medida que a população envelhece e ocorre perda dentária, é expectável que a sua qualidade de vida se altere, particularmente a componente relacionada com a saúde oral e o seu impacto no dia a dia. Isto pode acontecer como resultado direto da alteração funcional, mas também de mudanças nos valores e percepção que advém da idade (35). Numa análise isolada do fator idade na OHRQoL, a população mais idosa parece aperceber-se menos do impacto negativo da sua condição oral na sua vida em geral, do que a população mais jovem (21).

Os valores de OHIP encontrados neste estudo, nos pacientes pré-reabilitação, foram maiores em pacientes com menos de 65 anos do que nos pacientes com mais de 65 anos o que indica que os mais jovens têm pior OHRQoL antes das reabilitações. Isto pode justificar que uma idade mais avançada esteja associada a menor mudança nos resultados do questionário OHIP entre pré e pós-reabilitação (36). Esta diferença, no entanto, pode também ser explicada pela possibilidade de os doentes mais velhos participantes do estudo terem uma experiência prévia com o tratamento protético, mostrando-se essa também uma questão de relevo a avaliar.

Após a reabilitação, o grupo que mostrou melhorias significativas em termos de OHRQOL foi o grupo dos pacientes mais jovens. O mesmo se verificou noutros estudos (16), devido às suas maiores necessidades sociais e preocupação com a sua estética facial e função oral, fatores com os quais estavam descontentes antes da reabilitação. Um fator facilitador desta melhoria pode ser também a sua capacidade emocional e psicológica para lidar com a perda dentária e de se adaptarem aos benefícios do tratamento (37). Também os indivíduos mais idosos podem revelar-se mais indiferentes ao tratamento por terem menor exigência estética (26) e social, menores expectativas quanto aos resultados fruto de experiência passada com a desdentação (33) e por terem controlo neuromuscular diminuído, o que pode fazer até com que usem menos as suas próteses removíveis (38)

Ainda não se verifica um consenso relativamente à associação entre idade, OHRQoL e satisfação com a reabilitação protética pois outros estudos contradizem os já referidos e demonstram que as melhorias após reabilitação têm vindo a mostrar-se maiores nos mais idosos, uma vez que estes estão menos preocupados com a sobrevivência a longo prazo ou com os problemas futuros das próteses e assim têm menores expectativas, mostrando-se mais satisfeitos com qualquer resultado (27).

No entanto torna-se difícil tirar algumas conclusões uma vez que o número de participantes em cada grupo é muito diferente (64 pacientes com menos de 65 anos e apenas 20 com mais).

Verificou-se o aumento significativo da OHRQoL pós-reabilitação tanto em pacientes sem experiência prévia de prótese como naqueles que já utilizavam prótese, o que significa que este não é um fator determinante ou preditivo da melhoria da OHRQoL. Isto pode ter-se verificado pela reabilitação trazer de facto uma melhoria muito significativa em termos de OHRQoL aos pacientes sem experiência de prótese pois eles sentiam as consequências reais da desdentação sem nenhum fator atenuante como a prótese. Para os pacientes com experiência com reabilitação protética removível, é possível que, ao já terem passado previamente por um período de adaptação a este tipo de reabilitação, poderiam estar mais sensibilizados e familiarizados com as dificuldades iniciais inerentes à prótese e assim conseguirem ultrapassá-las mais facilmente e com uma atitude mais positiva, obtendo melhores resultados finais de OHRQoL. Para além disso, uma vez que a prótese anterior estaria em condições de insatisfação tais que ditaram a necessidade da sua substituição, é natural que seja notória a melhoria da qualidade de vida do paciente ao obter uma nova reabilitação que corresponde a melhores qualidades de retenção e estabilidade.

Quanto à satisfação protética, como não se verificou diferença estatística significativa em nenhum dos testes realizados entre tipos de reabilitação, não se pode afirmar que um dos grupos reabilitados está mais satisfeito que outro.

Ainda assim, entre as reabilitações unimaxilares, o grupo reabilitado com PPR esquelética superior aparenta ter um grau de satisfação elevado uma vez que, em 28 valores totais possíveis, a sua média corresponde a 22,4. Por outro lado, o grupo que aparenta ter menor satisfação é o grupo reabilitado com PPR acrílica inferior, cuja média de resposta do QSP foi 17, em 28 possíveis.

Para os restantes subgrupos, que têm um resultado total máximo de 48 valores, não se verificando uma vez mais resultados estatísticos significativos, pode apenas afirmar-se que o grupo que aparenta ter maior satisfação é o reabilitado com PPR esquelética bimaxilar, com uma média de satisfação de 35,1 valores e o que parece estar menos satisfeito com a sua reabilitação é o grupo reabilitado com PTR unimaxilar, que apresenta uma média de satisfação de 26,9 valores.

Como seria de esperar, as próteses bimaxilares que apresentam médias mais baixas de satisfação são as totais, o que se deve provavelmente a dependerem inteiramente do rebordo para retenção e estabilidade e este, muitas vezes, estar longe de ter as características ideais por forma a maximizar estes aspetos.

O resultado de satisfação para as PTR unimaxilares coaduna-se com o resultado obtido no questionário OHIP-14: os pacientes assim reabilitados percecionam maior impacto da

desdentação na OHRQoL e, apesar de obterem nesse parâmetro benefício significativo com a sua reabilitação, continuam pouco satisfeitos com a mesma. Estes reportaram maior desconforto com a prótese maxilar do que os reabilitados com PTR bimaxilar. Como referido anteriormente, isto pode dever-se ao facto de, na arcada oposta, os primeiros apresentarem dentes naturais, tendo tendência a comparar a reabilitação com os mesmos e tendo maior perceção das suas limitações. Para além disso, pode ser um motivo de desconforto os contactos oclusais apresentarem-se mais pronunciados nos dentes da prótese que ocluem com dentes naturais, sendo assim maior a transmissão das forças mastigatórias a certas áreas do rebordo.

Nas reabilitações bimaxilares com PPR, os reabilitados com prótese acrílica e esquelética obtiveram resultados semelhantes de satisfação, no entanto, a falta de diferença significativa pode dever-se à desigualdade de pacientes por amostra. Dentro deste grupo, ao realizar-se a divisão em desdentações com selas distais livres uni/bilaterais e em desdentações com selas intercaladas, os níveis de satisfação permaneceram estatisticamente semelhantes, mas mais uma vez se verifica que a amostra das PPR acrílicas é muito reduzida (apenas 2 doentes com desdentações com selas intercaladas) e não garante significado estatístico.

Quanto às reabilitações unimaxilares, a satisfação é semelhante nos reabilitados com PPR esqueléticas ou acrílicas. O que se constatou foi, no entanto, que pacientes reabilitados com PPR acrílica mandibular se encontram menos satisfeitos do que os reabilitados com PPR esquelética mandibular quanto à capacidade de fonação conferido pela prótese. Este achado pode dever-se ao facto de próteses mandibulares apresentarem piores características de retenção e estabilidade, o que provavelmente interfere com a fonação dos pacientes assim reabilitados. A extensão da prótese pode também afetar esta capacidade uma vez que alguns movimentos da língua e lábios para articular palavras podem, caso os rebordos da prótese estejam sobre-extendidos, deslocar a prótese e perturbar a estabilidade, afetando também a fonação. Como se tratava do primeiro controlo, este problema podia ainda não ter sido resolvido aquando do preenchimento do QSP levando assim a maior insatisfação neste parâmetro.

Por fim, relativamente às variáveis idade, género e experiência prévia com a reabilitação protética, nenhuma destas mostrou diferenças significativas em nenhum dos grupos analisados o que significa que os níveis de satisfação não diferem entre pacientes mais jovens ou maiores de 65 anos, não diferem entre mulheres e homens e também não são diferentes consoante o paciente tenha utilizado ou não prótese removível, indicando que a satisfação, pelo menos quanto aos parâmetros avaliados por este questionário, está maioritariamente

associada a fatores inerentes à prótese e qualidade da reabilitação percebida pelo paciente e não a estes fatores sociodemográficos.

Perspetivas futuras

No âmbito da continuação de exploração deste tema e por forma a colmatar algumas limitações deste estudo, seria pertinente voltar a aplicar estes inquéritos (OHIP-14 e QSP) aos pacientes reabilitados que participaram deste estudo, por forma a avaliar a sua OHRQoL e satisfação com a reabilitação ao longo do tempo, avaliando se há ou não melhoria destes valores e se os fatores condicionantes abordados neste estudo continuam a ter influência nos mesmos. Um estudo com um período de “follow-up” maior e um número de questionários mais elevado ao longo do tempo permitiria obter mais informação sobre alguns dos achados inesperados deste estudo e talvez concluir algo sobre os mesmos.

Seria útil também alargar este estudo a clínicas privadas de medicina dentária, para além dos serviços de saúde públicos, pois dessa forma ter-se-ia uma amostra menos limitada em termos de fatores socioeconómicos e, à partida, transponível para a população em geral.

Conclusão

A reabilitação protética convencional, apesar das suas limitações, continua a desempenhar um papel importante na reabilitação de pacientes edentulos, e apesar das condicionantes deste estudo, foi possível concluir que:

1- A decisão de ser reabilitado ou não, não se baseou em nenhum fator relacionado com o impacto da desdentação na OHRQoL, tanto pacientes reabilitados como não reabilitados possuíam níveis equiparados de OHRQoL iniciais, o que leva a pensar de que essa tomada de decisão se prende com outros fatores.

2- Este tipo de tratamentos, seja ele para desdentações parciais ou totais, é eficaz na medida em que devolve ao paciente alguma da qualidade de vida exceto no caso das reabilitações com PPR acrílicas

3- O tipo de reabilitação que fornece resultados mais positivos em termos de melhoria da OHRQoL dos doentes é a PTR unimaxilar, seguida da PTR bimaxilar e da PPR esquelética, tendo-se concluído que a PPR acrílica não apresenta benefícios significativos na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos pacientes.

4- A reabilitação com PT acrílicas e PPR esqueléticas constitui uma melhoria na qualidade de vida quotidiana destes indivíduos e em todos os domínios que esta abrange na incapacidade física, psicológica e social.

5- A satisfação protética aparenta estar associada a fatores protéticos clínicos e não aos fatores sociodemográficos analisados.

6- As reabilitações com PTR unimaxilar, ao contrário do esperado, correspondem a níveis de satisfação mais baixos do que as PTR bimaxilares.

Assim, é importante que os pacientes estejam a par do plano de tratamento e sejam ativamente envolvidos na escolha do seu tipo de reabilitação, devendo o médico dentista esclarecer as vantagens e possíveis limitações inerentes a cada tipo de reabilitação, no que

se refere à sua qualidade de vida pré e pós reabilitação e à satisfação dos indivíduos com a reabilitação.

Bibliografia

1. Thalji, G., McGraw, K., & Cooper, L. (2017). Maxillary Complete Denture Outcomes: A Systematic Review of Patient-Based Outcomes. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 31, s169–s181. <https://doi.org/10.11607/jomi.16suppl.g5.1>
2. Albaker, A. M. (2013). The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with Conventional complete dentures. *Gerodontology*, 30(1), 61–66. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00645.x>
3. Müller, F. (2014). Interventions for edentate elders--what is the evidence? *Gerodontology*, 31, 44–51. <https://doi.org/10.1111/ger.12083>
4. Turkyilmaz, I., Company, A. M., & McGlumphy, E. A. (2010). Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? the use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology*, 27(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00294.x>
5. Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90(11), 1264–1270. <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>
6. Horn, J. G. (2012). Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Removable Dentures.
7. Hebling, E., & Pereira, A. C. (2007). Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology*, 24(3), 151–161. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2007.00178.x>
8. Ali, Z., Baker, S., Barabari, P. & Martin, N. (2017) Efficacy of Removable Partial Denture Treatment: A Retrospective Oral Health-Related Quality of Life Evaluation. *European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry* 25, 101-107
9. Al-Imam, H., Özhayat, E. B., Benetti, A. R., Pedersen, A. M. L., & Gotfredsen, K. (2016). Oral health-related quality of life and complications after treatment with partial removable dental prosthesis. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43(1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/joor.12338>
10. De Kok, I. J., Cooper, L. F., Guckes, A. D., McGraw, K., Wright, R. F., Barrero, C. J., ... Stoner, L. O. (2017). Factors Influencing Removable Partial Denture Patient-Reported

Outcomes of Quality of Life and Satisfaction: A Systematic Review. *Journal of Prosthodontics*, 26(1), 5–18. <https://doi.org/10.1111/jopr.12526>

11. Gerritsen, A. E., Allen, P. F., Witter, D. J., Bronkhorst, E. M., & Creugers, N. H. J. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>
12. Charyeva, O. O., Altynbekov, K. D., & Nysanova, B. Z. (2012). Kennedy Classification and Treatment Options: A Study of Partially Edentulous Patients Being Treated in a Specialized Prosthetic Clinic. *Journal of Prosthodontics*, 21(3), 177–180. <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2011.00809.x>
13. Niarchou, A. P., Ntala, P. C., Karamanoli, E. P., Polyzois, G. L., & Frangou, M. J. (2011). Partial edentulism and removable partial denture design in a dental school population: A survey in Greece. *Gerodontology*, 28(3), 177–183. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00382.x>
14. Torres, B. L. M., Costa, F. O., Modena, C. M., Cota, L. O. M., Côrtes, M. I. S., & Seraidarian, P. I. (2011). Association between personality traits and quality of life in patients treated with conventional mandibular dentures or implant-supported overdentures. *Journal of Oral Rehabilitation*, 38(6), 454–461. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02165.x>
15. Heydecke, G., Locker, D., Awad, M. A., Lund, J. P., & Feine, J. S. (2003). Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(3), 161–168. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.00029.x>
16. Jenei, Á., Sándor, J., Hegedűs, C., Bágyi, K., Nagy, L., Kiss, C., ... Márton, I. J. (2015). Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: a longitudinal study with the OHIP questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0289-2>
17. John, M. T., Rener-Sitar, K., Baba, K., Čelebić, A., Larsson, P., Szabo, G., ... Reissmann, D. R. (2016). Patterns of impaired oral health-related quality of life dimensions. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43(7), 519–527. <https://doi.org/10.1111/joor.12396>
18. Özhayat, E. (2013). Influence of negative affectivity and self-esteem on the oral health related quality of life in patients receiving oral rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 178. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-178>

19. Zucoloto, M. L., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2014). Psychometric Properties of the Oral Health Impact Profile and New Methodological Approach. *Journal of Dental Research*, 93(7), 645–650. <https://doi.org/10.1177/0022034514533798>
20. Santucci, D., Camilleri, L., & Attard, N. (2014). Development of a Maltese Version of Oral Health–Associated Questionnaires: OHIP-14, GOHAI, and the Denture Satisfaction Questionnaire. *The International Journal of Prosthodontics*, 27(1), 44–49. <https://doi.org/10.11607/ijp.3603>
21. Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., & Rebelo, M. A. B. (2011). Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl 1), 1007–1015. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700033>
22. McGrath, C., & Bedi, R. (2002). Severe tooth loss among UK adults--who goes for oral rehabilitation? *Journal of Oral Rehabilitation*, 29, 240–244.
23. Leles, C. R., Martins, R. R., Silva, E. T., & Nunes, M. F. (2009). Discriminant analysis of patients' reasons for choosing or refusing treatments for partial edentulism. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(12), 909–915. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.02018.x>
24. Teófilo, L. T., & Leles, C. R. (2007). Patients' self-perceived impacts and prosthodontic needs at the time and after tooth loss. *Brazilian Dental Journal*, 18(2), 91–96. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402007000200001>
25. Stober, T., Danner, D., Lehmann, F., Séché, A.-C., Rammelsberg, P., & Hassel, A. J. (2012). Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. *Clinical Oral Investigations*, 16(1), 313–318. <https://doi.org/10.1007/s00784-010-0483-x>
26. Viola, A. P., Takamiya, A. S., Monteiro, D. R., & Barbosa, D. B. (2013). Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil. *Journal of Prosthodontic Research*, 57(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2012.08.003>
27. Gurevich, K., Fabrikant, E., Hassan, M., & Aqou, S. (2014). Oral Health–Related Quality of Life in Partially Edentulous Patients Treated with Removable, Fixed, Fixed-Removable, and Implant-Supported Prosthodontics. *The International Journal of Prosthodontics*, 27(4), 338–347. <https://doi.org/10.11607/ijp.3692>

28. Baran, I., & Nalcaci, R. (2011). Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.07.002>
29. Aarabi, G., John, M. T., Schierz, O., Heydecke, G., & Reissmann, D. R. (2015). The course of prosthodontic patients' oral health-related quality of life over a period of 2 years. *Journal of Dentistry*, 43(2), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2014.09.006>
30. Shigli, K., & Hebbal, M. (2010). Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using geriatric oral health assessment index. *Gerodontology*, 27(3), 167–173. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00323.x>
31. Yen, Y.-Y., Lee, H.-E., Wu, Y.-M., Lan, S.-J., Wang, W.-C., Du, J.-K., ... Hsu, K.-J. (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*, 15(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-1>
32. Montero, J., Castillo-Oyagüe, R., Lynch, C. D., Albaladejo, A., & Castaño, A. (2013). Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *Journal of Dentistry*, 41(6), 493–503. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.01.006>
33. Özhayat, E. B., & Gotfredsen, K. (2013). Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(1), 113–119. <https://doi.org/10.3109/00016357.2011.654249>
34. Leles, C. R., Morandini, W. J., Da Silva, É. T., De F. Nunes, M., & Freire, M. C. M. (2008). Assessing perceived potential outcomes of prosthodontic treatment in partial and fully edentulous patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(9), 682–689. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2007.01839.x>
35. McKenna, G., Allen, P. F., O'Mahony, D., Cronin, M., Damata, C., & Woods, N. (2015). The impact of rehabilitation using removable partial dentures and functionally orientated treatment on oral health-related quality of life: A randomised controlled clinical trial. *Journal of Dentistry*, 43(1), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2014.06.006>

36. Özhayat, E. B., & Gotfredsen, K. (2012). Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(1), 28–36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02245.x>
37. Kimura, A., Arakawa, H., Noda, K., Yamazaki, S., Hara, E. S., Mino, T., ... Kuboki, T. (2012). Response shift in oral health-related quality of life measurement in patients with partial edentulism. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(1), 44–54. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02241.x>
38. Shaghaghian, S., Taghva, M., Abduo, J., & Bagheri, R. (2015). Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/joor.12221>

ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC



COMISSÃO DE ÉTICA

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Instruções: o(a) aluno(a)/investigador(a) deve preencher os campos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 em computador. Posteriormente, assina o formulário e entrega-o nos **Serviços de Gestão Académica da FMUC** (em caso de se tratar de um projecto de investigação inserido num curso de mestrado e/ou doutoramento) **OU** no **Secretariado Executivo - CE** (em caso de se tratar de um projecto de investigação autónomo). O processo deve ser entregue em PAPEL e EM SUPORTE DIGITAL, juntamente com os anexos constantes dos pontos 3 e 4 (se aplicável) e **COM OS CONSENTIMENTOS DESCRITOS NO PONTO 11.**

NOTAS IMPORTANTES:

1. A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina analisa apenas o presente formulário e anexos, pelo que importa que o mesmo seja preenchido de forma a descrever todo o projecto (objectivos, justificação científica, plano da investigação, etc.)
2. **NÃO** deverá **DEIXAR CAMPOS EM BRANCO**. Em caso de algum dos itens não se aplicar, colocar o texto "Não se aplica".
3. *Todas as comunicações serão efectuadas via e-mail.*

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)/INVESTIGADOR(A) PRINCIPALNome (completo): Morada: C. Postal: - Localidade: Telemóvel: Endereço de e-mail: **1.1. IDENTIFICAÇÃO DO(S) CO-INVESTIGADOR(ES) (se aplicável)**Nome (completo): Telemóvel: Endereço de e-mail: Nome (completo): Telemóvel: Endereço de e-mail: Nome (completo): Telemóvel: Endereço de e-mail: Nome (completo): Telemóvel: Endereço de e-mail: Nome (completo): Telemóvel: Endereço de e-mail: **2. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO**Modalidade do projecto: Título do projecto:

Serviço(s) onde o projecto será executado:

Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?

Em caso afirmativo indique-os:

Descreva sucintamente os objectivos da investigação:

O objectivo principal consiste em avaliar o impacto da reabilitação oral protética na qualidade de vida dos pacientes relacionada com a saúde oral através da análise de questionários preenchidos pelos próprios pacientes antes e depois da reabilitação protética. Serão avaliados parâmetros como a melhoria ou não na função mastigatória, no conforto do paciente e até nas suas relações interpessoais após a colocação de prótese removível. São objectivos secundário do estudo avaliar a qualidade e satisfação dos pacientes quanto às reabilitações realizadas na Área de Medicina Dentária da FMUC e noutras clínicas e estabelecer qual o perfil de pacientes que é reabilitado nessas instituições.

3. OUTROS DADOS SOBRE O PROJECTO

A Investigação proposta envolve Exames Complementares

Em caso afirmativo, por favor, indique:

Tipo:
 Frequência:
 Natureza da amostra:

(NOTA: Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou se serão executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes).

A Investigação proposta envolve Questionários?

Em caso afirmativo, por favor, indique:

A quem são feitos?

Como será mantida a confidencialidade?

(NOTA: Junto 1 exemplar do questionário que será utilizado).

4. ENSAIOS CLÍNICOS DE NOVOS FÁRMACOS

Tipo de ensaio:

Tipo de fármaco:

Nome(s) Genérico(s):
 Grupo farmacológico ou terapêutico:
 Aprovação noutros países:
 Aprovação pelo INFARMED:
 Fármaco:
 Forma Medicamentosa:
 Indicação terapêutica contemplada na investigação:
 Posologia contemplada na investigação:
 Via de administração contemplada na investigação:
 Tipo de Ensaio:
 Comparação com placebo:
 Comparação com fármaco padrão:
 Ensaio com dupla ocultação randomizado:
 Ensaio aberto:
 Outro tipo (especifique):

(NOTA: 1 - No caso de medicamentos já aprovados oficialmente junto a bula oficial do produto comercializado.

2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados, junto documento do fabricante, certificando a segurança do produto no qual conste a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.)

5. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

(descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique, em particular, se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e a avaliar os possíveis efeitos adversos).

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral é um conceito multidimensional que se refere ao grau de perturbação que as condições orais podem provocar nas actividades do dia-a-dia. Actualmente, com o crescimento da população mundial e o aumento da esperança média de vida, é expectável que haja uma crescente procura por reabilitações orais recorrendo a próteses removíveis, totais ou parciais, uma vez que, embora o sucesso das reabilitações com implantes seja inequívoco, as próteses convencionais apresentam vantagens como um menor preço e maior facilidade de fabrico sem os riscos associados à cirurgia de colocação de implantes. Na literatura científica podem encontrar-se vários estudos sobre a melhoria da qualidade de vida após reabilitação oral, no entanto a maioria aborda apenas reabilitações fixas. Assim, torna-se fundamental a realização de estudos que averiguem de que forma e em que grau a reabilitação protética removível afecta a

qualidade de vida do doente por forma a identificar pontos negativos neste tipo de tratamento, ajudando a minimizá-los.

6. DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO

Número: As mulheres grávidas são excluídas?

Indique como se processará o recrutamento dos doentes:

Os doentes serão seleccionados dentro duma população de indivíduos maiores de idade, da lista de inscritos numa consulta de protodontia removível que necessitam de reabilitação oral com prótese removível parcial ou total, mandibular, maxilar ou ambas.

7. CONTROLOS

Número:

Indique, por favor, como serão escolhidos:

SÃO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO ESTUDO: HOMENS E MULHERES COM, PELO MENOS, 18 ANOS DE IDADE, APRESENTANDO BOM ESTADO DE SAÚDE GERAL; PRESENÇA DE DESDENTÇÃO EM QUALQUER QUADRANTE; DOENTE PRETENDE REABILITAÇÃO COM PRÓTESE REMOVÍVEL CONVENCIONAL DA ZONA EDÉNTULA; OS DOENTES COMPROMETEM-SE A COMPARECER ÀS CONSULTAS DE CONTROLO DURANTE O TEMPO DE DURAÇÃO DO ESTUDO; OS DOENTES APRESENTAM CAPACIDADE INTELECTUAL PARA COMPREENDER E RESPONDER AOS QUESTIONÁRIOS QUE LHEM SERÃO APRESENTADOS. SÃO CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO ESTUDO: HOMENS OU MULHERES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE; DOENTES QUE ESCOLHAM OUTRO TIPO DE REABILITAÇÃO COMO PRÓTESE FIXA OU QUE ESCOLHAM NÃO REALIZAR QUALQUER TRATAMENTO; DOENTES QUE NÃO APRESENTEM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO DOS QUESTIONÁRIOS QUE LHEM SERÃO APRESENTADOS

8. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO

Tratando-se de um estudo prospetivo observacional, o investigador entregará ao paciente um questionário que será preenchido por este último numa consulta anterior à colocação da prótese removível. Após a colocação da prótese removível, o paciente preencherá da mesma forma o mesmo questionário relativo à qualidade de vida relacionada com a saúde oral e um outro questionário sobre a satisfação relativamente à reabilitação protética. Quanto à interpretação de resultados os pacientes, que preencheram ambos os questionários serão divididos em A- pacientes reabilitados com prótese removível parcial e B- pacientes reabilitados com prótese removível total.

9. ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES (dietas especiais, medicamentos, radioisótopos, contrastes radiológicos, etc.)

Ortopantomografia

10. RISCO/BENEFÍCIO

Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?

Nenhuns

Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo?

Nenhuns

Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?

Em caso afirmativo, por favor, indique as medidas que serão tomadas para assegurar a confidencialidade:

Codificação dos doentes

Os doentes que não aceitarem participar no estudo ficarão, por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes:

Não

11. CONSENTIMENTO

A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.

(Nota: Deverá juntar um exemplar do Texto de Consentimento Informado a assinar pelo doente/voluntário ou representante legal. No Secretariado da Comissão de Ética da FMUC encontra-se disponível um texto de consentimento informado padrão, validado pela Comissão, que será disponibilizado aos interessados, quando requerido.)

Descreva resumidamente o conteúdo da informação a transmitir ao doente:

O doente será informado de forma clara do objectivo do estudo e que não existirão para ele riscos ou benefícios imediatos pela sua participação. Terá também conhecimento das formas de tratamento alternativas como, quando possível, soluções implanto-suportadas. Ser-lhe-á comunicado que os seus dados pessoais serão confidenciais sendo tratados com respeito à sua intimidade, regendo-se pela normativa vigente de protecção de dados, tendo o doente direito ao acesso a essa informação, possibilidade de a rectificar, cancelar ou opôr-se, podendo exercer esse direito mediante solicitação ao médico-dentista responsável que figura na documentação. Será informado de que a sua participação no estudo implica que autorize a utilização de todos os dados e registos clínicos obtidos para fins de investigação e docência.

A investigação ou estudo envolve:

Menores de 14 anos: Não
Inimputáveis: Não

Em caso afirmativo, por favor, indique as medidas que serão tomadas para respeitar os seus direitos e obter o seu consentimento esclarecido ou dos seus representantes legais:

12. RELATIVAMENTE AO ESTUDO

Data prevista de início: **1/12/2017**

Data prevista de conclusão: **31/5/2018**

Pagamento aos doentes:

Pelas deslocações: Não
Pelas faltas ao serviço: Não
Por danos resultantes da sua participação no estudo: Não

Em caso afirmativo, por favor, especifique a entidade que assume a responsabilidade das indemnizações:

Outro tipo de pagamentos (especifique):

Do estudo, resulta alguma espécie de benefício financeiro ou outro para o investigador e/ou instituição?

Não

Em caso afirmativo, por favor, especifique:

Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva de companhia farmacêutica ou outra entidade?

Sim

Em caso afirmativo, por favor, especifique a entidade:

Qual a forma de atribuição dos eventuais direitos de propriedade intelectual constituídos ou reconhecidos?

Patentes:

Certificados complementares de protecção para medicamentos de uso humano:

Perbententes em exclusivo ao Investigador:

Perbententes em exclusivo à Universidade ou a outra entidade:

Perbententes em regime de contitularidade ao Investigador, Universidade ou a outra entidade:

Não se aplica:

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: A qualidade de vida relacionada com a saúde oral em doentes desdentados reabilitados com prótese removível vs não reabilitados

PROTOCOLO Nº

PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

INVESTIGADOR COORDENADOR Pedro Miguel Gomes Nicolau

CENTRO DE ESTUDO FMUC - Área de Medicina Dentária

INVESTIGADOR PRINCIPAL Inês Daniela Freitas da Silva Roxo

MORADA Rua Nº Sra. da Paz Nº 285 Montemor-o-Velho, 3140 - 203

CONTACTO TELEFÓNICO 918176257

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA) _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque pretende realizar uma reabilitação oral com prótese removível parcial ou total.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o impacto da reabilitação oral com prótese removível na qualidade de vida.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com o objectivo de avaliar o impacto da reabilitação oral protética removível na qualidade de vida dos doentes.

Trata-se de um estudo prospetivo observacional, pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa protecção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Este estudo tem por objectivo avaliar o impacto da reabilitação oral protética removível na qualidade de vida dos doentes.

Serão incluídos 50 doentes.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

História Clínica

Um médico do estudo recolherá informação referente à sua história médica geral bem como características da sua cavidade oral determinantes do tipo de reabilitação protética removível a realizar.

Preenchimento de inquéritos

O doente responderá a um questionário escrito sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral antes do término da reabilitação com prótese removível e, após o término desta, ao mesmo inquérito e a um questionário de satisfação protética.

2.2. Calendário das visitas/ Duração:

Este estudo consiste em pelo menos duas visitas com duração de cerca de 2 horas.

Descrição dos Procedimento:

Serão realizados os seguintes procedimentos/exames:

- Revisão da história clínica geral e de prótese removível do doente;
- Preenchimento pelo doente de questionários.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Codificação dos pacientes. Os dados pessoais serão confidenciais sendo tratados com respeito à sua intimidade, regendo-se pela normativa vigente de protecção de dados, tendo o doente direito ao acesso a essa informação, possibilidade de a rectificar, cancelar ou opôr-se, podendo exercer esse direito mediante solicitação ao médico-dentista responsável que figura na documentação.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Nenhuns

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de estudar o seu tipo de reabilitação protética e permitir um melhor conhecimento do impacto que a mesma tem na sua qualidade de vida. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos médicos de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes com situações idênticas à sua e por consequência melhorar a sua qualidade de vida.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

7. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica directamente ou através do seu médico neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica relacionados com o tipo de reabilitação protética utilizada.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica directamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido correctamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

8. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

9. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707

e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Inês Daniela Freitas da Silva Roxo,

Nº 285 Rua Nº Sra. Da Paz, Montemor-o-Velho, 3140-203

Telemóvel 918176257

e-mail: ines.roxo@hotmail.com

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.

7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida (OHIP-14-PT)

INSTRUÇÕES

QUESTIONÁRIO

Este questionário pergunta de que forma transtornos com os seus dentes, boca ou próteses podem causar-lhe problemas no seu dia-a-dia.

Gostaríamos que completasse este questionário mesmo que possua boa saúde oral.

Gostaríamos ainda de saber com que frequência experienciou cada um dos 14 problemas apresentados, durante o ÚLTIMO ANO.

COMO RESPONDER ÀS QUESTÕES

Cada pergunta, à esquerda na folha, questiona-o sobre um determinado problema dentário.

Deverá pensar sobre cada questão à vez e colocar um círculo em redor da resposta, que se encontra no lado direito da folha, indicando com que frequência experienciou o problema durante o último ano.

EXEMPLO - Se sentiu dor *MUITAS VEZES* na sua boca, deve colocar um círculo em redor da resposta como demonstra o exemplo.

3. Teve dor na sua boca?

SEMPRE

MUITAS
VEZES

ÀS
VEZES

QUASE
NUNCA

NUNCA

COM QUE FREQUÊNCIA experienciou o problema no ÚLTIMO ANO?

(coloque um círculo em redor da resposta)

1. Teve problemas a pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
2. Sentiu que o seu gosto tenha diminuído devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
3. Teve dor na sua boca?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
4. Sentiu-se desconfortável com alguma comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
5. Esteve constrangido devido aos seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
6. Sentiu-se tenso devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
7. A sua dieta foi insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
8. Teve que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
9. Achou difícil relaxar devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
10. Sentiu-se inibido devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
11. Sentiu-se irritado com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
12. Sentiu dificuldade nas suas ocupações habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
13. Sentiu que a sua vida em geral fosse menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
14. Sentiu-se totalmente incapaz de se mover devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses?	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA

Questionário de Satisfação Protética

INSTRUÇÕES

QUESTIONÁRIO

Este questionário pretende saber o quão satisfeito se encontra com a(s) sua(s) prótese(s) dentária(s).

COMO RESPONDER ÀS QUESTÕES

Cada pergunta, à esquerda na folha, questiona-o sobre um determinado parâmetro relacionado com a(s) sua(s) prótese(s) dentária(s).

Deverá pensar sobre cada questão à vez e colocar um círculo em redor da resposta, que se encontra no lado direito da folha, indicando o seu nível de satisfação.

EXEMPLO - Se se sente *POUCO SATISFEITO* com a sua prótese maxilar (superior), deve colocar um círculo em redor da resposta como demonstra o exemplo.

1. Quão satisfeito se sente com a sua prótese maxilar (superior)?
- | | | | | | |
|-----------------------|------------------|--------------------------|---|-----------------|---------------|
| Totalmente Satisfeito | Muito Satisfeito | Moderadamente Satisfeito | <input checked="" type="radio"/> Pouco Satisfeito | Nada Satisfeito | Não Aplicável |
|-----------------------|------------------|--------------------------|---|-----------------|---------------|

QUÃO SATISFEITO se encontra com a(s) sua(s) PRÓTESE(S) DENTÁRIA(S)?

(coloque um círculo em redor da resposta)

1. Quão satisfeito se sente com a sua prótese maxilar (superior)?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
2. Quão satisfeito se sente com a sua prótese mandibular (inferior)?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
3. Quão satisfeito se sente com a retenção da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
4. Quão satisfeito se sente com a retenção da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
5. Quão satisfeito se sente com a estabilidade da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
6. Quão satisfeito se sente com a estabilidade da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
7. Quão satisfeito se sente com o conforto da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
8. Quão satisfeito se sente com o conforto da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
9. Quão satisfeito se sente com a oclusão das suas próteses?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
10. Quão satisfeito se sente com a aparência da sua prótese maxilar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
11. Quão satisfeito se sente com a aparência da sua prótese mandibular?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável
12. Quão satisfeito se sente com a capacidade que as suas próteses lhe dão de falar?	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	Não Aplicável