



**CATOLICA**  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

---

UISEU

**IMPACTO DA PRÓTESE REMOVÍVEL NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA COM SAÚDE ORAL E SATISFAÇÃO  
PROTÉTICA – FOLLOW-UP APÓS UM ANO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

**Juliana Oliveira Marcelino**

Viseu, 2024





**CATÓLICA**  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

---

VISEU

**IMPACTO DA PRÓTESE REMOVÍVEL NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA COM SAÚDE ORAL E SATISFAÇÃO  
PROTÉTICA – FOLLOW-UP APÓS UM ANO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

**Juliana Oliveira Marcelino**

Orientador: Professora Doutora Rita Bornes

Coorientador: Professora Doutora Cristina Figueiredo

Coorientador: Mestre Ana Margarida Silva



## Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Anna Carolina Volpi Melo de Moura  
Professor associado

Arguente: Nélio Jorge Veiga  
Professor associado

Orientador: Rita Bornes  
Professor auxiliar convidado

Data das provas públicas: 11 / 10 / 2024

Validação e confirmação pelos serviços escolares:

\_\_\_\_\_  
\_\_ / \_\_ / \_\_



## Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Rita Bornes pela paciência e diligência; às minhas coorientadoras Professora Doutora Cristina Figueiredo e Mestre Ana Margarida Silva pela amizade e apoio despendido; aos amigos que criei nesta trajetória; ao meu trinómio, Kelly Figueredo e César Silva, que se tornaram o meu porto seguro; ao meu gato, Coocky, que me confortou com o seu ronronar nos meus dias menos bons; ao meu namorado, Rafael Kullmann, por cada abraço reconfortante, por cada gargalhada que me foi arrancada e por cada palavra de motivação; à minha irmã, Daniela Marcelino, por me compreender melhor do que ninguém, por me incentivar em todas as minhas decisões e pelo amor incondicional, ao meu pai, Manuel Marcelino, por todas as noites em branco, por todo o carinho e compreensão, por todos presentes que fingi surpresa ao encontrar na minha mala na volta para Viseu e por me ensinar que tenho o direito de errar, mas o dever de corrigir; e à minha mãe, Assunção Marcelino, por ser incansável por mim, por cada miminho, por conseguir controlar a minha ansiedade com apenas uma chamada, por ser o meu despertador, por me receber sempre com um sorriso e muitos beijinhos.



## Resumo

**Introdução:** O aumento da necessidade de reabilitação oral está relacionado ao envelhecimento populacional. A prostodontia removível é comum em Portugal, tendo um efeito significativo na qualidade de vida dos portadores. O sucesso do tratamento depende de fatores como o desenho protético, o tipo de reabilitação e aspetos psicossociais.

**Objetivos:** O estudo visa determinar se o uso de prótese removível melhora a qualidade de vida, considerando aspetos físicos, emocionais e sociais. Procura-se também identificar possíveis problemas associados à sua utilização que possam prejudicar a qualidade de vida dos pacientes. Com base nas dificuldades relatadas, pretende-se desenvolver soluções práticas para resolver ou minimizar essas questões.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional transversal realizado com uma amostra de 27 pacientes reabilitados com prótese removível na Clínica Dentária Universitária da UCP. Foram recolhidos dados sociodemográficos, classificação de Kennedy e aplicados os questionários OHIP-14, GOHAI e QSPM. Todos os dados foram analisados estatisticamente pelo SPSS 28.0.

**Resultados:** Observou-se uma predominância de pacientes do sexo feminino, do grupo geriátrico e com Classe III de Kennedy em ambas as arcadas, excetuando na arcada inferior de pacientes com 65 anos ou mais, onde prevaleceu a Classe I. O estudo mostrou impacto reduzido dos problemas orais na vida dos pacientes, com maior queixa de dor física ( $3,92 \pm 1,08$ ) e alta satisfação protética ( $8,81 \pm 2,08$ ). A única diferença significativa foi na dimensão mastigação da Classificação de Kennedy para a arcada superior, com valor de 8,691 ( $p=0,013$ ). No geral, o impacto dos problemas orais foi limitado.

**Conclusão:** A maioria dos pacientes continua a manifestar-se satisfeito em relação à reabilitação, traduzindo-se numa perceção positiva relativamente à sua qualidade de vida, com um impacto mínimo nos aspetos físicos, emocionais e sociais. Ressalva-se que os pacientes relataram dificuldades associadas à capacidade mastigatória, particularmente na mastigação de alimentos mais duros.

**Palavras-Chave:** Prótese removível; Qualidade de vida; Saúde oral; Grau de satisfação.

# Abstract

**Introduction:** The increased need for oral rehabilitation is related to population aging. Removable prosthodontics is common in Portugal, having a significant effect on the quality of life of patients. The success of the treatment depends on factors such as prosthetic design, type of rehabilitation and psychosocial aspects.

**Objectives:** The study aims to determine whether the use of removable prostheses improves quality of life, considering physical, emotional and social aspects. We also seek to identify possible problems associated with its use that could harm patients' quality of life. Based on the reported difficulties, we intend to develop practical solutions to resolve or minimize these issues.

**Materials and methods:** Cross-sectional observational study carried out with a sample of 27 patients rehabilitated with removable prostheses at the UCP University Dental Clinic. Sociodemographic data, Kennedy classification were collected and the OHIP-14, GOHAI and QSPM questionnaires were applied. All data were statistically analyzed by SPSS 28.0.

**Results:** There was a predominance of female patients, from the geriatric group and with Kennedy Class III in both arches, except in the lower arch of patients aged 65 years or over, where Class I prevailed. The study showed a reduced impact of oral problems in patients' lives, with greater complaints of physical pain ( $3.92 \pm 1.08$ ) and high prosthetic satisfaction ( $8.81 \pm 2.08$ ). The only significant difference was in the chewing dimension of the Kennedy Classification for the upper arch, with a value of 8.691 ( $p=0.013$ ). Overall, the impact of oral problems was limited.

**Conclusion:** The majority of patients continue to express satisfaction regarding rehabilitation, translating into a positive perception regarding their quality of life, with minimal impact on physical, emotional and social aspects. It is noteworthy that patients reported difficulties associated with chewing capacity, particularly when chewing harder foods.

**Keywords:** Removable prosthesis; Quality of life; Oral health; Degree of satisfaction.



# Índice

Agradecimentos .....	VII
Resumo .....	IX
Abstract .....	X
SIGLAS.....	XVI
1. Introdução .....	3
1.1 Etiologia do Edentulismo e Fatores Associados .....	4
1.1.1. Extrações dentárias e cárie.....	6
1.1.2. Periodontite .....	6
1.2. Reabilitação Protética.....	7
1.3. Prótese Removível.....	7
1.4. Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral .....	9
2. OBJETIVOS .....	14
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
3.1. Desenho do estudo.....	18
3.2. Caracterização da população.....	18
3.3. Instrumentos de recolha de dados .....	19
3.3.1. <i>Oral Health Impact Profile (OHIP-14)</i> .....	19
3.3.2. <i>Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)</i> .....	20
3.3.3. Questionário de satisfação protética de <i>McGill (QSPM)</i> .....	20
3.4. Procedimentos estatísticos .....	21
3.5. Parecer da Comissão de Ética .....	21
4. RESULTADOS .....	26
4.1. Análise sociodemográfica .....	26
4.2. Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14) .....	27

4.3. Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI) .....	31
4.4. Questionário de satisfação protética de McGill .....	34
5. Discussão .....	42
5.1. Análise sociodemográfica.....	42
5.2. Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14) .....	43
5.3. Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI).....	44
5.4. Questionário de satisfação protética de <i>McGill</i> .....	45
6. Conclusão.....	50
7. Bibliografia .....	54

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (sexo e idade) .....	26
<b>Tabela 2</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (Classificação de Kennedy) em T1 .....	27
<b>Tabela 3</b> - Caracterização do instrumento OHIP-14 em T1 .....	28
<b>Tabela 4</b> - Resultados do OHIP-14 quanto à Classificação de Kennedy na arcada superior em T1 .....	29
<b>Tabela 5</b> - Resultados do OHIP-14 quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior em T1 .....	30
<b>Tabela 6</b> - Caracterização do instrumento GOHAI em T1 .....	32
<b>Tabela 7</b> - Resultados do GOHAI quanto à Classificação de Kennedy na arcada superior	33
<b>Tabela 8</b> - Resultados do GOHAI quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior.	33
<b>Tabela 9</b> - Caracterização do Questionário de satisfação protética de McGill em T1	35
<b>Tabela 10</b> - Comparação dos resultados do Questionário de Satisfação Protética de McGill entre grupos etários em T1 .....	36
<b>Tabela 11</b> - Resultados do Questionário de satisfação protética de McGill quanto à Classificação de Kennedy na arcada superior em T1 .....	37
<b>Tabela 12</b> - Resultados do Questionário de satisfação protética de McGill quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior em T1 .....	38



## ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ATM – Articulação Temporomandibular

CEPSH-UC – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – Universidade Católica

DTM – Disfunção Temporomandibular

FMDUCP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

OHIP-14 – Oral health impact profile – 14

GOHAI – Geriatric oral health assessment index

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Prótese acrílica

PE – Prótese esquelética

QSPM– Questionário de satisfação protética de McGill

SPSS – *Software Statistical Package for the Social Sciences*



# INTRODUÇÃO



# 1. Introdução

Com o aumento dos recursos económicos e uma substancial melhoria na nutrição, na educação, na salubridade e, principalmente, na melhoria de cuidados médicos, assistimos hoje a um aumento da esperança média de vida. Em particular, a percentagem da população com 60 anos ou mais no mundo está a crescer a um ritmo mais rápido do que a de outros grupos etários, o que é uma manifestação do envelhecimento da população mundial (1). A percentagem da população mundial incluídos nesta faixa etária está a aumentar 3% todos os anos e a Europa é demograficamente o continente mais envelhecido do mundo, cuja percentagem desta população ascende a 25%. O envelhecimento rápido está também a ocorrer noutras regiões. Consequentemente, no ano de 2050, praticamente em todo o mundo, excluindo África, as pessoas com 60 anos ou mais representarão um quarto da população total (1). De acordo com as previsões da ONU, em 2030, esta população ascenderá a 3,1 mil milhões de pessoas sendo que nos países desenvolvidos existe uma forte tendência para o aumento dinâmico do número de pessoas com mais de 80 anos na estrutura total da população (1). É neste grupo populacional que a percentagem de pessoas que necessitam de cuidados de saúde está a aumentar. Entre 2000 e 2050, prevê-se que esta percentagem aumente de 70 milhões para 401 milhões, respetivamente (1).

O edentulismo afeta a fala, a mastigação, a estética e o bem-estar psicológico dos indivíduos. Este é um fator constantemente descrito como uma condição natural do envelhecimento e não como uma condição associada à presença de lesões de cárie, doenças periodontais não tratadas ou doenças relacionadas com a falta de programas e políticas preventivas direcionadas à população (2).

Os avanços da medicina dentária têm permitido cada vez mais a prevenção de diversas patologias orais, originando a preservação de peças dentárias, permitindo aos indivíduos a manutenção dos seus dentes naturais por mais tempo (2,3). Contudo, a patologia oral não foi totalmente eliminada, pelo que a perda dentária continua a ser uma realidade em indivíduos idosos.

A reabilitação oral nesta faixa etária constitui um grande desafio e é de extrema importância para a saúde e qualidade de vida dos idosos. A reabilitação oral protética torna-

-se um tratamento possível, económico e pouco invasivo, repondo os dentes e tecidos de suporte em falta, restituindo a função e melhorando a qualidade de vida.

O acesso a cuidados de saúde, incluindo a cuidados de saúde oral, permanece limitado devido a fatores financeiros e sociais, apesar dos avanços na medicina (4,5). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (6) considera o edentulismo como uma questão de saúde pública, afetando a pessoa a nível de saúde física, psicológica e a nível social.

Segundo o Barómetro de Saúde Oral 2023, elaborado pela Ordem dos Médicos Dentistas, 41,1% da população portuguesa tem uma dentição completa, valor que em comparação com o período homólogo de 2022 apresenta um aumento aproximado de 10%, o que permite inferir que efetivamente a população está a ficar mais atenta e sensibilizada para a importância da saúde oral. Relativamente à perda de peças dentárias, a falta de um a cinco dentes é a mais comum, afetando 36,1% da população. Cerca de 6,2% da população portuguesa é desdentada total (7).

A perda de elementos dentários influencia o estado geral de saúde e qualidade de vida de um indivíduo, visto a saúde oral ser fundamental para o bem-estar geral. Esta perda diminui o tónus muscular, dando origem a deformações na face e alterações no sorriso (8). Limita a capacidade de comunicação verbal com dificuldade na articulação das palavras (9). Provoca também dificuldade na mastigação e na deglutição, reduzindo a ingestão variada de alimentos, levando a défices nutricionais e alterações nas preferências alimentares. Essas mudanças geralmente levam a uma dieta pobre em fibras e rica em gorduras e hidratos de carbono, o que pode impactar negativamente a saúde geral do paciente (10,11).

## **1.1 Etiologia do Edentulismo e Fatores Associados**

Tendo em conta os avanços da Medicina Dentária curativa e preventiva, o edentulismo continua a ser um problema para muitos pacientes em todo o mundo. A cárie dentária e as doenças periodontais são as principais causas de perda de elementos dentários, podendo culminar em quadros clínicos de edentulismo, caso não exista um diagnóstico e tratamento atempados (3).

O edentulismo define-se pela perda total ou parcial dos dentes permanentes acometendo indivíduos de diferentes faixas etárias. Normalmente está associado a patologias orais, sendo uma situação irreversível e que representa o desfecho de um processo contínuo de doenças orais e sistémicas. Os pacientes que sofrem de edentulismo apresentam um conjunto de variações físicas e condições de saúde. O edentulismo afeta as demais funções do sistema estomatognático, influenciando diretamente a qualidade de vida do indivíduo (3,12).

O edentulismo completo constitui uma preocupação significativa e conduz a uma redução da qualidade de vida relacionada com a saúde. No entanto, tem-se observado que, devido a serviços de saúde oral melhores e mais alargados a nível mundial, a taxa de edentulismo está a diminuir a cada década. Encontra-se diretamente relacionado com problemas mastigatórios e nutricionais, e alguns autores consideram-no um bom indicador de mortalidade (13,14).

O género apresenta-se como um dos fatores mais importantes na afetação da prevalência do edentulismo. Existem evidências científicas a indicarem que o edentulismo afeta maioritariamente as mulheres, podendo este facto estar relacionado com o facto da esperança média de vida ser mais elevada nas mulheres que vivem, em média, mais cinco anos que os homens (2). Por outro lado, justifica-se este facto com as transformações hormonais que parecem afetar a perda dentária no sexo feminino tanto durante o processo gravídico como na menopausa ou mesmo em casos de diagnóstico de osteoporose (2).

A idade é outro fator relevante que afeta a epidemiologia do edentulismo, sendo evidente que indivíduos mais idosos são mais afetados, e conseqüentemente apresentam mais dificuldades no processo de mastigação, maiores alterações da fala e eventualmente défices nutricionais e estéticos (15,16).

O edentulismo parece estar associado ao aumento do risco de desenvolvimento da disfunção temporomandibular (DTM) devido a alterações na oclusão, podendo causar problemas na articulação temporomandibular (ATM). A ausência de dentes naturais pode também dificultar a mastigação e agravar a DTM. (17,18).

Indivíduos com perda dentária e conseqüente comprometimento estético e funcional provocado por essas perdas, estão mais suscetíveis a sofrer de perturbações psicológicas causadas pela insegurança e baixa autoestima, podendo estas características serem responsáveis pelo isolamento social e eventuais constrangimentos no desempenho

profissional, exclusão social e baixa qualidade de vida (10,17,19). Neste sentido, a reabilitação oral torna-se imprescindível para devolver a estética e a função que o paciente necessita, garantindo-lhe uma maior qualidade de vida. Atualmente, nos países desenvolvidos, onde as pessoas têm acesso a cuidados dentários, a razão mais significativa para a perda de dentes é a cárie, seguida das doenças periodontais (3).

Outros fatores como a qualidade dos serviços de saúde oral, o estatuto socioeconómico, o nível educacional, o tabagismo, a área de residência e o padrão de visitas ao médico dentista também estão relacionados com o edentulismo e desempenham um papel significativo na sua prevalência.

### **1.1.1. Extrações dentárias e cárie**

Na maioria das vezes, o edentulismo resulta de extrações dentárias subsequentes a patologia de cárie dentária ou problemas periodontais, muitas vezes decorrentes de uma má higiene oral (3,20). Fatores físicos e biológicos com a hipossalivação, má higiene oral e uma dieta pobre, à base de hidratos de carbono, poderão estar na origem da formação de cáries dentárias (21). Esta patologia afeta pessoas de todas as idades e é causada sobretudo pela ação bacteriana e, quando não tratada, pode levar à destruição irreversível dos dentes, implicando a extração dentária (21,22). Pacientes edêntulos apresentam um vasto leque de variações físicas e condições de saúde. A perda de peças dentárias afeta, entre outras funções do sistema estomatognático, a mastigação e a fala, interferindo na estética que, por sua vez, afetará a qualidade de vida do paciente (21,23,24).

### **1.1.2. Periodontite**

A periodontite é uma doença infecciosa-inflamatória crónica associada a biofilmes disbióticos da placa dentária, caracterizada pela destruição dos tecidos de suporte dos dentes (ligamento periodontal e osso alveolar) (25). Esta patologia apresenta uma elevada prevalência global em diferentes populações e há cada vez mais evidências de que está associada a diferentes doenças sistémicas e comorbilidades (26). Estas incluem a hipertensão, a doença coronária, a obesidade, a diabetes *mellitus* e doenças autoimunes, como a artrite reumatoide e o cancro (25,26). Importa também referir que, sendo a

periodontite, uma doença inflamatória e destrutiva dos tecidos que suportam o dente, evidências mostram que os agentes patogênicos periodontais e os seus metabolitos podem conduzir a resultados adversos na gravidez de forma direta ou indireta, ou seja, o nascimento prematuro, o baixo peso à nascença e a pré-eclampsia (26).

A doença periodontal demonstra um impacto significativo nos cuidados de saúde gerais e nos pacientes que procuram cuidados de saúde oral. Existe evidência epidemiológica que indivíduos com patologia periodontal têm maior incidência de doença cardiovascular, maior mortalidade por esta condição crónica de saúde e maior mortalidade por outras causas (27).

Esta patologia, que se desenvolve de uma forma progressiva e irreversível, é responsável pela destruição dos tecidos de suporte dentário - tecido conjuntivo e osso alveolar, e em situações extremas pode culminar na perda dentária (26). É induzida pela ação de bactérias patogênicas e, uma vez instalada, a sua evolução é influenciada pelos fatores ambientais e genéticos de cada hospedeiro. Fatores de risco como o tabagismo e diabetes *mellitus* têm grande impacto na evolução e no agravamento da doença periodontal (4,6).

## 1.2. Reabilitação Protética

O restabelecimento da função normal e da aparência estética com uma prótese dentária é um grande desafio na reabilitação de pacientes que perderam as peças dentárias e, por conseguinte, o osso circundante (28).

A reabilitação oral envolve a restauração e manutenção das funções orais, conforto, aparência e saúde do paciente através da substituição de dentes em falta e tecidos contíguos por substitutos artificiais. As opções protéticas que visam restabelecer as peças dentárias perdidas variam dependendo da quantidade de dentes a substituir, alterações ósseas, comorbilidades associadas e poder socioeconómico do paciente (28).

## 1.3. Prótese Removível

A prótese removível é uma opção de tratamento amplamente reconhecida e benéfica para a reabilitação oral, oferecendo várias vantagens, como o custo, comparativamente a

outro tipo de soluções; o facto de ser um método menos invasivo e com menor tempo de execução quando comparado a soluções implanto suportadas e, por último, é considerada como sendo de fácil higienização e manutenção (29).

São uma solução amplamente utilizada na reabilitação oral, proporcionando várias opções adaptadas às necessidades dos pacientes. As principais categorias incluem próteses esqueléticas e acrílicas, cada uma com as suas próprias características e indicações.

As próteses esqueléticas, também conhecidas como próteses parciais removíveis, possuem uma estrutura/esqueleto de cromo-cobalto que oferece maior resistência e durabilidade. São indicadas principalmente para pacientes que ainda possuem alguns dentes naturais, uma vez que utilizam os dentes remanescentes para aumentarem a retenção e estabilidade. Por outro lado, as próteses acrílicas são confeccionadas inteiramente em resina acrílica. São frequentemente utilizadas como uma solução provisória/transitória ou em casos onde todos os dentes estão ausentes (próteses totais). Estas próteses são, normalmente, mais acessíveis em comparação às próteses esqueléticas, podem ser ajustadas e/ou reparadas com relativa facilidade (30,31).

As próteses removíveis podem ser também classificadas de acordo com o suporte apresentado, dado este fator ser crucial para o sucesso da reabilitação protética. O suporte é representado por um conjunto de elementos mecânicos e biológicos que permitem a transmissão e receção da força mastigatória, neutralizando-a. O suporte pode ser classificado em três tipos principais: mucoso, dentário e muco-dentário.

O suporte mucoso refere-se ao apoio da prótese diretamente sobre a mucosa oral e a estrutura óssea subjacente. Este tipo de suporte é comum em próteses totais removíveis, onde não há dentes naturais remanescentes para oferecer suporte adicional. No entanto, a mucosa e o osso podem sofrer reabsorção e remodelação ao longo do tempo, o que pode diminuir a estabilidade da prótese e exigir ajustes ou, eventualmente, a confecção de novas próteses.

Para que uma prótese removível possa funcionar bem tem de respeitar três princípios biomecânicos: retenção, ou seja, diz respeito à resistência das forças que atuam na prótese no sentido cervico-oclusal; suporte referente à resistência das forças que exercem sobre uma prótese no sentido ocluso-cervical e a estabilidade, que concerne à resistência das forças que influem sobre uma prótese a nível horizontal (30,31). Para os doentes com

perda parcial dentária e/ou edêntulos, uma prótese bem-sucedida é influenciada pelos fenómenos biomecânicos de suporte, estabilidade e retenção. A retenção, ou a resistência ao movimento da prótese para longe dos tecidos de suporte, é crítica (30). As forças físicas que influenciam a retenção da prótese incluem a adesão, a coesão, a atração capilar, a tensão superficial, a viscosidade dos fluidos, a pressão atmosférica e as forças externas transmitidas às próteses pela musculatura oral-facial (30). Destes fatores, a tensão superficial interfacial associada à camada de saliva entre a base da prótese e os tecidos moles de suporte é bastante importante. A retenção é realizada quando esta camada de saliva maximiza o contacto com as superfícies protéticas e mucosas que se aproximam. A aceitação pelo paciente da prótese depende de vários fatores, entre os quais a retenção e a estabilidade da mesma desempenham um papel significativo, para não ser fonte persistente de incómodo para o paciente (31).

Ao considerar o tipo de suporte para uma prótese removível, é essencial avaliar a condição oral do paciente, incluindo a quantidade e a qualidade dos dentes remanescentes e da mucosa. A escolha do suporte adequado pode influenciar significativamente a eficácia e o conforto da prótese, além de impactar a saúde oral a longo prazo (30,31).

#### **1.4. Qualidade de Vida Relacionada com Saúde Oral (QVRSO)**

No preâmbulo da sua constituição, a Organização Mundial de Saúde (5) afirma que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e enfermidade. A saúde oral é vital para o bem-estar, influenciando o sono, a alimentação, a autoestima, as interações sociais e satisfação integral com a saúde. A dor e o desconforto, independentemente de serem agudos ou crónicos, também têm um impacto considerável na qualidade de vida relacionada com a saúde oral (4).

A QVRSO é um fenómeno relativamente novo, mas em rápido crescimento, que surgiu nas últimas duas décadas. Têm sido identificadas mudanças na perceção da saúde, que passou da mera ausência de doença e enfermidade para o completo bem-estar físico, mental e social. Esta mudança ocorreu na segunda metade do século XX e foi o resultado de uma *revolução silenciosa* nos valores das sociedades altamente industrializadas, de valores materialistas que se concentram na estabilidade económica e na segurança para valores centrados na autodeterminação e na autorrealização (32).

A presença ou ausência de dentes naturais contribui para a variação da qualidade de vida (32). Quando os dentes da arcada dentária são afetados por cárie dentária, problemas periodontais ou causam dor e desconforto ao paciente, mantê-los na arcada pode não melhorar a qualidade de vida. É crucial avaliar se tais dentes podem ser restaurados ou tratados, ou se estão tão danificados que não há opções viáveis de tratamento (33). O planeamento e a análise pormenorizada do caso clínico são cruciais para atender às necessidades do paciente e minimizar perdas de qualidade de vida decorrentes do procedimento (6). A extração dentária oferece o alívio de sintomas como dor e desconforto, melhorando a qualidade de vida, mas a ausência do dente pode apresentar desafios adicionais.

A patologia oral, apesar de não ser letal tem o potencial de afetar a qualidade de vida, causando dor, desconforto, disfunção e implicações psicológicas, como baixa autoestima e repercussões negativas nas interações sociais (9,34).

A reabilitação oral é fulcral para restabelecer a qualidade de vida dos pacientes edêntulos, possibilitando a substituição dos dentes perdidos e a restauração da função oral (3). Uma vez que o sucesso da reabilitação protética da cavidade oral se encontra dependente de uma correta avaliação das necessidades dos pacientes, foram desenvolvidos questionários para que, de uma forma eficiente, o paciente consiga autoavaliar a sua saúde oral e mensurar os impactos desta nos espectros de cariz estético, psicológico e social (13,14,34).



## **OBJETIVOS**



## **2. OBJETIVOS**

Este estudo visa analisar o impacto das próteses removíveis na qualidade de vida dos pacientes reabilitados.

Visa também determinar se a utilização de próteses removíveis contribui para a melhoria da qualidade de vida, considerando aspetos físicos, emocionais e sociais.

Procura-se também identificar possíveis problemas associados ao uso de próteses removíveis que possam prejudicar a qualidade de vida dos pacientes.



## **MATERIAIS E MÉTODOS**



## 3. MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1. Desenho do estudo

Com vista a dar resposta aos objetivos propostos, foi desenhado um estudo que permitisse a análise da mesma população de pacientes reabilitados com próteses removíveis analisada há 1 ano. Trata-se, portanto, de um estudo observacional transversal, em contexto da unidade curricular de Prótese Removível, que visa investigar se há alteração no grau de satisfação e na qualidade de vida desta população.

Deste modo, avaliou-se a influência da reabilitação oral protética removível na qualidade de vida dos pacientes com a aplicação de questionários de autopreenchimento (*Patient reported outcome measures*), designadamente: o Questionário de Satisfação Protética de McGill (QSPM), que permite avaliar quantitativamente a dor resultante da reabilitação; *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), que avalia o impacto da saúde oral na qualidade de vida, sendo este instrumento de recolha de dados apropriado para pacientes com idade inferior a 65 anos; *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), destinado a pessoas com 65 anos ou mais para avaliar a sua autoperceção da saúde oral.

### 3.2. Caracterização da população

A população deste estudo é formada por 27 pessoas reabilitadas com prótese removível na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMDUCP) e que foram avaliados previamente (há 1 ano) através do preenchimento dos mesmos inquéritos utilizados neste estudo.

Foram elegíveis indivíduos de qualquer idade e género, portadores de prótese removível e, que tivessem sido avaliados no estudo realizado previamente.

Foram critérios de exclusão:

- Indisponibilidade ou falta de vontade para participar no estudo;

- Falta de comparência à consulta de controlo solicitada;
- Falecimento.
- Cessação da utilização da prótese

A recolha de dados foi efetuada ao longo do segundo semestre, através de consultas de acompanhamento agendadas.

### **3.3. Instrumentos de recolha de dados**

Durante a etapa de recolha de dados, de forma a reduzir algum eventual viés, foi utilizado um protocolo equivalente ao aplicado há 1 ano.

Foram recolhidos dados sociodemográficos dos participantes (género e idade) e a análise do tipo de desdentação por arcada, pelo que indivíduos parcialmente edêntulos foram classificados através da Classificação de *Kennedy*.

Como forma de avaliar o impacto do uso de próteses removíveis na qualidade de vida dos pacientes, aplicaram-se dois questionários. Assim, para os pacientes com idade inferior aos 65 anos de idade, utilizou-se o OHIP-14 e para os pacientes com 65 anos ou mais, aplicou-se o GOHAI. Os dois questionários estão validados e adaptados para a população portuguesa (35). Toda a amostra foi também avaliada através do QSPM.

#### **3.3.1. Oral Health Impact Profile (OHIP-14)**

O *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) foi concebido para avaliar a perceção dos pacientes sobre o impacto das doenças orais na sua qualidade de vida (QdV), tornando-se numa ferramenta padronizada. Originalmente era uma versão de 49 questões, mas foi posteriormente revisto e reduzido para a versão atual com apenas 14 perguntas. Esta alteração foi realizada uma vez que a primeira versão apresentava algumas limitações, nomeadamente necessitar de um tempo muito longo para preenchimento e apresentar

algumas questões consideradas de redundantes. Questionários longos levam também a uma diminuída motivação e taxa de resposta por parte dos intervenientes no estudo.

O principal objetivo deste questionário é compreender como os problemas orais afetam a vida pessoal, social e psicológica de um indivíduo. Avalia vários aspetos, incluindo limitação funcional (2 questões), dor física (2 questões), desconforto psicológico (2 questões), incapacidade física (2 questões), incapacidade psicológica (2 questões), incapacidade social (2 questões) e desvantagem relacionada à satisfação com a vida em geral e incapacidade relacionada às atividades realizadas (2 questões).

As respostas variam entre “quase sempre” (4 pontos), “várias vezes” (3 pontos), “raramente” (2 pontos), “às vezes” (1 ponto) e “nunca” (0 pontos) (35). (Anexo 8.1)

### **3.3.2. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)**

O GOHAI é um questionário destinado a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com o objetivo de avaliar a autoperceção da saúde oral e como esta afeta o dia-a-dia do indivíduo. É composto por 12 questões que avaliam aspetos físicos, psicológicos e de dor/desconforto. As questões são divididas em quatro categorias, incluindo capacidade de mastigação, fala e deglutição, sentimentos associados à saúde e estética oral e o impacto destes na vida social. Apresenta também 3 questões relativas a dor, desconforto e à utilização de medicamentos. As respostas variam de “sempre” (valor 1), “às vezes” (valor 2) a “nunca” (valor 3). Uma simples soma dos valores dá a pontuação final que pode variar entre 12 e 36. Uma pontuação de 34 a 36 indica uma autoperceção “alta” de saúde oral, uma pontuação de 30 a 33 indica uma autoperceção “moderada” de saúde oral e pontuação inferior a 30 indica “baixa” autoperceção de saúde oral (35). (Anexo 8.1)

### **3.3.3. Questionário de satisfação protética de McGill (QSPM)**

O QSPM é um questionário que permite avaliar a satisfação dos pacientes em relação às suas próteses, compreendendo vários aspetos tais como a facilidade de limpeza, a satisfação geral, a capacidade de falar, o conforto, a aparência, a estabilidade e a condição

oral. Avalia igualmente a capacidade de mastigação, mais concretamente a que se relaciona com a capacidade de mastigar certos alimentos, como: pão branco fresco, queijo duro, cenoura crua, carnes frias fatiadas, bife cortado, maçã crua e alface; avalia a função mastigatória, ou seja, se os alimentos são bem mastigados antes de serem deglutidos. Trata-se de uma escala com questões relacionadas com a mastigação, avaliados através de uma escala visual analógica de 1 a 10, onde 1 representa “nada satisfeito” e 10 reproduz “muito satisfeito”. Para questões relacionadas à função mastigatória, 1 representa “bem mastigado” e 10 representa “mal mastigado” (37). (Anexo 8.3)

### **3.4. Procedimentos estatísticos**

Após a recolha de dados, recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0 para a criação da base de dados e tratamento estatístico, de forma a responder aos objetivos do presente estudo.

Utilizou-se a estatística descritiva para determinar as frequências absolutas e relativas, a média e o desvio padrão. As prevalências foram expressas em percentagens. Procedeu-se também à aplicação do teste Qui-quadrado.

Em relação à análise inferencial, recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente: Teste de Mann-Whitney para detetar diferenças significativas entre dois grupos independentes, Teste de Kruskal-Wallis para a comparação de três ou mais grupos e o Teste de independência exato de Fisher, utilizado na análise de tabelas de contingência.

Em todos os testes foi utilizado o nível de significância  $<0,05$ , com um intervalo de confiança de 95,0%. Para avaliar a consistência interna e a confiabilidade das dimensões e escalas em análise, determinou-se o coeficiente Alpha de Cronbach. Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

### **3.5. Parecer da Comissão de Ética**

Este estudo está incluído no projeto “Análise da Qualidade de Vida em pacientes

portadores de Reabilitação Oral” desenvolvido na Plataforma “Precision Dental Medicine” no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica (CES-UCP), nº260.



## **RESULTADOS**



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Análise sociodemográfica

Entre os 27 participantes, 44,4% (n=12) tinham idade <65 anos e 55,6% (n=15) possuíam idade ≥65 anos. Como mostra a tabela 1, nos dois grupos etários predominam os pacientes do sexo feminino, com 58,3% (n=7) do grupo com idade < 65 anos e 60,0% (n=9) do grupo com idade ≥65 anos.

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica da amostra (sexo e idade)

Característica		Idade < 65anos	Idade ≥ 65 anos	Total n (%)	Teste Qui Quadrado ET (p)
Sexo	Feminino (%) <i>n</i>	7 58,3%	9 60,0%	16 59,3%	0,008 (0,930)
	Masculino (%) <i>n</i>	5 41,7%	6 40,0%	11 40,7%	
Total n (%)		12 100,0%	15 100,0%		

No que diz respeito à Classificação de Kennedy (tabela 2), mais concretamente no referente à reabilitação da arcada superior, verifica-se uma proximidade de resultados entre os dois grupos, com mais prevalência da Classe III. Em relação à reabilitação da arcada inferior, verificou-se que o grupo de participantes com idade ≥65 anos apresentou mais reabilitações do tipo Classe I, contrariamente aos pacientes da faixa etária <65 anos com prevalência de reabilitações de Classe III.

O resultado obtido dos dois grupos mostra um predomínio da Classe I de Kennedy quanto à reabilitação da arcada inferior. Os dados obtidos do teste exato de Fisher indicam que os dois grupos etários não se associam de forma estatisticamente significativa às variáveis sexo e Classificação de Kennedy.

**Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra (Classificação de Kennedy)**

Característica		Idade < 65 anos	Idade ≥ 65 anos	Total n (%)	Teste Qui Quadrado ET (p)
Classificação de Kennedy – Arcada Superior n (%)	Classe I	3 25,0%	3 20,0%	6 22,2%	4,961* (0,175)
	Classe II	2 16,7%	1 6,7%	3 11,1%	
	Classe III	6 50,0%	4 26,7%	10 37,0%	
Total n (%)		11 91,7%	8 53,3%	19 70,4%	
Classificação de Kennedy – Arcada Inferior n (%)	Classe I	2 16,7%	5 33,3%	7 25,9%	2,069* (0,558)
	Classe II	2 16,7%	4 26,7%	6 22,2%	
	Classe III	2 16,7%	1 6,7%	3 11,1%	
Total n (%)		6 50,0%	33,3%	16 59,2%	

\*NA – não aplicável (paciente com reabilitação total); \*\*aplicação do teste exato de Fisher, não se verificaram os pressupostos do teste do Qui-quadrado. ET (p) – Estatística do teste (nível de significância)

#### 4.2. Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14)

Os resultados obtidos em relação ao OHIP, apresentados na tabela 3, têm como objetivo perceber o impacto dos problemas orais na vida pessoal, social e psicológica dos pacientes.

Tendo em conta que a pontuação de cada item varia entre 1 (quase sempre) a 5 (nunca), os valores médios mais elevados equivalem a maior funcionalidade e menor dor e/ou limitação. Por conseguinte, os valores médios obtidos revelam que os participantes relataram raramente/nunca terem vivenciado as seguintes situações: “Tem-se sentido pouco

à vontade”, 4,92±0,29; “Tem sido menos tolerante ou paciente c/companheiro e/ou família”, 4,92±0,29; “Tem-se sentido um pouco envergonhado”, 4,83±0,58; “Teve dificuldade em realizar tarefas habituais”, 4,83±0,58 e “Tem sido totalmente incapaz de funcionar”, 4,83±0,58. Registou-se que os pacientes relataram mais queixas nos seguintes itens: “Teve dores na sua boca”, 3,92±1,08 e “Sentiu desconforto a comer algum alimento”, 3,92±1,24. Estes resultados sugerem positividade nas dimensões avaliadas através do OHIP, traduzindo-se na ausência de limitação funcional, incapacidade física, psicológica ou social, bem como desconforto psicológico. Refere-se que as queixas mais evidentes recaíram na dor física, 3,92±0,82, todavia, com pouca representatividade.

Face aos dados apresentados, pode afirmar-se a existência de um impacto reduzido dos problemas orais nas dimensões pessoal, social e psicológica dos pacientes com idade <65 anos.

**Tabela 3 - Caracterização do instrumento OHIP-14**

Dimensão	Itens (aspetos a avaliar)	$\bar{X} \pm s$	Alfa de Cronbach	Min-Max	$\bar{X} \pm s$
<b>Limitação funcional</b>	Teve problemas em pronunciar alguma palavra	4,33±0,98	0,771	3,00-5,00	4,50±0,67
	Sentiu que o paladar piorou	4,67±1,07			
<b>Dor física</b>	Teve dores na sua boca	3,92±1,08	0,857	2,50-5,00	3,92±0,82
	Sentiu desconforto a comer algum alimento	3,92±1,24			
<b>Desconforto psicológico</b>	Tem-se sentido pouco à vontade	4,92±0,29	0,737	3,00-5,00	4,54±0,75
	Sentiu-se tenso	4,17±1,34			
<b>Incapacidade física</b>	Já deixou de comer algum alimento	4,17±1,59	0,748	2,50-5,00	4,33±1,05
	Teve de interromper alguma refeição	4,50±1,00			
<b>Incapacidade psicológica</b>	Sentiu dificuldade em relaxar	4,50±1,17	0,706	2,50-5,00	4,67±0,81
	Tem-se sentido um pouco envergonhado	4,83±0,58			
<b>Incapacidade social</b>	Tem sido menos tolerante ou paciente c/companheiro e/ou família	4,92±0,29	0,735	3,50-5,00	4,87±0,43
	Teve dificuldade em realizar tarefas habituais	4,83±0,58			
	Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral	4,75±0,87			

<b>Desvantagem</b>	Tem sido totalmente incapaz de funcionar	4,83±0,58	0,705	2,50-5,00	4,79±0,72
<b>OHIP</b>			0,728	3,14-5,00	4,52±0,51

Apresentam-se, nas tabelas 4 e 5 os resultados do OHIP-14 quanto às desdentações parciais, tendo por base a Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior. Assim, constatou-se que a Classificação de Kennedy na arcada superior, tendo em conta as suas dimensões e globalidade do OHIP são análogos entre os grupos em estudo, com confirmação do teste *Kruskal-Wallis* ( $p>0,05$ ).

**Tabela 4** - Resultados do OHIP-14 quanto à Classificação de Kennedy na arcada superior

<b>Dimensão</b>	<b>Classe de Kennedy Superior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X}$	<b>K (p)</b>
<b>Limitação funcional</b>	I	4,33±0,76	4,5	0,562 (0,755)
	II	4,50±0,71	4,5	
	III	4,58±0,80	5	
<b>Dor física</b>	I	3,83±1,04	3,5	0,176 (0,916)
	II	3,75±0,35	3,75	
	III	4,00±1,00	4,5	
<b>Desconforto psicológico</b>	I	4,83±0,29	5	0,736 (0,692)
	II	4,00±1,41	4	
	III	4,50±0,77	5	
<b>Incapacidade física</b>	I	4,17±1,44	5	1,278 (0,528)
	II	3,75±1,77	3,75	
	III	4,67±0,82	5	
<b>Incapacidade psicológica</b>	I	4,5±0,87	5	3,067 (0,216)
	II	3,75±1,77	3,75	
	III	5,00±0,00	5	
<b>Incapacidade social</b>	I	5,00±0,00	5	4,500 (0,105)
	II	4,25±1,06	4,25	
	III	5,00±0,00	5	
<b>Desvantagem</b>	I	5,00±0,00	5	4,500 (0,105)
	II	3,75±1,77	3,75	
	III	5,00±0,00	5	
	I	4,52±0,35	4,36	

<b>OHIP</b>	<b>II</b>	3,96±1,16	3,96	0,791 (0,673)
	<b>III</b>	4,68±0,30	4,71	

$\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão;  $\tilde{X}$  - mediana; K (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis (nível de significância)

**Tabela 5 - Resultados do OHIP-14 quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior**

<b>Dimensão</b>	<b>Classe de Kennedy Inferior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>K (p)</b>
<b>Limitação funcional</b>	<b>I</b>	4,00±0,71	4	3,583 (0,167)
	<b>II</b>	5,00±0,00	5	
	<b>III</b>	4,75±0,35	4,75	
<b>Dor física</b>	<b>I</b>	4,00±1,41	4	0,956 (0,620)
	<b>II</b>	3,75±1,06	3,75	
	<b>III</b>	3,00±0,71	3	
<b>Desconforto psicológico</b>	<b>I</b>	5,00±0,00	5	1,300 (0,522)
	<b>II</b>	4,25±1,06	4,25	
	<b>III</b>	4,75±0,35	4,75	
<b>Incapacidade física</b>	<b>I</b>	5,00±0,00	5	2,000 (0,368)
	<b>II</b>	5,00±0,00	5	
	<b>III</b>	3,75±1,77	3,75	
<b>Incapacidade psicológica</b>	<b>I</b>	4,25±1,06	4,25	2,000 (0,368)
	<b>II</b>	5,00±0,00	5	
	<b>III</b>	5,00±0,00	5	
<b>Incapacidade social</b>	<b>I</b>	5,00±0,00	5	0,000 (1,000)
	<b>II</b>	5,00±0,00	5	
	<b>III</b>	5,00±0,00	5	
<b>Desvantagem</b>	<b>I</b>	5,00±0,00	5,00	0,000 (1,000)
	<b>II</b>	5,00±0,00	5,00	
	<b>III</b>	5,00±0,00	5,00	
<b>OHIP</b>	<b>I</b>	4,61±0,45	4,61	1,176 (0,555)
	<b>II</b>	4,71±0,00	4,71	
	<b>III</b>	4,46±0,15	4,46	

$\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão;  $\tilde{X}$  – mediana; K (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis (nível de significância)

### 4.3. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Na tabela 6 estão representados os resultados obtidos do GOHAI, através do qual se procurou perceber o impacto dos problemas orais na vida pessoal, social e psicológica dos pacientes da amostra com idade  $\geq 65$  anos. Atendendo ao facto da pontuação de cada variar entre 1 (sempre) a 3 (nunca), os valores médios mais elevados equivalem a uma maior funcionalidade e a dor ou limitação inferiores. Ressalva-se que teve de se proceder à inversão das pontuações do item “Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca” de forma a elaborar a dimensão, ou seja, este item é inverso. Posto isto, salientam-se as médias obtidas em relação aos pacientes com respostas a recair nas opções “raramente” ou “nunca” terem sentido ou abdicado: “Mudou o seu modo de falar por causa de problemas na sua boca”,  $2,93 \pm 0,26$ ; “Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca”,  $2,87 \pm 0,52$ ; “Teve dor ou desconforto para engolir alimentos”,  $2,87 \pm 0,35$ ; e “Chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca”,  $2,87 \pm 0,35$ . Os pacientes demonstraram mais queixas nos seguintes itens: “Evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca”,  $1,60 \pm 0,74$ ; “Deixou de se encontrar com algumas pessoas por causa da sua boca”,  $2,20 \pm 0,68$  e “Teve problemas para mastigar alimentos”,  $2,40 \pm 0,63$ . A análise das dimensões e da sua consistência interna indica que a mesma é, *grosso modo*, sofrível, excetuando a dimensão Psicossocial e a globalidade do GOHAI, com valores de alfa de Cronbach indicam boa consistência interna, indicando positividade dos resultados obtidos em todas as dimensões, o que sugere que os pacientes os não manifestaram limitação física ou social e sem desconforto. Na dimensão física, o valor médio obtido ( $2,44 \pm 0,20$ ) sugere-se ser esta a dimensão com mais queixas, mas com pouca representatividade.

Por conseguinte, os pacientes geriátricos da amostra apresentaram um reduzido impacto dos problemas orais nas várias dimensões (vida pessoal, social e psicológica).

**Tabela 6 - Caracterização do instrumento GOHAI.**

Dimensão	Itens (aspectos a avaliar)	$\bar{X} \pm s^*$	Alfa de Cronbach	Min-Max	$\bar{X} \pm s$
<b>Física</b>	Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes	2,73±0,59	0,056	1-3	2,48±0,42
	Teve problemas para mastigar alimentos	2,40±0,63		1-3	
	Mudou o seu modo de falar por causa de problemas na sua boca	2,93±0,26		2-3	
	Sentiu algum desconforto a comer algum alimento	2,60±0,63		1-3	
<b>Psicossocial</b>	Deixou de se encontrar com algumas pessoas por causa da sua boca	2,20±0,68	0,855	1-3	2,44±0,20
	Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca *	2,87±0,52		1-3	
	Evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca	1,60±0,74		1-3	
<b>Dor ou Desconforto</b>	Teve dor ou desconforto para engolir alimentos	2,87±0,35	0,036	2-3	2,77±0,27
	Teve de tomar medicamentos para passar a dor ou desconforto na boca	2,67±0,72		1-3	
	Teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado	2,73±0,59		1-3	
	Chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca	2,87±0,35			
	Sentiu que os seus dentes ou gengivas ficaram mais sensíveis a alimentos ou líquidos	2,67±0,62			
			1-3		
<b>GOHAI</b>			0,527	1,92-2,83	2,59±0,24

Os resultados do instrumento GOHAI referentes à Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior encontram-se apresentados nas tabelas 7 e 8. Pela análise da tabela 7 verificou-se homogeneidade de Classificação de Kennedy na arcada superior nas dimensões e globalidade do GOHAI entre os grupos, com respetiva confirmação do teste Kruskal-Wallis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 7 - Resultados do GOHAI quanto à Classificação de Kennedy na arcada superior**

Dimensão	Classe de Kennedy Superior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Física	I	2,33±0,29	2,5	1,370 (0,504)
	II	2,50±0,00	2,5	
	III	2,69±0,37	2,75	
Psicossocial	I	2,67±0,00	2,67	4,375 (0,112)
	II	2,33±0,00	2,33	
	III	2,42±0,17	2,33	
Dor ou Desconforto	I	2,80±0,35	3	0,729 (0,694)
	II	2,80±0,00	2,8	
	III	2,90±0,20	3	
GOHAI	I	2,61±0,24	2,75	0,896 (0,639)
	II	2,58±0,00	2,58	
	III	2,71±0,16	2,75	

$\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão;  $\tilde{X}$  – mediana; K (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis (nível de significância)

Como figura na tabela 8, os resultados das dimensões e globalidade do GOHAI são estatisticamente análogos entre os grupos constituídos pela Classificação de Kennedy da arcada inferior ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 8 - Resultados do GOHAI quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior**

Dimensão	Classe de Kennedy Inferior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Física	I	2,45±0,37	2,5	2,464 (0,292)
	II	2,63±0,25	2,5	
	III	3,00±0,00	3	
Psicossocial	I	2,53±0,18	2,67	1,688 (0,430)
	II	2,42±0,17	2,33	
	III	2,33±0,00	2,33	
	I	2,76±0,26	2,8	

<b>Dor ou Desconforto</b>	<b>II</b>	2,80±0,28	2,9	<b>0,944 (0,624)</b>
	<b>III</b>	3,00±0,00	3	
<b>GOHAI</b>	<b>I</b>	2,60±0,20	2,58	<b>1,664 (0,435)</b>
	<b>II</b>	2,65±0,14	2,63	
	<b>III</b>	<b>2,83±0,00</b>	<b>2,83</b>	

$\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão;  $\tilde{X}$  – mediana; K (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis (nível de significância)

#### 4.4. Questionário de satisfação protética de McGill

A tabela 9 reporta os resultados do Questionário de satisfação protética de McGill, aplicado aos dois grupos etários, através do qual se avaliou a satisfação dos pacientes em relação à sua reabilitação protética, tendo em conta a funcionalidade, aparência e capacidade mastigatória. Como referido na metodologia, este questionário possui 23 itens distribuídos pelas três dimensões: satisfação geral, mastigação e função da mastigação. A dimensão satisfação geral é obtida com a pontuação de cada item a variar entre 1 (nada) a 10 (tudo). Assim, os valores médios mais elevados correspondem a uma satisfação mais elevada. Importa salientar que os seguintes itens são invertidos: “Quão difícil é limpar a sua prótese” e “Quão difícil é para si falar devido à prótese”. No que concerne às dimensões mastigação e sua função, refere-se que inferior pontuação equivale a melhor o estado da pessoa, dado que a pontuação de cada item varia entre 1 (nada difícil) a 10 (muito difícil) ou entre 1 (bem mastigados) a 10 (mal mastigados), dependendo da capacidade mastigatória ou da função mastigatória.

Face ao referido, os valores médios obtidos indicam que os participantes revelam estar satisfeitos nos seguintes itens: “Está satisfeito com a aparência da sua prótese” (8,81±2,08) e “Quão satisfeito está com a sua prótese” (8,04±2,74). Revelam poucas queixas face aos itens: “Quão difícil é limpar a sua prótese”, 1,41±1,05. Na dimensão mastigação, os valores médios sugerem pouca dificuldade em “Quão difícil é para si comer alface c/ a prótese” (2,52±2,64), com alguma dificuldade na mastigação respetivamente no item: “Quão difícil é para si comer maçãs cruas c/ a prótese” (5,00±3,11). Na função de mastigação, os participantes relataram bem mastigados: “Os pedaços de alface são bem mastigados antes

de engolir”, com um valor médio de  $3,44 \pm 3,47$ . Não são tão bem mastigados “Os pedaços de maçãs cruas são bem mastigados antes de engolir” ( $5,30 \pm 3,51$ ). Obteve-se uma consistência interna razoável.

Na globalidade, os pacientes revelam satisfação com a sua prótese, ( $6,54 \pm 1,41$ ); com facilidade de mastigação dos alimentos ( $3,79 \pm 2,16$ ) e, no que se refere à função de mastigação, os alimentos são moderadamente mastigados ( $4,13 \pm 2,87$ ), resultados inferidos em termos de valores médios.

**Tabela 9** - Caracterização do Questionário de satisfação protética de *McGill*.

Dimensão	Itens	$\bar{X} \pm s$	Alfa de Cronbach	Min-Max	$\bar{X} \pm s$
<b>Satisfação geral</b>	Quão difícil é limpar a sua prótese*	1,48 $\pm$ 1,05	0,725	2,43-8,71	6,45 $\pm$ 1,41
	Quão satisfeito está com a sua prótese	8,04 $\pm$ 2,74			
	Quão difícil é para si falar devido à prótese*	4,00 $\pm$ 3,26			
	Está satisfeito com o conforto da sua prótese	7,41 $\pm$ 3,00			
	Está satisfeito com a aparência da sua prótese	8,81 $\pm$ 2,08			
	Está satisfeito com a estabilidade da sua prótese	7,63 $\pm$ 2,72			
	No geral está satisfeito com a saúde da sua boca	7,81 $\pm$ 2,39			
<b>Mastigação</b>	Em geral, acha difícil mastigar a comida com a sua prótese	4,00 $\pm$ 2,83	0,166	1,00-9,25	3,79 $\pm$ 2,16
	Quão difícil é para si comer pão branco fresco c/ a prótese	3,44 $\pm$ 3,25			
	Quão difícil é para si comer queijo duro c/ a prótese	3,93 $\pm$ 3,88			
	Quão difícil é para si comer cenouras cruas c/ a prótese	3,89 $\pm$ 3,93			
	Quão difícil é para si comer carne fria fatiada c/ a prótese	3,41 $\pm$ 3,35			
	Quão difícil é para si comer bife cortado c/ a prótese	4,11 $\pm$ 3,36			
	Quão difícil é para si comer maçãs cruas c/ a prótese	5,00 $\pm$ 3,11			
	Quão difícil é para si comer alface c/ a prótese	2,52 $\pm$ 2,64			

<b>Função de mastigação</b>	Em geral, a comida é bem mastigada antes de a engolir	4,41±3,71	0,154	1,00-10,00	4,13±2,87
	Os pedaços de pão branco fresco são bem mastigados antes de engolir	3,59±3,27			
	Os pedaços de queijo duro são bem mastigados antes de engolir	4,26±4,16			
	Os pedaços de cenouras cruas são bem mastigados antes de engolir	3,85±4,16			
	Os pedaços de carne fria fatiada são bem mastigados antes de engolir	3,81±3,65			
	Os pedaços de bife cortado são bem mastigados antes de engolir	4,37±3,64			
	Os pedaços de maçãs cruas são bem mastigados antes de engolir	5,30±3,51			
	Os pedaços de alface são bem mastigados antes de engolir	3,44±3,47			
	<b>GOHAI</b>				

Min-Max – Mínimo- Máximo;  $\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão

A tabela 10 reporta os resultados do Questionário de Satisfação Protética de McGill obtidos nos dois grupos em análise. Assim, registou-se que os pacientes com idade <65 anos revelaram um nível ligeiramente mais elevado de satisfação geral (6,63±1,56), em comparação aos pacientes geriátricos (≥65 anos). No que se refere à mastigação, o valor médio obtido no grupo dos pacientes geriátricos, ainda que não manifestarem queixas, é mais elevado (3,83±2,02), bem como na função de mastigação (4,49±2,89). Apesar destes valores médios, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p>0,05$ ).

**Tabela 10** - Comparação dos resultados do Questionário de Satisfação Protética de McGill entre grupos etários

Dimensão	Grupo	n	Min-Max	$\bar{X} \pm s$	ET	p
<b>Satisfação geral</b>	Idade inferior a 65 anos	12	2,57-8,71	6,63±1,56	-0,904	0,373
	Idade igual ou superior a 65anos	15	2,43-7,86	6,31±1,31		
	Idade inferior a 65 anos	12	1,00-9,25	3,73±2,41		

<b>Mastigação</b>	Idade igual ou superior a 65anos	15	1,00-7,25	3,83±2,02	-0,342	0,755
<b>Função de mastigação</b>	Idade inferior a 65 anos	12	1,00-9,75	3,68±2,90	-0,953	0,347
	Idade igual ou superior a 65anos	15	1,00-10,00	4,49±2,89		

Min-Max – Mínimo- Máximo;  $\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão; ET – estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney; p – nível de significância

As tabelas 11 e 12 contêm os resultados do Questionário de Satisfação Protética de *McGill* respeitantes à Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior.

Mais especificamente, os resultados expostos da tabela 11 indicam homogeneidade de valores médios nos grupos etários entre a Classificação de Kennedy na arcada superior e as dimensões do Questionário de Satisfação Protética de *McGill*, excetuando a dimensão mastigação, onde existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) na Mastigação.

**Tabela 11** - Resultados do Questionário de satisfação protética de *McGill* quanto à Classificação de Kennedy na arcada superior

Dimensão	Classe de Kennedy Superior	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X}$	K (p)
<b>Satisfação geral</b>	I	5,81±1,80	6,14	1,792 (0,408)
	II	6,19±3,21	7,29	
	III	6,79±0,78	6,93	
<b>Mastigação</b>	I	4,94±1,29	4,69	<b>8,691 (0,013)</b>
	II	6,21±2,67	5,13	
	III	2,46±1,75	1,94	
<b>Função de mastigação</b>	I	4,60±2,31	4,69	5,246 (0,073)
	II	7,33±2,65	7,75	
	III	3,04±2,89	2,06	

$\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão;  $\bar{X}$  – mediana; K (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis (nível de significância)

Os resultados da tabela 12 indicam valores estatisticamente análogos entre os grupos nas dimensões do Questionário de Satisfação Protética de *McGill* quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior, sem relevância estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ).

**Tabela 12** - Resultados do Questionário de satisfação protética de *McGill* quanto à Classificação de Kennedy na arcada inferior

Dimensão	Grupo Kennedy Inferior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Satisfação geral	I	5,94+1,69	6,14	1,729 (0,421)
	II	6,79+0,54	6,86	
	III	6,33+0,73	6,14	
Mastigação	I	3,57+1,48	3,63	0,199 (0,905)
	II	3,04+1,81	3,5	
	III	3,58+1,65	3,25	
Função de Mastigação	I	2,91+1,66	2,63	2,846 (0,241)
	II	2,90+1,71	3,31	
	III	6,29+3,38	5,5	

$\bar{X} \pm s$  – Média  $\pm$  desvio padrão;  $\tilde{X}$  – mediana; K (p) – Estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis (nível de significância)



## **DISCUSSÃO**



## 5. Discussão

A perda dentária é a consequência final da doença oral. O seu impacto inclui uma mastigação imperfeita, problemas estéticos, uma vida social mais pobre e, por conseguinte, uma qualidade de vida relacionada com a saúde oral reduzida (OHRQoL). A reabilitação com prótese removível melhora a estética e restaura a função mastigatória e fonética dos pacientes edêntulos. Porém, a sua adaptação e manutenção apropriadas da prótese são fatores muito significativos para que os pacientes revelem satisfação.

A satisfação do paciente é da maior importância para os Médicos Dentistas entre todos aqueles que foram submetidos a reabilitação protética. O sucesso de qualquer prótese dentária reside no facto de o paciente usar essas próteses removíveis, restaurando, assim, a função mastigatória e a fonética. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar, transversalmente, o impacto que a prótese removível teve na qualidade de vida do paciente reabilitado.

Seguidamente discutem-se os resultados obtidos tendo como referência os resultados encontrados por Alves (38), no ano transato, bem como outras evidências encontradas.

### 5.1 Análise Sociodemográfica

Dos 37 pacientes avaliados por Alves (38), reabilitados na Clínica Dentária Universitária de Viseu, participaram no estudo 27.

No seu estudo, Kavita *et al.* (39), realizado com 183 pacientes indianos submetidos a reabilitação com próteses removíveis e que visitaram clínicas dentárias privadas para acompanhamento, a idade dos participantes variava entre os 21 e 60 anos, sendo na sua maioria, do sexo masculino, não estando os resultados encontrados no presente estudo em conformidade, uma vez que os pacientes, na sua maioria, tinham idade igual ou superior a 65 anos e com prevalência dos pacientes do sexo feminino. No mesmo estudo, e no que concerne à Classificação de Kennedy no caso da reabilitação da arcada superior, Kavita *et*

*al.* (39) corrobora os resultados deste estudo, estando os mesmos muito próximos entre os dois grupos, mas com maior prevalência da Classe III; na reabilitação da arcada inferior o grupo com idade igual ou superior a 65 anos apresenta maior número de reabilitações do tipo Classe I, enquanto o grupo com idade inferior a 65 anos vê uma maioria da Classe III. Assim, registou-se um predomínio da Classe I de Kennedy na reabilitação da arcada inferior, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis: sexo, tipo de reabilitação e Classificação de Kennedy. No seu estudo, Valencia- Aguirre *et al.* (40), numa amostra de 217 pacientes da *Dental Clinic of the National University of San Marcos-Peru*, a maioria era do sexo feminino (n=154, 71%) com uma média de idades de 66,34 anos, a Classificação de Kennedy, no grupo de pacientes geriátricos, prevaleceu a reabilitação do tipo Classe I na arcada inferior, com os pacientes na faixa etária inferior aos 65 anos a apresentarem reabilitação de Classe III.

Os resultados obtidos no presente estudo encontram-se em consonância com os verificados por Singh *et al.* (41), cuja revisão sistemática mostra que a perda dentária mais frequente na maxila correspondia à Classe II de Kennedy, com menor prevalência das classes IV de Kennedy em todos os estudos analisados pelos mesmos autores, com pouca existência de reabilitações somente anteriores. Todavia, Singh *et al.* (41) referem que estas evidências se podem dever à maneira como as perdas dentárias são observadas na classificação de Kennedy.

## **5.2 Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14)**

A necessidade de se compreender as limitações e o sofrimento dos pacientes com alterações orais é uma forte motivação para a avaliação da Qualidade de Vida. Neste sentido, o OHIP-14 apresenta uma boa validade de constructo com uma correlação significativa entre a autoperceção da saúde oral e o total obtido com o OHIP-14 dos 27 pacientes do presente estudo, os quais referiram que raramente ou nunca tiveram problemas relacionados com as suas próteses, sobretudo no que se refere aos seguintes fatores: paladar comprometido, necessidade de interrupção de refeições, dificuldade em realizar tarefas habituais, diminuição da paciência e/ou tolerância com familiares e incapacidade total

de funcionar. Estes resultados demonstram que estes pacientes continuam a não revelar, na globalidade, problemas de foro psicológico, funcional e social, tal como em 2023 no estudo de Alves (38).

No follow-up após um ano, continua a verificar-se que existem mais queixas na dimensão dor física, mas cujo resultado se traduz em poucas ocorrências. O impacto dos problemas orais na vida pessoal, social e psicológica dos indivíduos com idade inferior a 65 anos inquiridos continua a ser muito reduzido. Os resultados encontrados corroboram os do estudo de Kim *et al.* (42), com uma amostra de 231 pacientes com 65 anos ou mais, onde as maiores dificuldades relatadas pelos pacientes com prótese removível foram ao nível das queixas na dimensão dor física, tendo estes referido que o desconforto na mastigação, e segundo os autores estas evidências deveram-se ao facto de os danos na mucosa oral originados pela pressão e o atrito da utilização da prótese poder efetivamente resultar em dor ao longo da mastigação (42).

Os resultados do OHIP-14 relativos às desdentações parciais, com recurso à Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior, revelam que, na globalidade, os mesmos são análogos entre os grupos, sem qualquer diferença significativa, tal como registou Alves (38). Contrariamente, Singh *et al.* (41) constataram que as condições funcionais, estéticas e psicológicas revelaram um impacto negativo mais significativo entre pacientes reabilitados com prótese removível com classificações de perdas dentárias de Classes I e II de Kennedy. No estudo de Aguirre *et al.* (40), a pontuação média do GOHAI foi de 52,44±8,15. A pontuação do GOHAI esteve relacionada com a idade ( $p=0,241$ ), sexo ( $p=0,110$ ), tipo de prótese ( $p=0,069$ ), experiência anterior ( $p=0,293$ ) e perceção do movimento da prótese ( $p<0,001$ ).

### **5.3 Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)**

Os resultados do GOHAI, que permitiram perceber o impacto que os problemas orais têm na vida pessoal, social e psicológica dos 27 pacientes no follow-up após um ano, com idade igual ou superior a 65 anos, onde os parâmetros psicossociais e dor/desconforto,

de acordo com os pacientes, continuam a ser onde revelam menos queixas, sendo no parâmetro físico no qual patentearam mais queixas, narrando maior desconforto e dificuldade em mastigar certos alimentos e alterações no modo de falar, tal como na primeira avaliação há um ano. Estes resultados corroboram também os do estudo de Alshammari *et al.* (43), cujo objetivo foi determinar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral entre idosos com 65 anos ou mais da área na Arábia Saudita, utilizando a versão árabe do GOHAI. Todavia, tratou-se de um estudo transversal. Os exames orais foram realizados para registar o número total de dentes naturais remanescentes, próteses parciais completas e removíveis e próteses parciais fixas. Participaram do estudo 200 pacientes idosos com média de idade de  $69,26 \pm 0,34$  anos.

#### **5.4. Questionário de satisfação protética de *McGill***

O questionário de satisfação protética de *McGill* avalia a satisfação dos pacientes quanto às suas próteses, designadamente ao nível funcional e capacidade de função mastigatória (44). Entre os 27 pacientes, os mesmos estão satisfeitos com a prótese, no que se refere à mastigação dos alimentos, em termos médios, consideraram-na fácil e no caso da função de mastigação, em média, relataram que os alimentos são moderadamente mastigados. Observou-se que o grupo não geriátrico apresenta nível médio de satisfação geral ligeiramente superior. Na mastigação é o grupo geriátrico que, embora não se apresente queixoso, obteve o valor médio mais elevado, bem como na função de mastigação, onde o grupo geriátrico apresenta o valor médio mais elevado. No entanto, não se registou relevância estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ), o que está em conformidade com as evidências do estudo de Shady *et al.* (45), onde também não foi registada qualquer diferença significativa no desempenho mastigatório entre os pacientes, tendo em conta a faixa etária. Os mesmos autores salientam que o resultado, ao nível do parâmetro da mastigação e eficácia na mastigação, poderá associar-se às modificações próprias do aparelho estomatognático que ocorrem devido ao processo de envelhecimento, compreendendo a deterioração dos músculos faciais e da articulação temporomandibular, resultando numa diminuição da mobilidade mandibular, dificuldade na abertura da boca e dores e ao nível da sensibilidade dos músculos mastigatórios (45).

Constatou-se ainda que, para a medida Classificação de Kennedy na arcada superior, os resultados das dimensões da escala Questionário de Satisfação Protética de *McGill* são análogos entre os grupos, com exceção da dimensão mastigação ( $p=0,013$ ), uma vez que este teste apenas detetou diferenças significativas entre grupos na dimensão mastigação, estando uma vez mais em conformidade com os dados registados na primeira avaliação, há um ano. Estas diferenças sugerem que os pacientes com classe I de Kennedy têm mais dificuldade em obter uma função mastigatória apropriada antes da deglutição dos alimentos, bem como poderá justificar-se com o facto de haver uma perda bilateral posterior, com duas extensões distais livres, que se traduzem no comprometimento da estabilidade da prótese removível que os pacientes usam, que é fundamental para terem uma função mastigatória ajustada. Os resultados foram semelhantes para ambos os instrumentos no estudo de Souza *et al.* (44), onde os pacientes com próteses parciais acrílicas também relataram dificuldades na capacidade mastigatória. Estas evidências, segundo os autores citados, mostram que existem realmente diferenças entre uma reabilitação com próteses parciais esqueléticas e uma reabilitação com próteses parciais acrílicas. De acordo com Mahmoud *et al.* (46), o edentulismo de longa duração pode levar à reabsorção do osso alveolar residual e, conseqüentemente, um rebordo plano está associado a dificuldades de uma prótese bem-sucedida. A falta de suporte adequado, retenção e estabilidade da prótese são os problemas mais comuns.

Importa ressaltar que, num futuro estudo a ser realizado, o mesmo deverá ser observacional longitudinal, recorrendo aos dados obtidos a *baseline*, há um ano, e no follow-up, ou seja, no presente estudo.



## **CONCLUSÃO**



## 6. Conclusão

Este estudo observacional transversal teve como objetivo avaliar o impacto que a prótese removível teve na qualidade de vida de 27 pacientes reabilitados com prótese removível na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMDUCP) e que já tinham sido avaliadas há 1 ano através dos mesmos critérios de autopreenchimento aplicados neste estudo.

A maioria dos pacientes era do sexo feminino e com idade igual ou superior a 65 anos.

Quanto à Classificação de Kennedy, prevaleceu a Classe III nas duas arcadas, excetuando na arcada inferior em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, onde sobressaiu a Classe I.

As evidências do *follow-up* após um ano revelam que a maioria dos pacientes continua a manifestar satisfação em relação à funcionalidade da reabilitação, traduzindo-se numa perceção positiva da sua qualidade de vida, com um impacto mínimo nas dimensões aspetos físicos, emocionais e sociais. Porém, importa ressaltar que os pacientes relataram dificuldades associadas sobretudo à capacidade mastigatória, particularmente em casos de mastigação de alimentos mais duros.

A principal limitação deste estudo refere-se ao diminuto tamanho da amostra, por conseguinte, em futuras investigações desta natureza deverá incluir-se uma amostra de maior dimensão o que poderá contribuir para um conhecimento mais efetivo do impacto que a prótese removível tem na qualidade de vida dos pacientes reabilitados.



## **BIBLIOGRAFIA**



## 7. Bibliografia

1. World Population Ageing 2022: Highlights. DESA, United Nations, New York, 2017.
2. MEDEIROS, A. F.; NOGUEIRA, E. M. L.; BARROSO, F. C. S. Desatando os nós das políticas de educação infantil no Brasil. Espaço do currículo, v.5, n.1, pp.287-293, Junho a Dezembro de 2012
3. Al-Rafee M. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. J Family Med Prim Care. 2020;9(4):1841.
4. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. 2022.
5. ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS. BARÓMETRO DA SAÚDE ORAL 8ª EDIÇÃO | PORTUGAL 2023 [Internet]. [cited 2024 Jan 15].
6. Emami E, De Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. International Journal of Dentistry. 2013;2013:(N/A).
7. GOIATO MC, BANNWART LC, MORENO A, Dos SANTOS DM, MARTINI AP, PEREIRA LV. Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. Journal of Oral Rehabilitation. 2012 Feb 9;39(6):438–45.
8. Johnson Nicola C.L., R. Sandy Jonathan. Tooth position and speech - is there a relationship?
9. Nadelman P, Bedran N, Magno MB, Masterson D, de Castro ACR, Maia LC. Premature loss of primary anterior teeth and its consequences to primary dental arch and speech pattern: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Paediatric Dentistry. 2020;30:687–712.
10. Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of teeth and oral health-related quality of life. Journal of Dental Research. 2016;95-1350–7.
11. KIRVESKARI P, ALANEN P. Association between tooth loss and TMJ dysfunction. J Oral Rehabil. 1985;12:189–94.
12. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, *et al.*

- Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: A systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2013;71:937–51.
13. Hull PS, Worthington HV, Clerehugh V, Tsrba R, Davies RM, Clarkson JE. The reasons for tooth extractions in adults and their validation *J Dent*. 1997;25:233–7
  14. Borg-Bartolo R, Rocuzzo A, Molinero-Mourelle P, Schimmel M, Gambetta-Tessini K, Chaurasia A, Koca-Ünsal RB, Tennert C, Giacaman R, Campus G. Global prevalence of edentulism and dental caries in middle-aged and elderly persons: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2022 Dec;127:104335.
  15. Peltzer K, Hewlett S, Yawson AE, Moynihan P, Preet R, Wu F, *et al*. Prevalence of loss of all teeth (Edentulism) and associated factors in older adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:11308–24.
  16. Gordon JH, LaMonte MJ, Zhao J, Genco RJ, Cimato TR, Hovey KM, Allison MA, Mouton CP, Wactawski-Wende J. Association of Periodontal Disease and Edentulism With Hypertension Risk in Postmenopausal Women. *Am J Hypertens*. 2019 Jan 15;32(2):193-201.
  17. Vîrlan M, Păun D, Bordea E, Pellegrini A, Spînu A, Ivaşcu R, *et al*. Factors influencing the articular eminence of the temporomandibular joint (Review). *Exp Ther Med*. 2021;22:(N/A).
  18. Teixeira DSDC, Frazão P, Alencar GP, Baquero OS, Narvai PC, Lebrão ML, *etal*. Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad Saude Publica*. 2016;32(8):(N/A).
  19. Campos LA, Costa MA, Bonafé FSS, Marôco J, Campos JADB. Psychosocial impact of dental aesthetics on dental patients. *Int Dent J*. 2020;70:321–7.
  20. Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos DB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V, *et al*. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci Rep*. 2016;6:37083.
  21. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. *J Clin Periodontol*. 2017;44:S94–105.

22. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *Journal of Prosthodontics*.2009;18:88–96.
23. Selwitz RH, Ismail Amid, Pitts NB. Dental caries. 2007;369:(N/A).
24. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge [Internet]. 2019;394:(N/A)
25. Antonoglou GN, Romandini M, Meurman JH, Surakka M, Janket SJ, Sanz M. Periodontitis and edentulism as risk indicators for mortality: Results from a prospective cohort study with 20 years of follow-up. *J Periodontal Res*. 2023 Feb;58(1):12-21.
26. LaMonte MJ, Genco RJ, Hovey KM, *et al*. History of periodontitis diagnosis and edentulism as predictors of cardiovascular disease, stroke, and mortality in postmenopausal women. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(4):e004518.
27. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017;3;(N/A)
28. Munot VK, Nayakar RP, Patil R. Prosthetic Rehabilitation of Mandibular Defects with Fixed-removable Partial Denture Prosthesis Using Precision Attachment: A Twin Case Report. *Contemp Clin Dent*. 2017 Jul-Sep;8(3):473-478.
29. Laurila M, Mäntynen P, Mauno J, Suojanen J. Prosthetic Oral Rehabilitation with CAD/CAM Suprastructures in Patients with Severe Tissue Deficits: A Case Series. *Dentistry Journal*. 2023; 11(12):289. <https://doi.org/10.3390/dj11120289>
30. Campos Sugio CY, Mosquim V, Jacomine JC, Zabeu GS, de Espíndola GG, Bonjardim LR, Bonfante EA, Wang L. Impact of rehabilitation with removable complete or partial dentures on masticatory efficiency and quality of life: A cross-sectional mapping study. *J Prosthet Dent*. 2022 Dec;128(6):1295-1302.
31. Jahangiri L, Choi M, Moghadam M, Jawad S. Interventions for missing teeth: Removable prostheses for the edentulous mandible. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD011544. DOI: 10.1002/14651858.CD011544.
32. Bennadi D, Reddy CV. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013 Jan;3(1):1-6.
33. Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J*.

2020;9:34–9.

34. Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G *et al.* Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing – Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017;44(Suppl 18):S135–
35. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2013;31(2):166–72.
36. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11:3–11.
37. de Souza RF, Ribeiro AB, Oates TW, Feine JS. The McGill Denture Satisfaction Questionnaire revisited: Exploratory factor analysis of a binational sample. *Gerodontology*. 2022;37:233–43.
38. Alves ARF. Impacto da prótese removível na qualidade de vida relacionada com saúde oral e satisfação protética. (Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária).
39. Kavita K, Iqubal MA, Singh R, Singh S, Nazeer J, Singh R. Factors affecting patient satisfaction among patients undergone removable prosthodontic rehabilitation. *J Family Med Prim Care*. 2020 Jul 30;9(7):3544-3548.
40. Valencia-Aguirre Y, Evaristo-Chiyong T, Watanabe-Velásquez R & Lamas-Lara V. Quality of life related to oral health in adults with removable prosthetic rehabilitation. *J Oral Res* 2020; 9(3):180-186.
41. Singh SK , del Giudice M, Chiappetta Jabbour, CJ, Latan, H, Sohal AS. Stakeholder pressure, green innovation, and performance in small and medium-sized enterprises: the role of green dynamic capabilities. *Bus. Strat. Environ.*, 31 (2022), 500-514,
42. Kim EH, Park, K, Ku, IY, Moon, SJ, Kim, SH. The Impact of Oral Health Impact Profile(OHIP-14) of Subjectively Reported Oral Status in the Elderly. 2013; Vol. 14(9), 15-23.
43. Alshammari M, Baseer MA, Ingle NA, Assery MK, Al Khadhari MA. Oral Health-Related Quality of Life among Elderly People with Edentulous Jaws in Hafar Al-Batin

- Region, Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2018 Nov-Dec;8(6):495-502.
44. De Souza, R. F., Ribeiro, A. B., Oates, T. W., & Feine, J. S. (2020). The McGill Denture Satisfaction Questionnaire revisited: Exploratory factor analysis of a binational sample. *Gerodontology.*
45. Shady M, Mahanna F, Said, M. Evaluation of masticatory performance and patient satisfaction for conventional and 3D-printed implant overdentures: a randomized crossover study. 2024; vol. 24; 672 .
46. Mahmoud H, Magdale M. Evaluation of Different Treatment Modalities for Rehabilitation of Mandibular Atrophy. *Alq J Med App Sci.* 2020;3(2):89-96




**ANEXOS**



## 8. Anexos

### 8.1. Questionário Oral Health Impact Profile - 14 (OHIP-14)

Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
**Prostodontia Removível**  
 Orientador: Prof. Dr.ª Rita Borges  
 Coorientador: Prof. Dr.ª Cristina Figueiredo, Mestre Ana Margarida Silva



PROSTODONTIA REMOVÍVEL - ÍNDICE OHIP-14									
Data da consulta:		N.º Processo:		Idade: _____		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Nome do Paciente:		Reabilitação Superior prévia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>		Esquelética <input type="checkbox"/> Acrílica <input type="checkbox"/>			
Reabilitação Inferior prévia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>		Esquelética <input type="checkbox"/> Acrílica <input type="checkbox"/>					
ÍNDICE OHIP-14									
		Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica	
1	Teve problemas em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
2	Sentiu que o paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
3	Teve dores na sua boca?								
4	Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
5	Tem-se sentido pouco à vontade por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
6	Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
7	Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
8	Teve de interromper alguma refeição por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
9	Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
10	Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
11	Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
12	Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
13	Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								
14	Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?								

## 8.2. Questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**Prostodontia Removível**

Orientador: Prof Dr<sup>a</sup>. Rita Bornes

Coorientador: Prof Dr<sup>a</sup>. Cristina Figueiredo, Mestre Ana Margarida Silva



PROSTODONTIA REMOVÍVEL - ÍNDICE GOHAI	
Data da consulta:	Nº Processo:
Nome do Paciente: _____	
Idade: ____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Reabilitação Superior: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	Esquelética <input type="checkbox"/> Acrílica <input type="checkbox"/>
Reabilitação Inferior: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	Esquelética <input type="checkbox"/> Acrílica <input type="checkbox"/>

ÍNDICE GOHAI		Sempre	Às vezes	Nunca
1	Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?			
2	Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?			
3	Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?			
4	Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa de problema na sua boca?			
5	Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto a comer algum alimento?			
6	Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com algumas pessoas por causa da sua boca?			
7	Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?			
8	Nos últimos 3 meses teve de tomar medicamentos para passar a dor ou desconforto na boca?			
9	Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?			
10	Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?			
11	Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca?			
12	Nos últimos 3 meses sentiu que os seus dentes ou gengivas ficaram mais sensíveis a alimentos ou líquidos?			

### 8.3. Questionário de Satisfação Protética de McGill

Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
**Prostodontia Removível**  
Orientador: Prof Dr<sup>a</sup>. Rita Bornes  
Coorientador: Prof Dr<sup>a</sup>. Cristina Figueiredo, Mestre Ana Margarida Silva



PROSTODONTIA REMOVÍVEL - Satisfação Geral	
Data da consulta:	Nº Processo:

#### 1. Facilidade de limpeza

Quão difícil é limpar a sua prótese?

**Nada difícil**

**Muito difícil**

---

#### 2. Satisfação geral

Quão satisfeito(a) está com a sua prótese?

**Nada satisfeito**

**Muito satisfeito**

---

#### 3. Capacidade para falar

Quão difícil é para si falar devido à prótese?

**Nada difícil**

**Muito difícil**

---

#### 4. Conforto

Está satisfeito(a) com o conforto da sua prótese?

**Nada satisfeito**

**Muito satisfeito**

---

#### 5. Aparência

Está satisfeito(a) com a aparência da sua prótese?

**Nada satisfeito**

**Muito satisfeito**

---

#### 6. Estabilidade

Está satisfeito(a) com a estabilidade da sua prótese?

**Nada satisfeito**

**Muito satisfeito**

---



### 7. Condição oral

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

**Nada satisfeito**

**Muito satisfeito**

\_\_\_\_\_

### 8. Capacidade de mastigar

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_

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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

\_\_\_\_\_



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

**Nada difícil**

**Muito difícil**

## 9. Função

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

**Bem mastigada**

**Mal mastigada**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mal mastigados**