



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

VISEU

**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

Por:

Ana Rita Fonseca Alves

Viseu, 2023

---





**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

VISEU

**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

Por:

Ana Rita Fonseca Alves

Orientadora: Professora Doutora Cristina Figueiredo

Coorientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientadora: Mestre Ana Margarida Silva

Viseu, 2023



*Para os meus queridos pais que  
foram incansáveis ao longo deste percurso.*



## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, gostaria de agradecer por toda a orientação, apoio e dedicação ao longo do processo de elaboração da minha tese. Queria igualmente agradecer à paciência, que não foi pouca, e a todo o conhecimento e experiências que comigo partilhou não só durante este último ano, mas durante todos os anos que tive o gosto em a ter como professora.

À minha coorientadora, queria igualmente agradecer todo o apoio, orientação e dedicação dados no decorrer deste percurso. A sua ajuda foi essencial para o desenvolvimento desta dissertação, e por isso, muito obrigada. Foi um gosto, para mim poder aprender ao seu lado.

Ao meu coorientador, agradeço todo o apoio dedicado ao longo deste percurso.

Aos meus queridos pais, não existem agradecimentos suficientes por tudo que até hoje fizeram por mim. Esta vitória é nossa, pertence-vos tanto quanto a mim, é fruto do vosso sacrifício e esforço diário ao longo destes últimos 5 anos, fizeram com que tudo fosse possível. Um obrigado do fundo do coração pelo amor incondicional, pelo apoio, pela paciência e por sempre acreditarem em mim. Estes últimos anos foram difíceis, mas apesar de longe, estivemos sempre muito perto, e assim estaremos para sempre. Tudo o que sou, devo-o a vocês.

Ao meu irmão, que me desafia e dá na cabeça, sempre com a intenção de me ver melhorar. Quero agradecer por sempre insistires e acreditares na minha melhor versão.

Aos meus avós, agradecer todo o amor e carinho que sempre me deram.

Ao Doménico, queria agradecer tudo o que fez e continua a fazer por mim, por todo o amor, pela paciência, por todos os momentos bons e pelos menos bons, contigo a vida é muito mais bonita. Tenho a certeza de que esta será apenas uma das muitas etapas que ainda vamos viver juntos.

Aos meus sogros, Francesco e Helena, agradecer por todo o carinho que sempre me deram e por serem a minha segunda casa. Irei para sempre relembrar todos os momentos.





## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento demográfico está associado a uma maior necessidade de reabilitação oral. A reabilitação dos espaços edêntulos é fundamental para restaurar a função e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A prótese removível surge, neste cenário, como uma opção viável para a reabilitação do aparelho estomatognático.

**Objetivos:** Analisar o impacto da utilização de prótese removível na qualidade de vida dos pacientes reabilitados. Avaliar se o uso de prótese removível melhora aspetos físicos, como a capacidade mastigatória, emocionais, tais como a autoestima e sociais, tais como vida social. Identificar as dificuldades mais comuns enfrentadas pelos pacientes.

**Materiais e métodos:** Para o presente trabalho foi realizado um estudo observacional transversal com uma amostra de 37 pacientes reabilitados com recurso a prótese removível na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa. Foram recolhidos os dados sociodemográficos, tipo de desdentação e aplicados questionários específicos como o OHIP-14, o GOHAI, índice de Leake e QSPM. Os dados foram processados e analisados com o software SPSS 26.0.

**Resultados:** A maioria dos participantes realizou uma reabilitação parcial, sendo igualmente mais comum a existência de reabilitação bimaxilar. Não houve associação estatisticamente significativa entre os dados sociodemográficos. Os pacientes mostraram-se geralmente satisfeitos com as suas reabilitações à exceção de pequenas queixas relacionadas com a mastigação, fonação e dor e/ou desconforto na cavidade oral.

**Conclusão:** O impacto dos problemas orais na qualidade de vida foi mínimo, com algumas queixas relacionadas com a mastigação, nomeadamente na mastigação de alimentos mais duros. De uma forma geral, os pacientes apresentaram-se satisfeitos com a reabilitação. A amostra estudada foi reduzida, o que pode ter afetado a análise estatística. Em futuras pesquisas é recomendado considerar uma amostra superior de pacientes e utilizar os instrumentos não só depois, como previamente à reabilitação oral, de forma a permitir uma comparação mais precisa dos resultados.

**Palavras chave:** Prótese removível; Qualidade de vida; Saúde oral.



## **ABSTRAT**

**Introduction:** Demographic aging is associated with an increased need for oral rehabilitation. Removable dentures are a viable option for oral rehabilitation to restore function and improve patients' quality of life. Oral health plays a significant role in maintaining quality of life.

**Objectives:** To analyze the impact of removable dentures on the quality of life of rehabilitated patients. To evaluate whether the use of dentures improves physical, emotional, and social aspects. To identify the most common difficulties faced by patients.

**Materials and Methods:** A cross-sectional observational study was conducted with a sample of 37 patients who received removable dentures at the University Dental Clinic of the Universidade Católica Portuguesa. Sociodemographic data and specific questionnaires such as OHIP-14, GOHAI, Leake Index and MDSQ were collected. Data were processed and analyzed using SPSS software.

**Results:** The majority of the participants underwent partial rehabilitation, and bimaxillary rehabilitation was equally common. There was no significant association between the sociodemographic data. Patients were generally satisfied with their rehabilitations, except for minor complaints related to chewing, speech and oral pain or discomfort.

**Conclusion:** The impact of oral problems on quality of life was minimal, with some complaints related to chewing. Patients reported greater difficulty chewing harder foods. Generally, patients were satisfied with their dental prostheses. The study had a small sample size, which may have affected the statistical analysis. Future research should consider a larger sample and evaluate patients' pre-rehabilitation quality of life to obtain more accurate results.

**Key words:** Removable dentures; quality of life; oral health.



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
1.1 <i>Envelhecimento Demográfico</i> .....	3
1.2 <i>Edentulismo e etiologia</i> .....	4
1.3 <i>Reabilitação Protética</i> .....	7
1.3.1 <i>Prótese Removível</i> .....	7
1.3.2 <i>Tipos de suporte</i> .....	8
1.4 <i>Qualidade de vida</i> .....	10
1.5 <i>Qualidade de vida relacionada com saúde oral</i> .....	11
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>19</b>
3.1 <i>Desenho do estudo</i> .....	19
3.2 <i>Caracterização da amostra</i> .....	19
3.3 <i>Instrumentos de recolha de dados</i> .....	20
3.3.1 <i>Classificação de Kennedy</i> .....	20
3.3.2 <i>Oral Health Impact Profile (OHIP-14)</i> .....	20
3.3.3 <i>Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)</i> .....	21
3.3.4 <i>Índice de Leake</i> .....	22
3.3.5 <i>Questionário de satisfação protética de McGill</i> .....	22
3.4 <i>Processamento de dados</i> .....	22
3.5 <i>Parecer da Comissão de Ética</i> .....	23
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
4.1 <i>Análise sociodemográfica</i> .....	27
4.2 <i>Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14)</i> .....	30
4.3 <i>Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)</i> .....	37
4.4 <i>Índice de Leake</i> .....	45
4.5 <i>Questionário de satisfação protética de McGill</i> .....	47
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>57</b>
5.1 <i>Análise Sociodemográfica</i> .....	57
5.2 <i>Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14)</i> .....	60
5.3 <i>Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)</i> .....	61
5.4 <i>Índice de Leake</i> .....	62
5.5 <i>Questionário de satisfação protética de McGill</i> .....	63
5.6 <i>Limitações e expectativas futuras</i> .....	68
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>71</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>75</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (sexo e idade).....	27
<b>Tabela 2</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (Tipo de reabilitação).....	28
<b>Tabela 3</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (Classificação de Kennedy).....	29
<b>Tabela 4</b> - Caracterização do instrumento OHIP-14.....	31
<b>Tabela 5</b> - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação superior ..	32
<b>Tabela 6</b> - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação inferior ....	33
<b>Tabela 7</b> - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente à Classificação de Kennedy na arcada superior .....	34
<b>Tabela 8</b> - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente à Classificação de Kennedy na arcada inferior .....	35
<b>Tabela 9</b> - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada superior .....	36
<b>Tabela 10</b> - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada inferior .....	37
<b>Tabela 11</b> - Caracterização do instrumento GOHAI .....	39
<b>Tabela 12</b> - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação na arcada superior .....	40
<b>Tabela 13</b> - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação na arcada inferior .....	41
<b>Tabela 14</b> - Resultados do instrumento GOHAI relativamente à Classificação de Kennedy na arcada superior .....	42
<b>Tabela 15</b> - Resultados do instrumento GOHAI relativamente à Classificação de Kennedy na arcada inferior .....	43
<b>Tabela 16</b> - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada superior .....	44
<b>Tabela 17</b> - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada inferior .....	44
<b>Tabela 18</b> - Caracterização da capacidade mastigatória segundo o Índice de Leake .....	46
<b>Tabela 19</b> - Caracterização do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill .....	48
<b>Tabela 20</b> - Comparação dos resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill entre grupos etários .....	50
<b>Tabela 21</b> - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação da arcada superior.....	51
<b>Tabela 22</b> - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação da arcada inferior.....	51

<b>Tabela 23</b> - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente à Classificação de Kennedy na arcada superior .....	52
<b>Tabela 24</b> - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente à Classificação de Kennedy na arcada inferior .....	53
<b>Tabela 25</b> - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada superior .....	54
<b>Tabela 26</b> - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada inferior .....	54

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>8. Anexos</b> .....	83
8.1 Questionário Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14).....	85
8.2 Questionário Geriatric Oral Health Assesment Index e Índice de Leake.....	86
8.3 Questionário de Satisfação Protética de McGill.....	87
8.4 Declaração da Aprovação pelo Concelho Científico.....	90
8.5 Parecer da Comissão de Ética.....	91

## SIGLAS

FMDUCP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

OHIP-14 – Oral health impact profile – 14

GOHAI – Geriatric oral health assessment index

QSPM – Questionário de satisfação protética de McGill

P. acrílica – Prótese acrílica

P. esquelética – prótese esquelética





## **INTRODUÇÃO**



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Envelhecimento Demográfico

Nas últimas décadas tem-se vindo a verificar um aumento da população idosa, e conseqüentemente, um rápido envelhecimento da população mundial. (1)

O aumento da população idosa, está associado ao aumento da esperança média de vida da população, que tem vindo a aumentar com o passar dos anos, nomeadamente nos países desenvolvidos. Atualmente, denomina-se um indivíduo como idoso quando este apresenta idade igual ou superior a 65 anos. (2) Concomitantemente tem também sido verificado um declínio da fertilidade. (3)

Apesar de não ser idêntico de pessoa para pessoa, o processo de envelhecimento, está associado a um declínio fisiológico do corpo humano, podendo afetar as capacidades físicas e cognitivas. Este comprometimento, quer físico quer cognitivo, reflete-se numa diminuição das capacidades do idoso, tais como, a destreza manual e a atenção dedicada na hora dos cuidados de higiene oral, muitas vezes até, negligenciando-os. (4,5)

Numa idade avançada, o fluxo salivar pode sofrer alterações, sendo a hipossalivação e a xerostomia problemas frequentemente associados a esta população, isto porque os pacientes idosos, são frequentemente sujeitos a polimedicações para o tratamento de diversas condições crónicas que podem, por sua vez, levar a esta diminuição de saliva. (6) A diminuição do fluxo salivar terá conseqüentemente um impacto na manutenção do equilíbrio da cavidade oral. (7) Desta forma, estes pacientes ficam sujeitos a uma maior propensão de adquirir diversos tipos de patologias orais tais como a cárie dentária e a doença periodontal. (2,8)

A idade e a perda dentária estão correlacionadas, o que significa segundo os autores Basker *et al* que a perda dentária é uma consequência inevitável do envelhecimento. (9) Porém, nos últimos anos, com o aumento do interesse da população em manter a dentição natural e com os avanços verificados na Medicina Dentária, nomeadamente na promoção da saúde oral e preservação das peças dentárias, verifica-se a manutenção dos dentes na cavidade oral, durante mais tempo. (10)

Porém, apesar destes fatores, a prevalência da patologia oral no idoso (tais como, cárie ou doença periodontal) é ainda bastante significativa impedindo que a dentição perdure, na maioria dos casos, a vida inteira e, assim, a reabilitação protética assume um papel fulcral na manutenção da qualidade de vida da população idosa. (1,9)

## **1.2 Edentulismo e etiologia**

O termo edentulismo refere-se à condição em que ocorre a perda total ou parcial de dentes naturais, resultando na ausência de dentes na cavidade oral. É uma condição irreversível e debilitante que está relacionada com algumas patologias orais. (11–13)

As lesões de cárie dentária e a patologia periodontal são as principais causas da perda dentária, muitas vezes consequência de maus hábitos de higiene oral. (12,14)

A cárie dentária é uma doença de origem multifatorial que envolve a desmineralização dentária e é causada, principalmente, por ação bacteriana, afetando não só populações jovens e adultas. (15) Apesar de ser uma doença passível de prevenção, a cárie dentária permanece como uma das doenças mais comuns e prevalentes na população mundial. (16) Esta está associada a fatores físicos e biológicos, como a baixa produção de saliva, bem como a fatores comportamentais tais como uma higiene oral deficitária e uma alimentação inadequada rica em hidratos de carbono. Apresenta igualmente uma associação significativa com fatores sociais, sendo que as populações com maiores dificuldades financeiras e menos escolaridade possuem uma maior probabilidade de desenvolver cárie dentária. (17) Sem os devidos cuidados e tratamento a cárie dentária pode levar à destruição total da estrutura dentária, podendo progredir de maneira a comprometer a viabilidade do dente, tornando a extração dentária a única solução. (17,18)

A doença periodontal é uma doença crónica que afeta predominantemente a população adulta e tende a agravar com o avanço da idade. (19) Esta é caracterizada pela perda gradual dos tecidos de suporte dos dentes e do osso alveolar, que, sem o devido tratamento, resulta na eventual perda dentária. (20) Esta condição tem origem multifatorial, sendo a inflamação crônica da gengiva, causada principalmente pelo acúmulo de placa bacteriana aderida aos dentes, uma das suas causas primárias.

(18) Existem certos fatores de risco como o tabagismo e a presença de diabetes melitus, que contribuem, igualmente, para o desenvolvimento e agravamento da doença periodontal. (18,20)

Apesar de menos comum, os fenómenos traumáticos, mais prevalentes em idades jovens, são igualmente uma possível causa que pode levar à perda dentária, principalmente na zona anterior. (21,22)

Tal como referido anteriormente, a perda dentária está muitas vezes associada a factores socioeconómicos, demonstrando uma maior prevalência em populações economicamente desfavorecidas que, devido a baixos rendimentos, baixos níveis de educação e/ou acesso limitado a cuidados médico-dentários, apresentam uma maior probabilidade de patologia oral e conseqüentemente de perda dentária. (10,23) Apesar dos cuidados de saúde estarem cada vez mais avançados, tanto na medicina geral, como na medicina dentária preventiva, estes continuam inacessíveis a uma grande parte da população mundial quer por razões financeiras como sociais. (14,18,23)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o edentulismo mantém-se como um problema de saúde pública que afeta a população em termos físicos, psicológicos e sociais. (24)

Em Portugal, de acordo com o Barómetro da Saúde Oral de 2022, realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas, apenas cerca de 32,3% dos portugueses possui uma dentição completa, sendo que a restante população apresenta perdas dentárias variando desde a perda de uma única peça dentária à perda da totalidade das peças dentárias existentes. A perda de um a cinco dentes apresenta-se como a mais frequente, verificada em 39,2% da população. Ainda segundo o mesmo estudo, verifica-se que 6,4% dos portugueses que são desdentados totais. (25)

A perda dentária apresenta como conseqüências um desequilíbrio na cavidade oral, tendo impacto nos tecidos orais, capacidade mastigatória, fonação, equilíbrio das articulações temporo-mandibulares e na estética. (12,14,26)

Tanto os tecidos duros como os tecidos moles sofrem atrofas como resultado do edentulismo. O osso alveolar, na ausência das peças dentárias inicia um processo contínuo de reabsorção. Os tecidos moles são igualmente comprometidos tendo ambos um impacto na morfologia e aspeto da face do paciente edêntulo. (14,27)

A diminuição da capacidade mastigatória em indivíduos com perdas dentárias exerce uma influência direta na adequação nutricional, resultando em alterações nas

preferências alimentares, como uma dieta muitas vezes deficiente em fibras e rica em gorduras, o que pode acarretar consequências prejudiciais para a saúde geral do paciente. (14,23,28) A redução na ingestão de frutas, vegetais, proteínas e uma variedade de micronutrientes e macronutrientes, juntamente com o aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, resulta num estado de má-nutrição que impacta negativamente os sistemas cardio-respiratório, gastrointestinal, imunitário e muscular, estando associada a uma série de patologias com efeitos adversos na saúde. (29,30)

Um dos complexos essenciais à fonação é a cavidade oral (lábios, dentes, língua e palato) com um papel fundamental na articulação de sons. As peças dentárias, quando alteradas ou ausentes, apresentam consequências na articulação das palavras, dificultando a capacidade de pronúncia. (31,32)

O edentulismo parece ser também um fator predisponente à disfunção da articulação temporo-mandibular (ATM). As alterações na oclusão e consequente função mastigatória deficitária parecem ter um efeito negativo na altura e forma da eminência articular podendo levar a uma disfunção da ATM. (33,34)

A aparência estética comprometida pode exercer uma influência significativa na qualidade de vida de um indivíduo, uma vez que a percepção da própria imagem física desempenha um papel crucial em diversos aspetos do quotidiano, influenciando a autoestima e as interações sociais. Uma insatisfação estética pode ter implicações profundas no bem-estar psicológico e emocional de uma pessoa. (23,26)

A falta de peças dentárias, pode gerar constrangimento e afetar a autoestima, podendo acarretar implicações adversas que transcendem a saúde mental do indivíduo, influenciando significativamente a socialização e o desempenho profissional do mesmo. (23,26,35)

Assim, é fundamental a reabilitação dos espaços edêntulos, de forma a repor as estruturas perdidas, restituindo a função ao aparelho estomatognático e devolvendo qualidade de vida aos pacientes que apresentam perda de peças dentárias.

### **1.3 Reabilitação Protética**

A reabilitação dos espaços edêntulos pode ser realizada com recurso a implantes, prótese fixa e/ou prótese removível. (36) Apesar de existir um aumento progressivo no interesse das reabilitações fixas e com implantes, existem diversos fatores tais como o custo elevado, condições sistémicas, disposição e condição das peças dentárias remanescentes, anatomia e suporte ósseo do paciente que podem impossibilitar este tipo de reabilitação. (37,38)

A prótese removível é uma opção de tratamento amplamente reconhecida e benéfica para a reabilitação oral, apresentando diversas vantagens significativas, nomeadamente o custo (inferior às restantes reabilitações), o fato de ser um método menos invasivo em relação a outros métodos reabilitadores, é de fácil higienização e manutenção, bem como o menor tempo de execução. (36,37,39)

Para os pacientes edêntulos, a reabilitação oral protética desempenha um papel crucial na restauração da função e estética da cavidade oral. Esta surge como uma abordagem terapêutica eficaz para enfrentar os desafios associados à perda dentária. (11,40)

O sucesso da reabilitação depende não só do médico dentista que realiza o diagnóstico e propõe o plano de tratamento, como também do técnico de prótese que confecciona a prótese e igualmente do paciente e da sua capacidade de aceitação e adaptação à mesma. (9)

#### **1.3.1 Prótese Removível**

A prótese removível é uma opção viável e benéfica para a substituição de dentes ausentes, podendo reabilitar perdas dentárias variando de um a todos os dentes da arcada, restabelecendo as funções da cavidade oral e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida dos pacientes. (39,40) Este tipo de reabilitação continua a ser procurado pelos pacientes devido às suas inúmeras vantagens, previamente descritas. (36,37,39)

Para que a reabilitação com prótese removível seja considerada um sucesso, é necessária a consideração de diversos fatores, tais como, o correto planeamento do caso e confeção da prótese assim como a adaptação e educação do paciente. (41,42)

O planeamento adequado do caso e confeção da prótese são duas etapas de extrema importância para garantir o sucesso do processo de reabilitação com prótese removível e cada caso deve ser cuidadosamente analisado e individualizado, pelo médico dentista e pelo técnico de laboratório, de acordo com as necessidades específicas de cada paciente. (9,42)

A adaptação a uma nova prótese pode ser um momento desafiante, representando, num período inicial, algumas dificuldades para o paciente, tais como, sensação de desconforto e/ou irritação devido à presença de uma nova prótese em boca, alterações na fonética que são consequentes da interferência da prótese na articulação de sons e aumento da salivação. O paciente deve ser instruído a utilizar prótese de maneira que exista uma adaptação o mais rápida possível e que todas as sensações referidas anteriormente sejam superadas. (9)

A educação do paciente sobre o uso e higienização da prótese desempenha um papel crucial no processo de reabilitação, sendo essencial que este seja instruído sobre os cuidados orais necessários, e que lhe sejam dadas as recomendações para a sua utilização. Deve ser também referida e a importância de comparecer às consultas de controlo para garantir a correta manutenção do componente protético. (41,42)

A utilização de próteses removíveis pode apresentar algumas dificuldades relacionadas à mastigação, estabilidade e retenção. Apesar de proporcionar uma notável melhoria na capacidade mastigatória, esta pode não oferecer a mesma eficiência e sensação que a mastigação com dentes naturais proporciona. (40,43) A estabilidade e retenção das próteses removíveis estão intrinsecamente ligadas ao tipo de desdentação e nível de reabsorção óssea alveolar, sendo que, quanto mais extensa for a perda de peças dentárias e maior for a reabsorção alveolar, maiores dificuldades poderão ser encontradas na manutenção desses aspetos. (39)

### **1.3.2 Tipos de suporte**

O tipo de prótese removível utilizado é dependente do padrão de desdentação e necessidades do paciente, sendo que existem próteses removíveis que apresentam um suporte dentário, suporte mucoso, e as que apresentam um suporte misto, mucodentário. (39)



O suporte dentário é uma característica das próteses parciais removíveis, conhecidas como próteses esqueléticas. (42) Neste tipo de prótese, ainda existem dentes naturais remanescentes na arcada do paciente, nos quais a prótese se apoia por meio de retentores diretos e indiretos para obter suporte, retenção e estabilidade. (42) A prótese esquelética é constituída por um esqueleto em metal (cromo-cobalto), que se apoia tanto na mucosa como nas peças dentárias, oferecendo uma maior estabilidade e resistência, relativamente à prótese em resina acrílica. (42,44)

O suporte muco-dentário encontra-se igualmente em próteses parciais esqueléticas, mas tem como característica diferenciadora a existência de perdas dentárias com extensões livres em que é necessário, além do suporte dos dentes naturais, um suporte mucoso para garantir a estabilidade e retenção da porção livre da prótese. (42)

O suporte mucoso refere-se às próteses que se apoiam apenas nos tecidos moles da cavidade oral, e este é comumente encontrado em próteses totais, apresentando-se como uma opção vantajosa para indivíduos completamente desdentados, pois permite restabelecer as peças dentárias perdidas e proporcionar funcionalidade e estética ao sistema estomatognático. (9) A adaptação do paciente à utilização deste tipo de prótese pode ser desafiante visto as notórias limitações da prótese acrílica quando comparada com a dentição natural. (9,45) Em casos menos comuns, pode ser realizada uma prótese parcial com suporte mucoso em resina acrílica, sendo que é considerada uma prótese temporária. Esta apresenta uma menor durabilidade e maior suscetibilidade à fratura, o que indica uma qualidade inferior relativamente às próteses esqueléticas, contudo é uma opção que pode ser prescrita pelo médico dentista. (42,46)

As próteses esqueléticas apresentam vantagens significativas em relação às próteses acrílicas, destacando-se a maior resistência mecânica e rigidez, qualidades essas que conferem uma maior durabilidade e estabilidade durante a função mastigatória. (41) A utilização de materiais metálicos nas estruturas das próteses esqueléticas proporcionam uma resistência superior, permitindo que este tipo de prótese suporte forças oclusais e de mastigação com maior eficiência. Apresentam contudo uma desvantagem estética associada ao uso deste tipo e material que é a visibilidade dos ganchos metálicos, que muitas vezes compromete a aparência natural da cavidade oral. (41–43) Por outro lado, as próteses acrílicas, embora ofereçam vantagens estéticas devido à sua capacidade de se assemelhar aos dentes naturais

e gengivas, têm como desvantagem o material utilizado para a sua confecção, que apresenta uma maior propensão à deterioração ao longo do tempo, podendo comprometer a integridade estrutural e funcionalidade da prótese a longo prazo. (9,41)

#### **1.4 Qualidade de vida**

A qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), refere-se à “percepção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (28,47) Está relacionada com o bem-estar físico, social e psicológico, sendo uma representação subjetiva que depende da interpretação de cada pessoa. A qualidade de vida apresenta-se também intimamente ligada às experiências e cultura em que o indivíduo está inserido. (48–50). A cultura e a etnia de uma pessoa exercem influência sobre as suas atitudes, crenças e valores o que contribui para a forma como cada indivíduo vivencia a mesma experiência. Dessa forma, a percepção da qualidade de vida difere de um indivíduo para o outro. (51) A qualidade de vida encontra-se interligada a todas as áreas de saúde incluindo a saúde oral. (28)

A definição de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças”, indicando que o conceito de saúde geral engloba não só a saúde física, capacidade de realizar as tarefas básicas do dia a dia, como a saúde mental, ausência de distúrbios tais como depressão e ansiedade que acarretam emoções negativas, assim como a componente social do indivíduo, as suas circunstâncias de vida, de trabalho, o ambiente onde se encontra colocado e se este é capaz de participar na sociedade, estando todas as vertentes da saúde interligadas e tendo igual impacto para a manutenção da saúde. (52,53)

A abordagem da qualidade de vida na área da saúde envolve uma compreensão ampla do bem-estar físico, social e psicológico, levando em consideração a percepção subjetiva de cada indivíduo. Essa compreensão contribui para uma visão mais global dos cuidados de saúde, permitindo que os profissionais considerem não apenas os aspetos clínicos, mas também as necessidades individuais e o impacto dos tratamentos na vida dos pacientes. (54)

## 1.5 Qualidade de vida relacionada com saúde oral

A saúde oral está integrada na saúde geral, e é essencial para uma boa qualidade de vida. Uma cavidade oral não funcional tem aspetos não só incapacitantes como incómodos, tendo um impacto negativo na vida e na saúde da pessoa. (28,49) Apesar da maioria dos problemas orais não apresentarem um risco para a vida, estes têm um papel ativo na diminuição da qualidade de vida ao causarem tanto problemas físicos, relacionados com falta de função, dor e incómodo, como problemas psicológicos relacionados com a autoestima e o impacto que acarretam à vida social. (50)

A saúde oral está intimamente ligada à qualidade de vida, abrangendo diversos aspetos que influenciam o bem-estar geral de uma pessoa, o que inclui a capacidade de desfrutar de refeições sem desconforto, ter um sono tranquilo, estabelecer interações sociais sem constrangimentos, manter uma autoestima saudável e sentir-se satisfeito com a condição da sua saúde oral. (55) Esta está associada a quatro grupos: fatores funcionais, fatores psicológicos, fatores sociais e sensação de dor ou desconforto. (55) Os fatores funcionais, psicológicos e sociais relacionados com a saúde oral, desempenham um papel significativo na qualidade de vida, abrangendo a capacidade da cavidade oral realizar funções como a mastigação e correta fonação, o impacto estético na confiança e autoestima, bem como na vida íntima e social do indivíduo, além de influenciar a sua capacidade de comunicação. A presença de dor e/ou desconforto quer aguda ou crónica afeta a qualidade de vida relacionada com saúde oral. (36,55)

A preservação dos dentes naturais na cavidade oral está positivamente relacionada com a qualidade de vida, enquanto a ausência dos mesmos indica o oposto. A perda dentária, dependendo da sua localização, apresenta diferentes efeitos, a perda de dentes posteriores resulta principalmente em problemas funcionais, enquanto a perda de dentes anteriores acarreta não apenas problemas funcionais, mas também problemas estéticos que têm consequências psicológicas e sociais para o paciente. (56)

Quando os dentes presentes na arcada sofrem lesões de cárie, problemas periodontais e/ou estão a causar dor e desconforto ao paciente, a sua permanência na arcada não implica necessariamente uma melhoria na qualidade de vida, pelo contrário, e desta forma é essencial avaliar se esses dentes são passíveis de

restauração e tratamento ou se estão comprometidos a ponto de não apresentarem opções viáveis de cura. (57) Quando a extração dentária é necessária, esta pode ter um impacto positivo na qualidade de vida, aliviando os sintomas relacionados ao dente afetado, como dor e desconforto, no entanto, também pode trazer novas dificuldades devido à ausência da peça dentária. Desta forma torna-se necessária uma análise detalhada de cada situação e planeamento do caso clínico de forma a responder à necessidade do paciente, minimizando qualquer perda de qualidade de vida decorrente do procedimento. (28)

A reabilitação oral desempenha um papel fundamental na restituição da qualidade de vida dos pacientes edêntulos, uma vez que, além da simples reposição das peças dentárias perdidas, é capaz de restaurar a função oral contribuindo para uma melhor saúde oral e geral do paciente, proporcionando um impacto positivo significativo na qualidade de vida dos pacientes. (11,40)

Atualmente existe um interesse crescente em não só diagnosticar a doença oral como medir o impacto que esta tem no dia a dia da pessoa e conseqüentemente na sua qualidade de vida. Nesse âmbito foram criados questionários que nos permitem avaliar e quantificar a auto percepção da saúde oral e as repercussões que estes problemas têm, explorando os aspetos físicos, psicológicos e sociais. (50)

## **OBJETIVOS**



## **2. OBJETIVOS**

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto que a prótese removível tem na qualidade de vida do paciente reabilitado.

Este estudo procura analisar se o uso de próteses removíveis proporciona uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes que realizaram uma reabilitação oral, considerando aspetos físicos, emocionais e sociais.

Procura-se igualmente identificar as possíveis dificuldades relacionadas ao uso das próteses removíveis que possam afetar negativamente a qualidade de vida e com base nessas queixas encontrar respostas e soluções viáveis que possam resolver ou minimizar os problemas enfrentados pelos pacientes.





## **MATERIAIS E MÉTODOS**



### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Tendo presente o objetivo de avaliar o impacto da Prótese Removível na qualidade de vida do paciente reabilitado, foi realizado um estudo observacional transversal no âmbito da unidade curricular de Prostodontia Removível.

#### **3.2 Caracterização da amostra**

O presente estudo foi realizado numa amostra de 75 indivíduos que foram reabilitados com prótese removível na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa no ano letivo de 2021-2022. De forma a uniformizar os requisitos necessários à participação no presente estudo, foram delineados previamente critérios de inclusão assim como critérios de exclusão.

Como critérios de inclusão o estudo abrange indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades, portadores de prótese removível reabilitados no âmbito da disciplina de Prostodontia Removível no ano letivo 2021-2022.

Foram critérios de exclusão do presente estudo:

- Falta de vontade/disponibilidade de participar no mesmo;
- Falta de comparência à consulta de controlo;
- Reabilitação com prótese removível com encaixe em implantes e/ou Nardys;
- Falecimento.

A amostra final foi de 37 pacientes.

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

Em primeiro lugar foi realizada a recolha de dados sociodemográficos dos participantes, incluindo informações sobre género e idade.

Foi igualmente analisado o tipo de desdentação por arcada e dividido entre parcial e total. Os desdentados parciais foram classificados de acordo com a Classificação de Kennedy. Estas variáveis foram consideradas importantes para caracterizar a amostra e analisar possíveis diferenças entre os grupos.

A fim de avaliar o impacto da utilização da prótese removível na qualidade de vida dos pacientes foram aplicados os questionários: Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) para os pacientes com idade inferior a 65 anos e o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para os pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, ambos validados e traduzidos para a população portuguesa. (50,58,59) Foram também utilizados o Índice de Leake e o Questionário de satisfação protética de McGill para a totalidade da amostra.

#### **3.3.1 Classificação de Kennedy**

A classificação de Kennedy é um sistema utilizado na Medicina Dentária para classificar as perdas dentárias parciais de acordo com a topografia da arcada. Existem quatro classes na classificação de Kennedy, cada uma correspondendo a um padrão específico de perda dentária. A Classe I corresponde a uma perda bilateral posterior aos dentes remanescentes. A Classe II à perda unilateral posterior aos dentes remanescentes, a Classe III a uma perda intercalar unilateral (apresenta dentes anterior e posteriormente à zona edêntula). A Classe IV corresponde a uma perda dentária anterior aos dentes remanescentes. Além das classes principais, existem subdivisões que ajudam, se necessário, na quantificação dos restantes espaços edêntulos. A finalidade desta classificação é guiar o planeamento e desenvolvimento de próteses parciais removíveis. (42)

#### **3.3.2 Oral Health Impact Profile (OHIP-14)**

O OHIP-14 é um questionário desenvolvido em 1994 por Slade e Spencer. (60) Originalmente com uma versão de 49 perguntas, o questionário viu-se revisto e encurtado, para a atual versão com 14 perguntas, porque apresentava algumas

limitações tais como o tempo necessário para o correto preenchimento e a redundância em algumas perguntas.

Este questionário visa compreender o impacto que os problemas orais têm na vida pessoal, social e psicológica do indivíduo. Os aspetos avaliados são a limitação funcional (2 questões), a dor física (2 questões), o desconforto psicológico (2 questões), a incapacidade física (2 questões), a incapacidade psicológica (2 questões), a incapacidade social (2 questões) e a desvantagem relativa à satisfação da vida em geral e incapacidade relacionada às atividades realizadas (2 questões). As respostas variam entre “quase sempre” (4 pontos), “várias vezes” (3 pontos), “poucas vezes” (2 pontos), “raramente” (1 ponto) e “nunca” (0 pontos). (50,58,61) (Anexo 8.1)

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

O Geriatric Oral Health Assessment Index é um questionário que permite a avaliação da auto percepção da saúde oral e do seu impacto no dia a dia indicado e desenvolvido especialmente para a população geriátrica com idade igual ou superior a 65 anos.

É composto por 12 questões, avaliando aspetos físicos, psíquicos e dor/desconforto. As questões existentes dividem-se em 4 questões relativas à capacidade mastigatória, fala e deglutição, 5 questões relacionadas com os sentimentos associados à saúde oral, estética e o seu impacto na vida social e 3 questões referentes à dor e desconforto sentidos e a toma de medicamentos derivada desses sintomas. As respostas variam entre “sempre” (valor 1), “algumas vezes” (valor 2) e “nunca” (valor 3), o valor final provém de uma soma simples, variando entre 12-36 pontos. Um somatório de 34 a 36 pontos indica uma “elevada” auto percepção da saúde oral, um valor de 30 a 33 pontos refere uma “moderada” auto percepção da saúde oral e um valor inferior a 30 pontos indica uma “baixa” auto percepção da saúde oral. (50,59) (anexo 8.2)

### **3.3.4 Índice de Leake**

O Índice de Leake consiste na avaliação da capacidade mastigatória do paciente relativamente a uma categoria de alimentos. São avaliados 5 grupos de alimentos: “legumes cozidos (bróculos, cenouras, feijão verde)”, “bife, costeleta”, “cenoura crua (inteira)”, “salada crua (alface, pepino, tomate)” e “maça inteira com casca (sem cortar)”.

As respostas variam entre “não consigo”, “consigo com dificuldade” e “consigo sem dificuldade”. (62) (anexo 8.2)

### **3.3.5 Questionário de satisfação protética de McGill**

O questionário de satisfação protética de McGill avalia a satisfação dos pacientes relativamente às suas próteses.

Questiona vários aspetos relacionados com a prótese tal como a facilidade de limpeza (1 questão), a satisfação geral (1 questão), a capacidade de falar (1 questão), o conforto (1 questão), a aparência (1 questão), a estabilidade (1 questão) e a condição oral (1 questão). Avalia a capacidade mastigatória, classificando-a de maneira geral e de maneira específica relativamente à capacidade de mastigar certos alimentos (“pão branco fresco”, “queijo duro”, “cenouras cruas”, “carne fria fatiada”, “bife cortado”, “maças cruas” e “alface”). Avalia também a função mastigatória: se a comida é bem mastigada antes de ser engolida, relativamente a esses mesmos alimentos e de forma genérica. A escala de avaliação é uma escala analógica visual de 1-10, sendo que em questões de satisfação o 1 representa “nada satisfeito” e o 10 “muito satisfeito”, em questões da mastigação o 1 representa “nada difícil” e o 10 “muito difícil” e em questões de função de mastigação o 1 representa “bem mastigados” e o 10 representa “mal mastigados”. (63) (Anexo 8.3)

## **3.4. Processamento de dados**

Neste estudo, após a recolha dos dados foi feita a codificação e inserção numa base de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0, onde se realizou o tratamento estatístico. O tratamento foi realizado tendo em consideração os objetivos do estudo.

Para a análise estatística descritiva recorreu-se às distribuições de frequências e às medidas estatísticas como mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana.

De forma a resumir a informação presente do conjunto de itens com intuito de averiguar a frequência de realização das atividades, queixas e sensações recorreu-se à construção das dimensões propostas pelos autores dos instrumentos aplicados. Determinou-se o coeficiente Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna das dimensões e das escalas em análise, Hill & Hill (2005).

Para a análise estatística inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos de Mann-Whitney, para detetar diferenças significativas entre dois grupos independentes. Para a comparação de três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Utilizou-se também o teste de independência do Qui-quadrado, para medir a possível associação entre variáveis. Este teste pressupõe que a amostra tenha pelo menos vinte elementos e que a frequência esperada seja pelo menos cinco. Sempre que não se verificarem estas condições, recorreu-se ao teste exato de independência de Fisher.

O valor de significância utilizado no presente estudo foi de 5%.

### **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 Medecine” 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

Participaram no estudo 37 indivíduos, dos quais 43,2% ( $n=16$ ) apresentaram idade inferior a 65 anos e os restantes 56,8% ( $n=21$ ) apresentaram idade igual ou superior a 65 anos. Obteve-se a média de 53,00 anos com um desvio padrão de 8,47 anos para o grupo com idade inferior a 65 anos e a média de 72,29 anos com desvio padrão de 5,09 anos no grupo com idade igual ou superior a 65 anos.

Observou-se que, em ambos os grupos, prevalecem os pacientes do sexo feminino, sendo que no grupo com idade inferior a 65 anos correspondem a 56,3% ( $n=9$ ) da amostra e no grupo com idade igual ou superior a 65 anos a 61,9% ( $n=13$ ).

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

Característica		Idade < 65 anos	Idade ≥ 65 anos	Total $n$ (%)	Teste Qui Quadrado ET (p)
Sexo	Masculino $n$ (%)	7 (43,8%)	8 (38,1%)	16 (40,5%)	0,120 (0,749)
	Feminino $n$ (%)	9 (56,3%)	13 (61,9%)	21 (59,5%)	
Total $n$ (%)		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
Idade	$\bar{X} \pm s^*$	53,00 ± 8,47	72,29 ± 5,09		

\* $\bar{X} \pm s$  – média ± desvio padrão

No que diz respeito ao tipo de reabilitação foi verificado que na arcada superior observa-se que em ambos os grupos, a maioria da amostra realizou uma reabilitação parcial. No caso da reabilitação da arcada inferior, 50% ( $n=8$ ) do grupo com idade inferior a 65 anos realizou uma reabilitação parcial, assim como a maioria do grupo com idade igual ou superior a 65 anos.

Quanto ao tipo de reabilitação (uni ou bimaxilar), observa-se que tanto no grupo com idade inferior a 65 anos como no grupo com idade igual ou superior a 65 anos prevalece a reabilitação bimaxilar.

**Tabela 2** - Caracterização sociodemográfica da amostra (Tipo de reabilitação)

Característica		Idade < 65 anos	Idade ≥ 65 anos	Total n (%)	Teste Qui Quadrado ET (p)
Reabilitação da Arcada Superior n (%)	Parcial	13 (81,3%)	12 (57,1%)	25 (67,6%)	2,291* (0,357)
	Total	2 (12,5%)	5 (23,8%)	7 (18,9%)	
	Sem Reabilitação	1 (6,3%)	4 (19,0%)	5 (13,5%)	
Total n (%)		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
Reabilitação da Arcada Inferior n (%)	Parcial	8 (50,0%)	15 (71,4%)	23 (62,6%)	2,869* (0,358)
	Total	3 (18,8%)	4 (19,0%)	7 (18,9%)	
	Sem Reabilitação	5 (31,3%)	2 (9,5%)	7 (18,9%)	
Total n (%)		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
Tipo de Reabilitação	Unimaxilar	6 (37,5%)	6 (28,6%)	12 (32,4%)	0,330 (0,565)
	Bimaxilar	10 (62,5%)	15 (71,4%)	25 (67,6%)	
Total n (%)		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	

\*- aplicação do teste exato de Fisher, não se verificaram os pressupostos do teste do Qui-quadrado.  
ET (p) – Estatística do teste (nível de significância)

Relativamente à Classificação de Kennedy no caso da reabilitação da arcada superior, os resultados são muito próximos entre os dois grupos, existindo uma maior prevalência da Classe III. Já no caso da 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 ligeira maioria da Classe III. O resultado conjunto entre os dois grupos indica uma predominância da Classe I de Kennedy na reabilitação da arcada inferior. Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher, concluiu-se que os grupos (idade inferior a 65 anos/ idade igual ou superior a 65 anos) não estavam significativamente associados às variáveis: sexo, tipo de reabilitação e Classificação de Kennedy.

**Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra (Classificação de Kennedy)**

<b>Característica</b>		<b>Idade &lt; 65 anos</b>	<b>Idade ≥ 65 anos</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>Teste Qui Quadrado ET (p)</b>
<b>Classificação de Kennedy – Arcada Superior</b> <i>n (%)</i>	<b>Classe I</b>	4 (30,8%)	3 (25,0%)	7 (28,0%)	0,265* (0,999)
	<b>Classe II</b>	3 (23,1%)	3 (25,0%)	6 (24,0%)	
	<b>Classe III</b>	6 (46,2%)	6 (50,0%)	12 (48,0%)	
<b>Total n (%)</b>		13 (100%)	12 (100%)	25 (100%)	
<b>Classificação de Kennedy – Arcada Inferior</b> <i>n (%)</i>	<b>Classe I</b>	3 (37,5%)	8 (53,3%)	11 (47,8%)	1,773* (0,524)
	<b>Classe II</b>	2 (25,0%)	5 (33,3%)	7 (30,4%)	
	<b>Classe III</b>	3 (37,5%)	2 (13,3%)	5 (21,7%)	
<b>Total n (%)</b>		8 (100%)	15 (100%)	23 (100%)	

\*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)

Na tabela 4 apresentam-se os resultados do instrumento OHIP que procura entender o impacto que os problemas orais têm na vida pessoal, social e psicológica do indivíduo.

Como a pontuação atribuída a cada item varia entre um (quase sempre) a cinco (nunca) concluiu-se que a valores médios mais elevados corresponde maior funcionalidade, menor dor e/ou limitação. Analisando os itens do instrumento observa-se que, em termos médios, os indivíduos inquiridos raramente ou nunca sentiram: “Tem sido totalmente incapaz de funcionar”,  $4,94 \pm 0,25$ ; “Teve dificuldade em realizar tarefas habituais”,  $4,88 \pm 0,34$ ; “Tem sido menos tolerante ou paciente c/companheiro e/ou família”,  $4,87 \pm 0,35$ ; “Teve de interromper alguma refeição”,  $4,81 \pm 0,54$  e “Sentiu que o paladar piorou”,  $4,80 \pm 0,56$ . Por outro lado os itens onde se verificaram mais queixas foram: “Sentiu desconforto a comer algum alimento”,  $3,63 \pm 1,46$  e “Teve dores na sua boca”,  $3,75 \pm 1,24$ . Pode-se concluir que os resultados são bons em todas as dimensões, ou seja, os utentes não apresentam limitação funcional, não apresentam incapacidade física, psicológica ou social, não sentem desvantagem nem desconforto psicológico. Onde existem mais queixas é na dimensão dor física,  $3,69 \pm 1,11$ , cujo resultado se traduz em poucas ocorrências.

Em suma, o impacto dos problemas orais na vida pessoal, social e psicológica dos indivíduos com idade inferior a 65 anos inquiridos é muito reduzido.

**Tabela 4 - Caracterização do instrumento OHIP-14**

<b>Dimensão</b>	<b>Itens (aspectos a avaliar)</b>	$\bar{X} \pm s$	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Min-Max</b>	$\bar{X} \pm s$
<b>Limitação funcional</b>	Teve problemas em pronunciar alguma palavra	4,75±0,58	0,082	4,00-5,00	4,78±0,41
	Sentiu que o paladar piorou	4,80±0,56			
<b>Dor física</b>	Teve dores na sua boca	3,75±1,24	0,515	1,50-5,00	3,69±1,11
	Sentiu desconforto a comer algum alimento	3,63±1,46			
<b>Desconforto psicológico</b>	Tem-se sentido pouco à vontade	4,13±1,26	0,954	2,00-5,00	4,13±1,20
	Sentiu-se tenso	4,13±1,20			
<b>Incapacidade física</b>	Já deixou de comer algum alimento	4,63±0,89	0,195	3,50-5,00	4,72±0,55
	Teve de interromper alguma refeição	4,81±5,54			
<b>Incapacidade psicológica</b>	Sentiu dificuldade em relaxar	4,56±0,81	0,301	3,00-5,00	4,56±0,66
	Tem-se sentido um pouco envergonhado	4,56±0,89			
<b>Incapacidade social</b>	Tem sido menos tolerante ou paciente c/companheiro e/ou família	4,87±0,35	0,595	4,00-5,00	4,88±0,29
	Teve dificuldade em realizar tarefas habituais	4,88±0,34			
<b>Desvantagem</b>	Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral	4,56±0,89	0,161	3,50-5,00	4,75±0,48
	Tem sido totalmente incapaz de funcionar	4,94±0,25			
<b>OHIP</b>			0,728	3,79-5,00	4,49±0,39

Nas tabelas 5 e 6 apresentam-se os resultados do instrumento OHIP-14 relativos ao tipo de reabilitação: superior e inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 5 observa-se que para a reabilitação superior os resultados das dimensões e globalidade da escala OHIP-14 são idênticos entre os pacientes com tratamento parcial ou total, o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 5** - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação superior

<b>Dimensão</b>	<b>Reabilitação Superior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>Z (p)</b>
<b>Limitação funcional</b>	<b>Parcial</b>	4,81±0,38	5	-0,730 (0,466)
	<b>Total</b>	5,00±0,00	5	
<b>Dor física</b>	<b>Parcial</b>	3,65±1,62	4	-0,518 (0,605)
	<b>Total</b>	4,00±1,41	4	
<b>Desconforto psicológico</b>	<b>Parcial</b>	3,92±1,26	4,50	-1,444 (0,149)
	<b>Total</b>	5,00±0,00	5	
<b>Incapacidade física</b>	<b>Parcial</b>	4,77±0,48	4,75	-0,982 (0,326)
	<b>Total</b>	4,25±1,06	5	
<b>Incapacidade psicológica</b>	<b>Parcial</b>	4,46±0,69	5	-1,155 (0,248)
	<b>Total</b>	5,00±0,00	5	
<b>Incapacidade social</b>	<b>Parcial</b>	4,85±0,32	5	-0,730 (0,466)
	<b>Total</b>	5,00±0,00	5	
<b>Desvantagem</b>	<b>Parcial</b>	4,69±0,52	5	-0,873 (0,383)
	<b>Total</b>	5,00±0,00	5	
<b>OHIP</b>	<b>Parcial</b>	4,45±0,41	4,43	-1,106 (0,269)
	<b>Total</b>	4,73±0,38	4,73	

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

Atendendo aos resultados da tabela 6 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões e globalidade do instrumento OHIP-14 são estatisticamente idênticos entre os pacientes com uma reabilitação inferior parcial ou total o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.



**Tabela 6** - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação inferior

<b>Dimensão</b>	<b>Reabilitação Inferior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>Z (p)</b>
<b>Limitação funcional</b>	<b>Parcial</b>	4,94±0,18	5	-0,908 (0,364)
	<b>Total</b>	4,67±0,58	5	
<b>Dor física</b>	<b>Parcial</b>	3,31±1,28	3,25	-0,721 (0,471)
	<b>Total</b>	3,83±1,04	3,50	
<b>Desconforto psicológico</b>	<b>Parcial</b>	4,00±1,07	4,50	-0,529 (0,597)
	<b>Total</b>	4,00±1,73	5,00	
<b>Incapacidade física</b>	<b>Parcial</b>	4,56±0,68	5	-0,237 (0,813)
	<b>Total</b>	4,67±0,58	5	
<b>Incapacidade psicológica</b>	<b>Parcial</b>	4,38±0,79	4,75	-0,558 (0,577)
	<b>Total</b>	4,67±0,58	5	
<b>Incapacidade social</b>	<b>Parcial</b>	4,81±0,37	5	-0,130 (0,896)
	<b>Total</b>	4,83±0,29	5	
<b>Desvantagem</b>	<b>Parcial</b>	4,88±0,35	5	-0,761 (0,447)
	<b>Total</b>	4,67±0,58	5	
<b>OHIP</b>	<b>Parcial</b>	4,40±0,28	4,37	-0,409 (0,682)
	<b>Total</b>	4,48±0,62	4,64	

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

Nas tabelas 7 e 8 apresentam-se os resultados do instrumento OHIP-14 relativos às desdentações parciais, utilizando a Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 7 observa-se que para a Classificação de Kennedy na arcada superior os resultados das dimensões e globalidade da escala OHIP são idênticos entre os grupos o que é confirmado pelo teste não paramétrico Kruskal-Wallis, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 7** - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente à Classificação de Kennedy na arcada superior

Dimensão	Classe de Kennedy Superior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Limitação funcional	I	4,88±0,25	5	1,331 (0,514)
	II	5,00±0,00	5	
	III	4,67±0,52	5	
Dor física	I	3,13±1,30	3,25	1,577 (0,455)
	II	3,50±0,87	3	
	III	4,08±0,97	4,25	
Desconforto psicológico	I	4,13±0,75	4,50	0,375 (0,829)
	II	4,00±1,73	5	
	III	3,75±1,47	4,25	
Incapacidade física	I	4,50±0,71	4,75	3,266 (0,195)
	II	4,67±0,58	5	
	III	5,00±0,00	5	
Incapacidade psicológica	I	4,37±0,75	4,50	0,329 (0,848)
	II	4,67±0,58	5	
	III	4,42±0,80	4,75	
Incapacidade social	I	4,88±0,25	5	0,136 (0,934)
	II	4,83±0,29	5	
	III	4,83±0,41	5	
Desvantagem	I	5,00±0,00	5	2,679 (0,262)
	II	4,50±0,50	4,50	
	III	4,58±0,66	5	
OHIP	I	4,40±0,31	4,26	0,110 (0,946)
	II	4,45±0,59	4,64	
	III	4,48±0,44	4,57	

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

Atendendo aos resultados da tabela 8 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões e globalidade do instrumento OHIP-14 são estatisticamente idênticos entre os grupos da medida Classificação de Kennedy para a arcada inferior com exceção da dimensão incapacidade psicológica em que o teste não paramétrico Kruskal-Wallis detetou diferenças estatisticamente significativas. Nesta dimensão

pode-se afirmar que o Classe III de Kennedy apresenta resultados significativamente inferiores aos restantes grupos.

**Tabela 8** - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente à Classificação de Kennedy na arcada inferior

Dimensão	Classe de Kennedy Inferior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Limitação funcional	I	4,83±0,29	5	1,667 (0,435)
	II	5,00±0,00	5	
	III	5,00±0,00	5	
Dor física	I	3,17±1,26	3	0,365 (0,833)
	II	3,00±0,71	3	
	III	3,67±1,89	4,50	
Desconforto psicológico	I	4,67±0,29	4,50	2,931 (0,231)
	II	4,25±1,06	4,25	
	III	3,17±1,26	3	
Incapacidade física	I	4,33±0,76	4,50	1,667 (0,435)
	II	5,00±0,00	5	
	III	4,50±0,87	5	
Incapacidade psicológica	I	5,00±0,00	5	6,030 (0,049)
	II	4,75±0,35	4,75	
	III	<b>3,50±0,50</b>	<b>3,5</b>	
Incapacidade social	I	5,00±0,00	5	3,810 (0,149)
	II	5,00±0,00	5	
	III	4,50±0,50	4,5	
Desvantagem	I	5,00±0,00	5	1,667 (0,435)
	II	5,00±0,00	5	
	III	4,67±0,58	5	
OHIP	I	4,54±0,20	4,46	5,060 (0,080)
	II	4,57±0,12	4,57	
	III	4,14±0,28	4,21	

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

Nas tabelas 9 e 10 apresentam-se os resultados do instrumento OHIP-14 relativos ao tipo de reabilitação superior parcial e tipo de reabilitação inferior parcial, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela observa-se que para a reabilitação superior os resultados das dimensões e globalidade da escala OHIP-14 são idênticos entre os pacientes com uma reabilitação parcial acrílica ou esquelética, o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 9** - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada superior

<b>Dimensão</b>	<b>Reabilitação Superior parcial</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>Z (p)</b>
<b>Limitação funcional</b>	<b>P. Acrílica</b>	5,00±0,00	5	-1,255 (0,414)
	<b>P. Esquelética</b>	4,77±0,44	5	
<b>Dor física</b>	<b>P. Acrílica</b>	3,13±1,25	3,25	-1,098 (0,330)
	<b>P. Esquelética</b>	3,89±1,11	4,40	
<b>Desconforto psicológico</b>	<b>P. Acrílica</b>	3,63±1,38	3,75	-0,642 (0,604)
	<b>P. Esquelética</b>	4,06±1,26	4,50	
<b>Incapacidade física</b>	<b>P. Acrílica</b>	4,38±0,75	4,50	-1,670 (0,260)
	<b>P. Esquelética</b>	4,94±1,17	5	
<b>Incapacidade psicológica</b>	<b>P. Acrílica</b>	4,00±0,41	4	-2,026 (0,076)
	<b>P. Esquelética</b>	4,67±0,71	5	
<b>Incapacidade social</b>	<b>P. Acrílica</b>	4,75±0,29	4,75	-1,255 (0,414)
	<b>P. Esquelética</b>	4,89±0,33	5	
<b>Desvantagem</b>	<b>P. Acrílica</b>	4,75±0,50	5	-0,283 (0,825)
	<b>P. Esquelética</b>	4,67±0,56	5	
<b>OHIP</b>	<b>P. Acrílica</b>	4,23±0,38	4,21	-1,391 (0,2199)
	<b>P. Esquelética</b>	4,54±0,40	4,64	

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

Atendendo aos resultados da tabela 10 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões e globalidade do instrumento OHIP-14 são estatisticamente idênticos entre os pacientes com uma reabilitação inferior parcial acrílica ou esquelética o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 10** - Resultados do instrumento OHIP-14 relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada inferior

Dimensão	Reabilitação Inferior Parcial	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Limitação funcional	P. Acrílica	5,00±0,00	5	-0,775 (0,786)
	P. Esquelética	4,90±0,22	5	
Dor física	P. Acrílica	2,67±1,04	3	-1,050 (0,393)
	P. Esquelética	3,70±1,35	4,50	
Desconforto psicológico	P. Acrílica	4,83±0,29	5	-1,998 (0,071)
	P. Esquelética	3,50±1,06	3,50	
Incapacidade física	P. Acrílica	4,50±0,87	5	-0,001 (0,999)
	P. Esquelética	4,60±0,65	5	
Incapacidade psicológica	P. Acrílica	4,33±0,76	4,50	-0,318 (0,786)
	P. Esquelética	4,40±0,89	5	
Incapacidade social	P. Acrílica	5,00±0,00	5	-1,171 (0,393)
	P. Esquelética	4,70±0,45	5	
Desvantagem	P. Acrílica	5,00±0,00	5	-0,775 (0,786)
	P. Esquelética	4,80±0,45	5	
OHIP	P. Acrílica	4,46±0,25	4,46	-0,600 (0,571)
	P. Esquelética	4,36±0,32	4,31	

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

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

Na tabela 11 apresentam-se os resultados do instrumento GOHAI que procura entender o impacto que os problemas orais têm na vida pessoal, social e psicológica do indivíduo geriátrico. Este instrumento foi aplicado ao grupo com idade igual ou superior a 65 anos. Como a pontuação atribuída a cada item varia entre um (sempre) a três (nunca) concluiu-se que a valores médios mais elevados corresponde maior funcionalidade, menor dor ou limitação. De referir que foi necessário inverter as pontuações do item “Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca” para construir a dimensão, pois a afirmação deste item estava em sentido contrário às restantes questões. Assim sendo e analisando os itens do instrumento observa-se que, em termos médios, os indivíduos inquiridos raramente ou nunca sentiram ou abdicaram: “Deixou de se encontrar com algumas pessoas por causa da sua boca”, 2,86±0,36; “Teve de tomar medicamentos para passar a dor ou desconforto na boca”,

2,81±0,51; “Teve dor ou desconforto para engolir alimentos”, 2,76±0,54; “Evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca”, 2,71±0,56 e “Teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado”, 2,71±0,56. Por outro lado os itens onde se verificaram mais queixas foram: “Sentiu algum desconforto a comer algum alimento”, 2,24±0,70; “Teve problemas para mastigar alimentos”, 2,38±0,50 e “Mudou o seu modo de falar por causa de problemas na sua boca”, 2,48±0,68. Considerando as dimensões e atendendo à consistência interna das mesmas observa-se, neste estudo, que esta é de modo geral sofrível, com exceção da dimensão dor ou desconforto e a globalidade do instrumento cujos valores de alfa de Cronbach são pelo menos bons. Pode-se concluir que os resultados são bons em todas as dimensões, ou seja, os utentes não apresentam limitação física ou social e não sentem desconforto. Onde existem mais queixas é na dimensão física, 2,44±0,51, cujo resultado se traduz em poucas ocorrências.

Em suma, o impacto dos problemas orais na vida pessoal, social e psicológica dos indivíduos geriátricos inquiridos é muito reduzido.

**Tabela 11 - Caracterização do instrumento GOHAI**

<b>Dimensão</b>	<b>Itens (aspetos a avaliar)</b>	$\bar{X} \pm s^*$	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Min-Max</b>	$\bar{X} \pm s$
<b>Física</b>	Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes	2,67±0,58	0,834	1,25-3,00	2,44±0,51
	Teve problemas para mastigar alimentos	2,38±0,50			
	Mudou o seu modo de falar por causa de problemas na sua boca	2,48±0,68			
	Sentiu algum desconforto a comer algum alimento	2,24±0,70			
<b>Psicossocial</b>	Deixou de se encontrar com algumas pessoas por causa da sua boca	2,86±0,36	0,443	1,67-3,00	2,65±0,41
	Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca *	1,62±0,81			
	Evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na sua boca	2,71±0,56			
<b>Dor ou Desconforto</b>	Teve dor ou desconforto para engolir alimentos	2,76±0,54	0,789	1,60-3,00	2,69±0,43
	Teve de tomar medicamentos para passar a dor ou desconforto na boca	2,81±0,51			
	Teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado	2,71±0,56			
	Chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca	2,57±0,68			
	Sentiu que os seus dentes ou gengivas ficaram mais sensíveis a alimentos ou líquidos	2,57±0,60			
<b>GOHAI</b>			0,796	1,83-3,00	2,60±0,39

Nas tabelas 12 e 13 apresentam-se os resultados do instrumento GOHAI relativos à medida reabilitação superior e inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 12 observa-se que para a medida reabilitação superior os resultados das dimensões e globalidade da escala GOHAI são idênticos entre os pacientes com tratamento parcial ou total o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 12** - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação na arcada superior

<b>Dimensão</b>	<b>Reabilitação Superior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>Z (p)</b>
<b>Física</b>	<b>Parcial</b>	2,48±0,42	2,38	-1,514 (0,130)
	<b>Total</b>	2,05±0,65	2	
<b>Psicossocial</b>	<b>Parcial</b>	2,67±0,35	2,67	-1,311 (0,190)
	<b>Total</b>	2,33±0,53	2,33	
<b>Dor ou Desconforto</b>	<b>Parcial</b>	2,72±0,43	2,9	-1,372 (0,170)
	<b>Total</b>	2,40±0,47	2,2	
<b>GOHAI</b>	<b>Parcial</b>	2,63±0,31	2,71	-1,539 (0,124)
	<b>Total</b>	2,27±0,50	2,08	

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

Atendendo aos resultados da tabela 13 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões e globalidade do instrumento GOHAI são estatisticamente idênticos entre os pacientes com tratamento parcial ou total na reabilitação inferior, pois o teste não paramétrico Mann-Whitney não detetou diferenças estatisticamente significativas.



**Tabela 13** - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação na arcada inferior

<b>Dimensão</b>	<b>Reabilitação Inferior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>Z (p)</b>
<b>Física</b>	<b>Parcial</b>	2,48±0,45	2,5	-0,410 (0,682)
	<b>Total</b>	2,25±0,74	2,4	
<b>Psicossocial</b>	<b>Parcial</b>	2,62±0,45	2,67	-0,923 (0,356)
	<b>Total</b>	2,83±0,33	3	
<b>Dor ou Desconforto</b>	<b>Parcial</b>	2,68±0,46	3	-0,525 (0,559)
	<b>Total</b>	2,65±0,44	2,8	
<b>GOHAI</b>	<b>Parcial</b>	2,60±0,39	2,75	-0,252 (0,801)
	<b>Total</b>	2,56±0,50	2,75	

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

Nas tabelas 14 e 15 apresentam-se os resultados do instrumento GOHAI relativos à Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 14 observa-se que para a Classificação de Kennedy na arcada superior os resultados das dimensões e globalidade da escala GOHAI são idênticos entre os grupos o que é confirmado pelo teste não paramétrico Kruskal-Wallis, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 14** - Resultados do instrumento GOHAI relativamente 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	3,090 (0,213)
	II	2,17±0,14	2,25	
	III	2,71±0,46	3	
Psicossocial	I	2,56±0,19	2,67	1,833 (0,400)
	II	2,89±0,19	3	
	III	2,61±0,44	2,67	
Dor ou Desconforto	I	2,73±0,46	3	0,486 (0,784)
	II	2,45±0,75	2,8	
	III	2,83±0,19	2,9	
GOHAI	I	2,56±0,26	2,67	2,135 (0,344)
	II	2,47±0,41	2,67	
	III	2,74±0,30	2,83	

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

Atendendo aos resultados da tabela 15 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões e globalidade do instrumento GOHAI são estatisticamente idênticos entre os grupos da medida Classificação de Kennedy da arcada inferior, pois o teste não paramétrico Kruskal-Wallis não detetou diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 15** - Resultados do instrumento GOHAI relativamente à Classificação de Kennedy na arcada inferior

Dimensão	Classe de Kennedy Inferior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Física	I	2,31±0,42	2,25	3,123 (0,210)
	II	2,75±0,35	3	
	III	2,50±0,71	2,5	
Psicossocial	I	2,63±0,45	2,67	0,180 (0,914)
	II	2,67±0,47	3	
	III	2,50±0,71	2,5	
Dor ou Desconforto	I	2,53±0,53	2,7	2,852 (0,240)
	II	2,96±0,09	3	
	III	2,60±0,57	3	
GOHAI	I	2,48±0,43	2,54	1,814 (0,404)
	II	2,82±0,14	2,75	
	III	2,54±0,65	2,54	

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

Nas tabelas 16 e 17 apresentam-se os resultados do instrumento GOHAI relativos ao tipo de reabilitação parcial da arcada superior e tipo de reabilitação parcial da arcada inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 16 observa-se que para a medida tipo de reabilitação parcial da arcada superior os resultados das dimensões e globalidade da escala GOHAI são idênticos entre os pacientes com tratamento parcial acrílico ou esquelético o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que não detetou qualquer diferença significativa entre grupos.

**Tabela 16** - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada superior

Dimensão	Reabilitação parcial superior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Física	P. acrílica	2,25±0,22	2,25	-1,657 (0,132)
	P. esquelética	2,71±0,46	3	
Psicossocial	P. acrílica	2,67±0,30	2,67	-0,169 (0,937)
	P. esquelética	2,67±0,42	2,83	
Dor ou Desconforto	P. acrílica	2,67±0,55	2,9	-0,086 (0,937)
	P. esquelética	2,77±0,32	2,9	
GOHAI	P. acrílica	2,53±0,30	2,67	-1,295 (0,240)
	P. esquelética	2,72±0,32	2,83	

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

Atendendo aos resultados da tabela 17 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões e globalidade do instrumento GOHAI são estatisticamente idênticos entre os pacientes com uma reabilitação parcial acrílica ou esquelética na arcada inferior, pois o teste não paramétrico Mann-Whitney não detetou diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 17** - Resultados do instrumento GOHAI relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada inferior

Dimensão	Reabilitação parcial inferior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Física	P. acrílica	2,29±0,40	2,13	-1,392 (0,181)
	P. esquelética	2,61±0,45	2,75	
Psicossocial	P. acrílica	2,50±0,41	2,67	-1,250 (0,272)
	P. esquelética	2,70±0,48	3	
Dor ou Desconforto	P. acrílica	2,47±0,56	2,50	-1,345 (0,224)
	P. esquelética	2,82±0,34	3	
GOHAI	P. acrílica	2,42±0,35	2,46	-1,724 (0,088)
	P. esquelética	2,72±0,39	2,92	

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

#### **4.4 Índice de Leake**

Na tabela 18 apresentam-se os resultados do instrumento que permite avaliar a capacidade mastigatória dos inquiridos em estudo, assim como os resultados da aplicação do teste de independência exato de Fisher. Observa-se que em relação aos legumes cozidos e salada crua a maioria dos pacientes, em ambos os grupos, mastiga-os sem dificuldade. Quanto à mastigação de bifes /costeletas, a maioria dos indivíduos, em ambos os grupos, afirmou que o fazia sem dificuldade, mas cerca de 37% dos inquiridos em cada grupo tinha dificuldade ou não conseguia. Relativamente à cenoura crua registam-se cerca de 45% de observações em cada grupo que não consegue mastigar ou sente dificuldade. No caso da maçã inteira com casca pelo menos 50% dos inquiridos em cada grupo tinha dificuldade ou não conseguia. Pela aplicação do teste de independência exato de Fisher concluiu-se que a capacidade de mastigação de cada um dos alimentos apresentados não estava significativamente associada ao grupo a que pertencia o indivíduo inquirido.

**Tabela 18** - Caracterização da capacidade mastigatória segundo o Índice de Leake

<b>Alimento</b>	<b>Respostas possíveis</b>	<b>Idade &lt; 65 anos</b>	<b>Idade ≥ 65 anos</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>Teste Qui Quadrado</b>
<b>Legumes cozidos</b> <i>n (%)</i>	<b>Consigo com dificuldade</b>	1 (6,3%)	4 (19,0%)	5 (13,5%)	1,273* (0,364)
	<b>Consigo sem dificuldade</b>	15 (93,8%)	17 (81,0%)	32 (86,5%)	
<b>Total n (%)</b>		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
<b>Bifes, costeletas</b> <i>n (%)</i>	<b>Não consigo</b>	0 (0,0%)	3 (14,3%)	3 (8,1%)	2,512* (0,265)
	<b>Consigo com dificuldade</b>	6 (37,5%)	5 (23,8%)	11 (29,7%)	
	<b>Consigo sem dificuldade</b>	10 (62,5%)	12 (57,1%)	22 (59,5%)	
	<b>Não aplicável</b>	0 (0,0%)	1 (4,8%)	1 (2,7%)	
<b>Total n (%)</b>		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
<b>Cenoura crua</b> <i>n (%)</i>	<b>Não consigo</b>	3 (18,8%)	6 (28,6%)	9 (24,3%)	1,002* (0,651)
	<b>Consigo com dificuldade</b>	4 (25,0%)	4 (19,0%)	8 (21,6%)	
	<b>Consigo sem dificuldade</b>	7 (43,8%)	6 (28,6%)	13 (35,1%)	
	<b>Não aplicável</b>	2 (12,5%)	5 (23,8%)	7 (18,9%)	
<b>Total n (%)</b>		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
<b>Salada crua</b> <i>n (%)</i>	<b>Consigo com dificuldade</b>	1 (6,3%)	5 (16,2%)	6 (16,2%)	2,061* (0,206)
	<b>Consigo sem dificuldade</b>	15 (93,8%)	16 (76,2%)	31 (83,8%)	
<b>Total n (%)</b>		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	
<b>Maça inteira com casca</b> <i>n (%)</i>	<b>Não consigo</b>	4 (25,0%)	10 (47,6%)	14 (37,8%)	2,062* (0,347)
	<b>Consigo com dificuldade</b>	4 (25,0%)	3 (14,3%)	7 (18,9%)	
	<b>Consigo sem dificuldade</b>	7 (43,8%)	7 (33,3%)	14 (37,8%)	
	<b>Não aplicável</b>	1 (6,3%)	1 (4,8%)	2 (5,4%)	
<b>Total n (%)</b>		16 (100%)	21 (100%)	37 (100%)	

\*- aplicação do teste exato de Fisher, não se verificaram os pressupostos do teste do Qui-quadrado. ET ( $p$ ) – Estatística do teste (nível de significância)

#### 4.5 Questionário de satisfação protética de McGill

Na tabela 19 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill que avalia a satisfação dos pacientes com a sua reabilitação protética, incluindo fatores funcionais, aparência e capacidade mastigatória. Este instrumento foi aplicado aos dois grupos. É composto por vinte e três questões que se agrupam em três dimensões: satisfação geral, mastigação e função com foi anteriormente descrito. Para a dimensão satisfação geral, como a pontuação atribuída a cada item varia entre um (nada) a dez (tudo) concluiu-se que a valores médios mais elevados corresponde maior satisfação, foi necessário inverter as pontuações dos itens: “Quão difícil é limpar a sua prótese” e “Quão difícil é para si falar devido à prótese” para construir a dimensão, pois a afirmação destes itens estava em sentido contrário aos restantes. Quanto às dimensões mastigação e função concluiu-se que quanto menor o resultado obtido melhor o estado do indivíduo pois a pontuação atribuída a cada item varia entre 1 (nada difícil) a 10 (muito difícil) ou entre 1 (bem mastigados) a 10 (mal mastigados), conforme se trate da capacidade mastigatória ou da função. Assim sendo e analisando os itens do instrumento observa-se que, em termos médios, os indivíduos inquiridos estão consideravelmente satisfeitos: “Está satisfeito com a aparência da sua prótese”,  $9,03 \pm 1,92$ ; “No geral está satisfeito com a saúde da sua boca”,  $8,73 \pm 2,29$ ; são pouco queixosos em relação: “Quão difícil é limpar a sua prótese”,  $1,78 \pm 2,03$  e “Quão difícil é para si falar devido à prótese”,  $1,65 \pm 1,34$ . Por outro lado nos itens da dimensão mastigação observa-se que os inquiridos encontraram, em termos médios, pouca dificuldade em “Quão difícil é para si comer alface c/ a prótese”;  $1,68 \pm 1,45$  e em “Quão difícil é para si comer pão branco fresco c/ a prótese”,  $2,11 \pm 2,01$ . Manifestaram alguma dificuldade na mastigação em: “Quão difícil é para si comer cenouras cruas c/ a prótese”,  $4,52 \pm 3,73$  e em “Quão difícil é para si comer queijo duro c/ a prótese”,  $3,77 \pm 3,39$ . Na dimensão função observa-se que em termos médios, os inquiridos consideraram bem mastigados: “Os pedaços de alface são bem mastigados antes de engolir”,  $1,16 \pm 0,50$  e “Os pedaços de pão branco fresco são bem mastigados antes de engolir”,  $1,59 \pm 1,36$ . Por outro lado, os que em termos médios não são tão bem mastigados foram: “Os pedaços de bife cortado são bem mastigados antes de engolir”,  $2,14 \pm 2,02$  e “Os pedaços de maçãs cruas são bem mastigados antes de engolir”,  $2,05 \pm 2,25$ .

Relativamente à construção das dimensões observa-se que a consistência interna das mesmas é pelo menos boa.

Em termos globais pode-se afirmar que os inquiridos estão satisfeitos com a prótese,  $8,34 \pm 1,57$ ; no que trata a mastigação dos alimentos concluiu-se que está é em termos médios fácil,  $3,03 \pm 2,07$ ; e no caso da função de mastigação observa-se que em média os alimentos são bem mastigados,  $1,84 \pm 1,11$ .

**Tabela 19** - Caracterização do instrumento 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*	1,78±2,03	0,747	4,57-10,00	8,34±1,57
	Quão satisfeito está com a sua prótese	7,27±3,23			
	Quão difícil é para si falar devido à prótese*	1,65±1,34			
	Está satisfeito com o conforto da sua prótese	7,54±3,00			
	Está satisfeito com a aparência da sua prótese	9,03±1,92			
	Está satisfeito com a estabilidade da sua prótese	7,22±3,04			
	No geral está satisfeito com a saúde da sua boca	8,73±2,29			
<b>Mastigação</b>	Em geral, acha difícil mastigar a comida com a sua prótese	3,05±2,47	0,914	1,00-9,63	3,03±2,07
	Quão difícil é para si comer pão branco fresco c/ a prótese	2,11±2,01			
	Quão difícil é para si comer queijo duro c/ a prótese	3,77±3,39			
	Quão difícil é para si comer cenouras cruas c/ a prótese	4,52±3,73			
	Quão difícil é para si comer carne fria fatiada c/ a prótese	2,75±2,35			
	Quão difícil é para si comer bife cortado c/ a prótese	3,14±2,66			
	Quão difícil é para si comer maçãs cruas c/ a prótese	3,76±3,32			



	Quão difícil é para si comer alface c/ a prótese	1,68±1,45			
<b>Função de mastigação</b>	Em geral, a comida é bem mastigada antes de a engolir	2,03±1,76	0,739	1,00-5,29	1,84±1,11
	Os pedaços de pão branco fresco são bem mastigados antes de engolir	1,59±1,36			
	Os pedaços de queijo duro são bem mastigados antes de engolir	1,67±1,27			
	Os pedaços de cenouras cruas são bem mastigados antes de engolir	2,04±2,05			
	Os pedaços de carne fria fatiada são bem mastigados antes de engolir	1,92±1,44			
	Os pedaços de bife cortado são bem mastigados antes de engolir	2,14±2,02			
	Os pedaços de maçãs cruas são bem mastigados antes de engolir	2,05±2,25			
	Os pedaços de alface são bem mastigados antes de engolir	1,16±0,50			
<b>Questionário de Satisfação Protética de McGill</b>		0,634	-----	-----	

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

Na tabela 20 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill em relação aos grupos: idade inferior a 65 anos e idade igual ou superior a 65 anos. Observa-se que o grupo não geriátrico apresenta nível médio de satisfação geral ligeiramente superior,  $8,79 \pm 1,27$ . Na mastigação é o grupo geriátrico que apesar de não se apresentar queixoso obteve o valor médio mais elevado,  $3,39 \pm 2,22$ ; assim como na função de mastigação o grupo geriátrico apresenta o valor médio mais elevado,  $1,91 \pm 0,93$ , embora continue a apresentar alimentos bem mastigados. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney, uma vez que não se verificou a normalidade das distribuições, concluiu-se que as diferenças observadas entre os dois grupos não apresentam significância estatística.

**Tabela 20** - Comparação dos resultados do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill entre grupos etários

<b>Dimensão</b>	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>Min-Max</b>	$\bar{X} \pm s$	<b>ET</b>	<b>p</b>
<b>Satisfação geral</b>	Idade inferior a 65 anos	16	5,57-10,00	8,79±1,27	-1,388	0,175
	Idade igual ou superior a 65 anos	21	4,57-10,00	7,99±1,71		
<b>Mastigação</b>	Idade inferior a 65 anos	16	1,00-6,14	2,56±1,81	-1,233	0,229
	Idade igual ou superior a 65 anos	21	1,00-9,63	3,39±2,22		
<b>Função de mastigação</b>	Idade inferior a 65 anos	16	1,00-5,29	1,75±1,34	-1,291	0,229
	Idade igual ou superior a 65 anos	21	1,00-4,00	1,91±0,93		

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

Nas tabelas 21 e 22 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill relativos à variável tipo de reabilitação na arcada superior e tipo de reabilitação na arcada inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 21 observa-se que para a reabilitação da arcada superior, os resultados das dimensões da escala Questionário de Satisfação Protética de McGill são idênticos entre os pacientes com tratamento parcial ou total a nível da arcada superior, com exceção da dimensão Mastigação, o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que este teste somente detetou diferenças significativas entre pacientes com tratamento parcial ou total na dimensão Mastigação.

**Tabela 21** - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação da arcada superior

Dimensão	Reabilitação Superior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Satisfação geral	Parcial	8,28±1,58	8,43	-0,709 (0,478)
	Total	7,84±1,74	8,29	
Mastigação	Parcial	2,60±1,59	2,43	-2,585 (0,010)
	Total	<b>5,26±2,69</b>	<b>5,50</b>	
Função de mastigação	Parcial	1,82±1,05	1,50	-0,548 (0,584)
	Total	2,16±1,59	1,57	

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

Atendendo aos resultados da tabela 22 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill são estatisticamente idênticos entre os pacientes com tratamento parcial ou total ao nível da arcada inferior, pois o teste não paramétrico Mann-Whitney não detetou diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 22** - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação da arcada inferior

Dimensão	Reabilitação Inferior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Satisfação geral	Parcial	8,03±1,67	8,29	-0,690 (0,490)
	Total	8,55±1,60	9,43	
Mastigação	Parcial	3,31±2,28	2,57	-0,025 (0,980)
	Total	3,05±1,69	3,00	
Função de mastigação	Parcial	2,10±1,25	2,00	-0,989 (0,323)
	Total	1,60±0,89	1,22	

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

Nas tabelas 23 e 24 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill relativos à Classificação de Kennedy na arcada superior e na arcada inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 23 observa-se que para a medida Classificação de Kennedy na arcada superior os resultados das dimensões da escala Questionário de Satisfação Protética de McGill são idênticos entre os grupos, com exceção da dimensão função de mastigação, o que é confirmado pelo teste não paramétrico Kruskal-Wallis, dado que este teste somente detetou diferenças significativas entre grupos na dimensão Função.

**Tabela 23** - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente à Classificação de Kennedy na arcada superior

Dimensão	Classe de Kennedy Superior	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	K (p)
Satisfação geral	I	7,82±1,27	8	3,369 (0,185)
	II	7,86±1,64	8,14	
	III	8,76±1,69	9,64	
Mastigação	I	3,16±1,63	2,88	1,177 (0,555)
	II	2,35±1,17	2,54	
	III	2,39±1,78	1,64	
Função de mastigação	I	<b>2,75±1,23</b>	<b>2,5</b>	7,152 (0,028)
	II	1,71±1,11	1	
	III	1,34±0,45	1	

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

Atendendo aos resultados da tabela 24 concluiu-se que os resultados obtidos para as dimensões do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill são estatisticamente idênticos entre os grupos da Classificação de Kennedy na arcada inferior, pois o teste não paramétrico Kruskal-Wallis não detetou diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 24** - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente à Classificação de Kennedy na arcada inferior

<b>Dimensão</b>	<b>Grupo Kennedy Inferior</b>	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	<b>K (p)</b>
<b>Satisfação geral</b>	<b>I</b>	7,78±1,67	7,57	1,105 (0,576)
	<b>II</b>	8,67±1,07	8,29	
	<b>III</b>	7,71±2,37	8	
<b>Mastigação</b>	<b>I</b>	3,64±2,11	2,88	0,607 (0,738)
	<b>II</b>	2,34±0,80	2,57	
	<b>III</b>	3,95±3,75	2,25	
<b>Função de mastigação</b>	<b>I</b>	2,12±1,35	2	0,224 (0,894)
	<b>II</b>	2,13±1,07	1	
	<b>III</b>	2,03±1,51	1,5	

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

Nas tabelas 25 e 26 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de Satisfação Protética de McGill relativos à variável tipo de reabilitação parcial na arcada superior e tipo de reabilitação parcial na arcada inferior, respetivamente.

Atendendo aos resultados da tabela 25 observa-se que para a o tipo de reabilitação parcial superior os resultados das dimensões da escala Questionário de Satisfação Protética de McGill são consideravelmente distintos entre os pacientes com tratamento parcial acrílico ou esquelético em todas as dimensões, o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que este teste detetou diferenças significativas entre pacientes com tratamento parcial acrílico ou esquelético em todas as dimensões.

**Tabela 25** - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada superior

Dimensão	Reabilitação Superior parcial	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Satisfação geral	P. acrílica	<b>7,46±1,26</b>	<b>7,64</b>	-2,486 (0,012)
	P. esquelética	8,83±1,57	9,29	
Mastigação	P. acrílica	<b>3,29±1,24</b>	<b>3</b>	-2,460 (0,014)
	P. esquelética	2,13±1,67	1,29	
Função de mastigação	P. acrílica	<b>2,45±1,28</b>	<b>2,31</b>	-2,235 (0,036)
	P. esquelética	1,40±0,59	1	

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

Atendendo aos resultados da tabela 26 observa-se que para a Reabilitação inferior parcial os resultados das dimensões da escala Questionário de Satisfação Protética de McGill são idênticos entre os pacientes com tratamento acrílico ou esquelético, com exceção da dimensão Mastigação, o que é confirmado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que este teste somente detetou diferenças significativas entre pacientes com tratamento parcial acrílico ou esquelético na dimensão Mastigação

**Tabela 26** - Resultados do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill relativamente ao tipo de reabilitação parcial (prótese esquelética ou prótese acrílica) na arcada inferior

Dimensão	Reabilitação Inferior parcial	$\bar{X} \pm s$	$\tilde{X}$	Z (p)
Satisfação geral	P. acrílica	7,40±1,45	7,57	-1,775 (0,083)
	P. esquelética	8,44±1,72	8,79	
Mastigação	P. acrílica	<b>4,51±2,42</b>	<b>4</b>	-2,117 (0,033)
	P. esquelética	2,54±1,89	2,19	
Função de mastigação	P. acrílica	2,74±1,47	2,50	-1,868 (0,072)
	P. esquelética	1,69±0,91	1,31	

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

## **DISCUSSÃO**





## 5. DISCUSSÃO

A perda dentária apresenta, comprovadamente, um impacto significativo na qualidade de vida.

A reabilitação com prótese removível desempenha um papel importante na restauração das peças dentárias perdidas e conseqüentemente na melhoria da função mastigatória, estética e bem-estar dos pacientes edêntulos. No entanto, a adapção e a manutenção adequada da prótese são essenciais para garantir a satisfação do paciente.

Compreender o impacto do edentulismo e a importância da prótese removível ajuda a fornecer cuidados dentários eficazes, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Nesta secção, iremos abordar os resultados obtidos no presente estudo.

### 5.1 Análise Sociodemográfica

Relativamente à faixa etária analisada neste estudo, verificaram-se idades compreendidas entre os 30 e os 82 anos, sendo a média geral 64 anos. Apesar de existir uma prevalência de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, esta verifica-se por pouco, o que provavelmente indica que não existe uma idade padrão para os pacientes reabilitados na Clínica Dentária Universitária de Viseu.

Por outro lado, em estudos desenvolvidos por Zlatarić D.K. *et al* e Celebic *et al* que analisaram duas amostras de pacientes de Prótese Removível na Clínica Dentária da Universidade de Zagreb no ano de 2003, verificaram-se idades compreendidas entre os 38 e 89 anos e 39 e 89 anos, respetivamente. (64) Este resultado, pode ser indicativo que a Clínica Dentária Universitária, apesar de ter uma ligeira prevalência nos pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, a idade não é um critério determinante para a reabilitação oral na clínica. Além disso, os pacientes recebidos na clínica podem ter diversas origens incluindo estudantes universitários, moradores locais e pacientes encaminhados de outras instituições de saúde, essa diversidade na origem e perfil dos pacientes pode contribuir para uma distribuição ampla de faixas etárias. Segundo a Organização Mundial de Saúde, verifica-se a existência de uma prevalência de 7% de desdentados totais no mundo inteiro em pessoas com idade igual ou superior a 20 anos. (65)

No que diz respeito ao sexo dos pacientes neste estudo verificou-se que o sexo feminino estava em maioria, tanto de forma geral como em cada grupo etário. Este resultado está de acordo com o verificado na literatura, nomeadamente nos estudos de Yen *et al* em que numa amostra de 277 pessoas, 52,7% eram do sexo feminino; verificando-se igualmente no estudo de Moreira Carneiro *et al* em que 58,6% da amostra analisada era do sexo feminino e também no estudo de Zlatarić *et al* onde 74% da totalidade dos pacientes eram mulheres. (64,66,67) Esta situação deve-se possivelmente ao fato de o sexo feminino ser uma população que apresenta um maior interesse relativo à aparência e saúde oral, ou seja, aquela que procura uma reabilitação dentária com maior facilidade. (68) A prevalência do sexo feminino na amostra analisada poderá estar igualmente relacionada com o fato da população portuguesa verificar um maior número de mulheres comparativamente ao número de homens segundo o instituto nacional da estatística português. (69)

No que diz respeito ao tipo de reabilitação existente na arcada superior, verificou-se que a maioria dos pacientes foi reabilitado de forma parcial (67,8%).

No grupo com idade inferior a 65 anos verificou-se a mesma dinâmica, com uma maior prevalência de reabilitações parciais na arcada superior (81,3%). No grupo com idade igual ou superior a 65 anos, na arcada superior, revê-se a mesma distribuição à exceção de um número superior de próteses totais relativamente ao grupo anterior.

No que concerne o tipo de reabilitação efetuada, na arcada inferior, o tipo de reabilitação mais vezes efetuado foi a reabilitação parcial (62,6%). Para além disto, os grupos com idade inferior a 65 anos e com idade igual ou superior a 65 anos, apresentaram resultados semelhantes, com um número consideravelmente superior de reabilitações parciais.

No presente estudo verificou-se uma predominância nas reabilitações parciais quando comparadas às reabilitações totais, que apresentaram resultados bastante inferiores. Estes dados são corroborados pelo estudo de Carneiro *et al*, em que 6,8% dos pacientes foram reabilitados com prótese total na arcada superior e 2,8% dos pacientes foram reabilitados com prótese total na arcada inferior, sendo as restantes reabilitações parciais. (66) Estes resultados indicam, provavelmente, que os pacientes apesar de continuarem a necessitar de reabilitações orais para repor as peças

dentárias perdidas, tendem a manter os dentes em boca mais tempo, evitando o edentulismo total. (1,9) Este resultado encontra-se em consonância com os dados apresentados pelo Barómetro Nacional de Saúde Oral de 2022, em que apenas 6,4% dos portugueses são edêntulos totais e 61,3% têm perdas parciais. (25)

Para realizar a caracterização dos pacientes com reabilitações orais parciais, foi utilizada a Classificação de Kennedy. Na arcada superior verificou-se que a maioria dos pacientes apresentavam uma Classe III, sendo as Classes I e II, menos comuns. Por sua vez, na arcada inferior, a Classe de Kennedy I foi a mais comum, sendo as Classes II e III menos frequentes. Estes resultados não se encontram em consonância com os verificados por Niarchou *et al*, num estudo que envolve uma população da clínica dentária da Universidade de Atenas. Neste estudo, envolvendo uma amostra de 553 pacientes, verificou-se que a perda dentária mais frequente na maxila foi a correspondente à Classe I de Kennedy. No entanto os resultados correspondentes à mandíbula foram semelhantes, já que a perda dentária mais comum foi também, a Classe I. (70) Ainda relativamente à perda dentária na mandíbula verifica-se também, segundo o estudo de Zlatarić *et al*, numa amostra de 205 pacientes reabilitados com prótese removível na clínica dentária da Universidade de Zagreb, uma prevalência na Classe I de Kennedy, dado que está de acordo com o presente estudo. (64) É-nos ainda possível verificar que as classes IV de Kennedy foram as menos prevalentes em todos os estudos efetuados, ocorrendo assim, uma quase inexistência de reabilitações unicamente anteriores. Este resultado pode estar associado à forma como as perdas dentárias são consideradas na classificação de Kennedy. Nas classes de Kennedy, as perdas dentárias mais posteriores são sempre consideradas para a determinação da classe principal, enquanto as perdas dentárias anteriores, se existentes, são classificadas como subdivisões da classificação. (42)

Ambas as classes de Kennedy que se apresentaram no presente estudo com maior prevalência (Classe I e III), têm em comum o fato de existirem perdas dentárias a nível posterior. Isto deve-se provavelmente ao fato de os dentes posteriores serem os dentes mais suscetíveis à cárie dentária visto que a face oclusal se apresenta como uma superfície sulcada e fissurada, favorecendo a acumulação bacteriana. (71)

Com base na análise dos dados e na aplicação do teste de independência exato de Fisher, foi concluído que os grupos (idade inferior a 65 anos/idade igual ou

superior a 65 anos) não apresentaram associação significativa com as variáveis estudadas, incluindo sexo, tipo de reabilitação (parcial ou total), classificação de Kennedy e tipo de reabilitação parcial (esquelética ou acrílica).

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

O OHIP-14, como descrito anteriormente, é um questionário que procura compreender o impacto que os problemas orais apresentam na qualidade de vida dos indivíduos. No presente estudo, esta ferramenta foi aplicada no grupo que apresentava idade inferior a 65 anos. (50,58)

No presente estudo verificou-se que os pacientes raramente ou nunca relataram problemas relacionados com as suas próteses nomeadamente no que concerne a: 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, indicando que, de modo geral, os pacientes não referem problemas de foro psicológico, funcional e social. No estudo de Akinyamoju *et al* onde foi analisada uma amostra de 30 pacientes utilizadores de prótese removível na Nigéria, perceberam que os fatores com menor ou nenhuma queixa relativamente às próteses dentárias foram, à semelhança do presente estudo, a incapacidade total de funcionar, diminuição da paciência e /ou tolerância com familiares e dificuldade em realizar tarefas habituais. (72)

No presente estudo, os aspetos com mais queixas concentraram-se na dimensão dor física, focando não só o desconforto sentido pelos pacientes na hora das refeições como também a sensação de dor na cavidade oral. Estes dados são corroborados por Akinyamoju *et al* que verificaram igualmente o mesmo tipo de dificuldades, à exceção de ter um nível superior de queixas na questão do pronunciamento de palavras. (72) A sensação de dor e conseqüente desconforto na mastigação poderá estar relacionada com diversos fatores, tais como, por exemplo, danos na mucosa oral causados pela pressão e atrito do uso da prótese, resultando em dor durante a mastigação. Além disso, a adaptação inicial às próteses pode ser difícil, e problemas como o ajuste inadequado ou uma oclusão desalinhada da prótese podem contribuir para a sensação de desconforto. (9,73)

No que diz respeito à diferença dos resultados do OHIP-14 entre reabilitações parciais e totais por arcada superior e inferior, não foram observadas diferenças

estatisticamente significativas. Estes resultados sugerem que tanto as reabilitações parciais como as totais realizadas foram eficazes na devolução da qualidade de vida aos pacientes. Por outro lado, o fato de não existir uma significância estatística entre estas amostras, deve-se, provavelmente, ao fato de estarmos perante uma amostra de tamanho reduzido.

Em relação à topologia da desdentação parcial constatou-se que na arcada superior não houve diferenças estatisticamente significativas nos valores obtidos pelo questionário OHIP-14, entre as classes analisadas. No entanto, na arcada inferior, os pacientes Classe III de Kennedy, apresentaram resultados estatisticamente significativos inferiores em relação aos restantes grupos no que refere à incapacidade psicológica. Esses resultados sugerem que uma reabilitação Classe III de Kennedy inferior pode ter um impacto mais negativo na qualidade de vida dos pacientes. Estes resultados não se encontram em consonância com o encontrado na literatura, nomeadamente no estudo de Khan *et al.* Este autor e colaboradores analisaram uma amostra de 80 pacientes com desdentação parcial na África do Sul e verificaram que os fatores funcionais, estéticos e psicológicos tiveram um impacto negativo superior em pacientes que realizaram uma reabilitação oral com classificações de perdas dentárias de Classes I e II de Kennedy. Estas divergências podem estar associadas a diversos fatores, como variações nas amostras estudadas, diferenças metodológicas, características demográficas dos pacientes e até mesmo diferenças regionais ou culturais. (51)

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

O questionário GOHAI, como previamente descrito, procura compreender o impacto da saúde oral na qualidade de vida de cada indivíduo, tendo como característica diferenciadora ser um questionário adaptado a pacientes geriátricos. Este divide-se em três dimensões: física, psicossocial e dor/desconforto. (59)

No presente estudo, os parâmetros psicossociais e dor/desconforto foram onde os pacientes apresentaram menos queixas. Pelo contrário, o parâmetro físico foi onde os pacientes apresentaram mais queixas, relatando maior desconforto e dificuldade em mastigar certos alimentos e mudanças no modo de falar.

Segundo o estudo de Marjorie B. *et al*, realizado a partir de uma amostra de 80 pacientes com reabilitações protéticas, verifica-se, tal como no presente estudo, um

nível baixo de queixas nos parâmetros psicossociais relativamente a evitar encontros e/ou refeições com outras pessoas. Encontram-se igualmente semelhanças nos parâmetros com um nível superior de queixas, indicando um maior desconforto e dificuldade na mastigação. (74)

Os resultados apresentados indicam que ao nível psicossocial a reabilitação protética apresentou um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, provavelmente devido ao fato de existir uma melhoria na sua aparência estética. Como foi analisado previamente, o paciente com perdas dentárias pode ter um menor nível de qualidade de vida devido ao impacto negativo que o edentulismo tem na autoestima e conseqüente vida social do paciente edêntulo. A reabilitação protética ao devolver estética ao paciente, melhora assim os aspetos causados pela ausência de dentes, oferecendo um maior nível de qualidade de vida. (11,40)

No presente estudo, verificaram-se igualmente aspetos menos positivos, sendo a maior queixa na dimensão física, onde se apuram problemas na função mastigatória e fonética. Tal deve-se provavelmente ao fato de, apesar da reabilitação protética restituir as peças dentárias perdidas e conseqüentemente devolver uma melhor função mastigatória, essa mesma capacidade não é equiparável à função mastigatória de uma dentição natural. As queixas relativas à fonação podem dever-se ao tempo de adaptação do paciente relativamente à reabilitação protética. (40)

Ao comparar os tipos de reabilitação, total ou parcial por arcadas, nos pacientes com idade igual ou superior a 65 anos de idade, os resultados não apresentaram significância estatística.

Da mesma forma, quando comparados os tipos de desdentações parciais, utilizando a classificação de Kennedy, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, independentemente da arcada dentária analisada.

Ao comparar os tipos de reabilitação parcial, esquelética e acrílica não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

#### **5.4 Índice de Leake**

Como foi previamente descrito, o Índice de Leake tem como intuito caracterizar a capacidade mastigatória dos pacientes. (62)

No presente estudo, verificou-se que os alimentos menos propícios a criar dificuldades mastigatórias aos pacientes foram os alimentos moles.

Segundo o estudo de Silva J. onde analisaram uma amostra de 20 pacientes idosos e institucionalizados na cidade de Viseu, verificou-se uma maior dificuldade na hora da mastigação. Nos alimentos mais moles apenas 55-65% da amostra conseguiu mastigar sem qualquer dificuldade, sendo que os restantes apresentavam dificuldade ou não conseguiam mastigar. Tal fato verificou-se igualmente nos restantes alimentos em que mais de metade da amostra mastigava com dificuldade ou não era capaz de mastigar. Esta diferença, poderá dever-se, provavelmente ao fato de 60% dos participantes não terem qualquer tipo de reabilitação protética, prejudicando assim, a sua função mastigatória. (75)

De modo geral verifica-se uma boa capacidade mastigatória enquanto os resultados menos positivos neste estudo poderão estar associados, mais uma vez, à diferença que existe entre a mastigação com dentição natural e a mastigação com próteses dentárias. Os dentes protéticos podem não oferecer a mesma sensação ou eficiência na mastigação devido ao tipo de material utilizado na prótese, o qual pode limitar a força de mordida. (40,43,62)

### **5.5 Questionário de satisfação protética de McGill**

O questionário de satisfação protética de McGill tem como intuito a medição da satisfação dos pacientes relativamente às suas próteses, nomeadamente nos seus aspetos funcionais e capacidade de função mastigatória. (63)

No presente estudo verificou-se que existe uma satisfação geral na maioria dos pacientes reabilitados com prótese removível na Clínica Dentária da FMDUCP.

Em relação à satisfação geral, os dados são corroborados pelo estudo de Areias et al, que analisaram uma amostra de 51 pacientes reabilitados com prótese removível na Clínica Dentária da Faculdade de Medicina Dentária do Porto. Os autores verificaram as próteses satisfaziam de forma geral, 84% dos pacientes. Relativamente à capacidade mastigatória os autores concluíram que 86,4% das reabilitações se mostraram eficazes. (76) Num estudo semelhante, levado a cabo por Celebic *et al*, numa amostra de 156 desdentados totais e 112 desdentados parciais, todos reabilitados com prótese removível, os pacientes apresentaram, de igual forma, uma satisfação geral, sendo que mais de metade dos pacientes avaliaram as suas próteses com a pontuação máxima em todas as variáveis examinadas. (77) Nishiyama *et al* analisaram uma amostra de 29 pacientes, sendo que destes, 19 foram

reabilitados com próteses totais. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes com próteses totais estavam genericamente satisfeitos com as suas reabilitações, sendo que eram capazes de mastigar os alimentos sem grande dificuldade. (78)

No que dita os parâmetros gerais (satisfação geral, mastigação e função de mastigação) verificou-se a satisfação geral, que engloba a facilidade de limpeza, a fonética, o conforto, a estabilidade e a aparência, como sendo a que mais satisfaz os pacientes. Dados corroborados por Nishiyama *et al* que apresentam igualmente, nas próteses totais convencionais, o parâmetro satisfação geral como sendo aquele que mais satisfação demonstra. (78) Os autores verificaram que os pacientes estavam de modo geral satisfeitos, de ordem decrescente, com a facilidade de limpeza das próteses, a sua estética, o conforto, a estabilidade e a fonética.

A condição oral a estética foram os parâmetros que, independentemente, obtiveram maior satisfação. No que dita o parâmetro estética, diversos autores verificaram, elevados níveis de satisfação, que variam de 79,74% a 80,9%. (76,78) Estes resultados têm um impacto positivo na vida do paciente que, ao restabelecer as peças dentárias perdidas, verifica uma melhoria na sua estética, melhorando a sua autoestima e conseqüentemente a sua vida social, o que tem um impacto positivo na qualidade de vida. (40)

Os parâmetros com os níveis médios gerais mais baixos de satisfação foram a mastigação e a eficácia da mastigação. Verifica-se, apesar dos resultados, que a função de mastigação é eficaz no que toca à generalidade dos alimentos. No estudo realizado por Nishiyama *et al*, verificou-se igualmente que o parâmetro com menor satisfação, apesar de ter resultados positivos, era o da capacidade mastigatória. (78) Estes resultados estão provavelmente relacionados, como foi referido anteriormente, com a diferença entre a dentição natural e a reabilitação protética, que apesar de devolver função, não é equiparável à capacidade mastigatória de uma dentição completa natural. (40,43)

A comparação entre os grupos com idade inferior a 65 anos e idade igual ou superior a 65 anos revelou diferenças estatisticamente significativas em alguns dos parâmetros avaliados.

Em relação ao parâmetro da satisfação geral, foi observado que o grupo com idade inferior a 65 anos apresentou um nível médio de satisfação ligeiramente superior em comparação com o grupo com idade igual ou superior a 65 anos. Estes resultados



diferem dos verificados por Weinstein *et al*, em que o grupo com maior satisfação foi o grupo com idade mais avançada. Esta discrepância poderá ser atribuída às expectativas existentes e à condição geral dos pacientes. As expectativas em relação à reabilitação oral podem ser influenciadas por variados fatores tais como a idade, experiências anteriores, perspectivas individuais e elementos culturais. Além disso, a condição geral de saúde desempenha um papel fundamental na percepção geral de qualidade de vida e, conseqüentemente, na satisfação relacionada a reabilitação oral. A percepção de satisfação geral e qualidade de vida é altamente subjetiva e está sujeita à influência de fatores individuais, o que pode proporcionar uma justificação plausível para a variabilidade observada nos resultados. (28,47,51,54)

No que diz respeito ao parâmetro da mastigação e eficácia na mastigação, o grupo com idade igual ou superior a 65 anos demonstrou valores ligeiramente superiores de queixa e dificuldade em comparação ao grupo mais jovem. Isto sugere que os pacientes mais idosos podem enfrentar maiores desafios relacionados à mastigação e eficácia da mesma. Este resultado poderá estar relacionado com o processo de natural de envelhecimento, uma vez que é comum que as pessoas mais velhas apresentem um maior número de perdas dentárias devido a diversos fatores tais como cárie e doença periodontal ao longo da vida. (1) Pode igualmente estar associado às alterações características no aparelho estomatognático acometidas pela idade, incluindo a deteriorização dos músculos faciais e da articulação temporo-mandibular, podendo trazer uma redução da mobilidade mandibular, dificuldade na abertura da boca e dores e sensibilidade nos músculos mastigatórios. (79)

Apesar das diferenças encontradas nos parâmetros satisfação geral, mastigação e função mastigatória entre os dois grupos, não se verificou significância estatística.

No que diz respeito aos tipos de reabilitação, total ou parcial, na arcada superior, os resultados foram semelhantes em todas as dimensões analisadas no questionário, à exceção da dimensão da mastigação. Os pacientes com uma reabilitação parcial, referiram valores médios inferiores em comparação aos pacientes com reabilitações totais, indicando um menor nível de dificuldade, quando avaliada a dimensão da mastigação. Esta diferença pode ser atribuída à estabilidade e suporte de ambas as próteses. Nas próteses dentárias totais, o suporte é totalmente mucoso,

podendo assim a estabilidade e o suporte serem mais desafiadores de ser alcançados. (9) Por outro lado, a prótese dentária parcial tem um suporte, normalmente dentário ou muco-dentário, o que garante uma melhor estabilidade, ajudando na mastigação.(42) Os dados obtidos no presente estudo foram contestados pelo estudo de Celebic *et al* onde os pacientes com próteses totais referiram uma maior satisfação com a sua mastigação quando comparados aos pacientes com próteses parciais. (77)

Em relação à arcada inferior, no que dita os tipos de reabilitação total ou parcial, não se verificaram diferenças estatisticamente relevantes.

Quando comparados os tipos de desdentação parcial, na arcada superior, utilizando a classificação de Kennedy, foram observadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão de função. Essas diferenças indicam que os pacientes com classe I de Kennedy apresentaram maior dificuldade em alcançar uma função mastigatória adequada antes de engolir os alimentos. Este resultado pode estar relacionado ao fato desta ser caracterizada por uma perda bilateral posterior, apresentar duas extensões distais livres. Essas extensões distais livres podem comprometer a estabilidade da prótese removível utilizada, sendo esta essencial para uma função mastigatória adequada. (42)

Na comparação entre os tipos de desdentação parcial na arcada inferior, não se verificaram resultados com significância estatística.

Ao comparar, na arcada superior, o tipo de reabilitação parcial, esquelética ou acrílica, efetuada pelos pacientes, utilizando o questionário de satisfação protética de McGill, verificaram-se diferenças estatisticamente relevantes.

Na dimensão da satisfação geral, verificou-se que os pacientes com uma reabilitação parcial esquelética apresentaram uma média de satisfação geral significativamente maior em comparação com os pacientes com uma reabilitação parcial acrílica. Os resultados mencionados são confirmados pelo estudo de Areias *et al*, no qual foi constatada uma maior satisfação dos pacientes em relação às próteses parciais esqueléticas quando comparadas com as próteses parciais acrílicas. (76)

No que diz respeito à dimensão da mastigação, o grupo com uma reabilitação parcial esquelética apresentou igualmente uma pontuação média significativamente

menor quando comparados com os pacientes com uma reabilitação parcial acrílica, indicando menor dificuldade na mastigação.

Na dimensão de função de mastigação, isto é, se os alimentos eram bem mastigados antes de engolir, foi novamente observada uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Os pacientes com uma reabilitação parcial esquelética obtiveram uma pontuação mais baixa em comparação com os pacientes com uma reabilitação parcial acrílica, indicando que os alimentos eram melhor mastigados antes de serem engolidos.

Estes resultados indicam que os pacientes que, na arcada superior, receberam uma reabilitação parcial esquelética apresentaram um maior satisfação geral, melhor mastigação e melhor função de mastigação quando comparados aqueles que receberam uma reabilitação parcial acrílica.

No que diz respeito à arcada inferior em relação à satisfação geral e função de mastigação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com reabilitação parcial esquelética e reabilitação parcial acrílica.

No entanto, na dimensão da mastigação, na arcada inferior, verificou-se novamente uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os pacientes com reabilitações parciais acrílicas relataram valores médios mais altos em comparação com os pacientes com reabilitações parciais esqueléticas, indicando maior dificuldade. Este resultado pode indicar que os pacientes com próteses parciais acrílicas apresentaram uma maior dificuldade na capacidade de mastigação em relação aos pacientes com próteses parciais esqueléticas.

Os dados obtidos no presente estudo são corroborados pelo estudo conduzido por Akinyamoju *et al*, no qual os pacientes submetidos a próteses parciais acrílicas apresentaram igualmente dificuldades na capacidade mastigatória. (72) Esta constatação está alinhada com os resultados mencionados anteriormente, reforçando a evidência que existem diferenças entre uma reabilitação com próteses parciais esqueléticas e uma reabilitação com próteses parciais acrílicas. (41,42,44)

Estas diferenças podem estar relacionadas com as características e propriedades de cada tipo de reabilitação. Tendo em conta as características das próteses parciais esqueléticas e acrílicas, é possível deduzir, que as diferenças observadas nos resultados podem estar relacionadas com a estabilidade proporcionada por cada tipo de prótese. A prótese parcial esquelética possui uma estrutura metálica que se apoia tanto nas estruturas dentárias como na mucosa oral,

conferindo uma maior estabilidade à prótese, ajudando a uma melhor ancoragem na hora da mastigação. Por outro lado, a prótese parcial acrílica, com estrutura apenas acrílica, é suportada unicamente pela mucosa oral. Não existindo um suporte dentário, a estabilidade da prótese pode ser comprometida, dificultando, por exemplo, a mastigação. (41,42,44)

## **5.6 Limitações e expectativas futuras**

Este estudo apresentou como uma das principais limitações o tamanho reduzido da amostra, composta por apenas 37 pacientes. Essa restrição poderá ter afetado a análise estatística, resultando na ausência de diferenças com significância estatística entre os grupos estudados. Em futuras investigações, seria recomendável procurar aumentar o tamanho da amostra, a fim de comprovar os resultados obtidos, originando resultados estatisticamente mais relevantes.

Adicionalmente, seria de interesse realizar uma análise, não apenas da qualidade de vida dos pacientes após o processo da reabilitação, mas também avaliar o estado da qualidade de vida anterior a essa intervenção. Essa abordagem permitiria a comparação e a avaliação do real impacto da reabilitação na qualidade de vida dos pacientes.

## **CONCLUSÃO**



## 6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto da prótese removível na qualidade de vida dos pacientes reabilitados, analisando os benefícios e as dificuldades enfrentadas.

Este estudo abrangeu 37 pacientes submetidos a reabilitações orais com próteses removíveis na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa no ano letivo 2021-2022. Observou-se uma predominância do sexo feminino e uma maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. A maioria dos pacientes efetuou uma reabilitação parcial e bimaxilar. Em relação à Classificação de Kennedy, a Classe III foi a mais frequente em ambas as arcadas, com exceção da arcada inferior no grupo de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, onde prevaleceu a Classe I.

No estudo sobre o impacto da prótese removível na qualidade de vida dos pacientes reabilitados verificou-se que a maioria dos pacientes demonstrou satisfação com o resultado e funcionalidade da sua reabilitação, o que indica um impacto positivo na qualidade de vida.

Além disso, ao considerar aspetos físicos, emocionais e sociais, os resultados revelaram que os problemas orais tiveram um impacto mínimo na qualidade de vida dos pacientes.

No entanto, os pacientes enfrentaram dificuldades relacionadas principalmente à capacidade mastigatória, especialmente quando se tratava de alimentos mais duros.

O estudo apresentou como principal limitação o tamanho reduzido da amostra, resultando, possivelmente, na ausência de diferenças significativas entre os grupos estudados. Futuras pesquisas devem incluir uma amostra superior e considerar a avaliação prévia da qualidade de vida dos pacientes para obter uma compreensão mais precisa dos efeitos da reabilitação na melhoria da qualidade de vida.





## **BIBLIOGRAFIA**



## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Reis Campos JC. Oral Diseases in the Elderly - General Considerations. *Rev Portug Estomatol, Med Dent Cir Maxilofac.* 2011;52:175–80.
2. Shamsheer Singh, Beata Bajorek. Defining “elderly” in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy Practice* . 2014;12(4):489.
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet.* 2009;374:1196–208.
4. Raphael C. Oral health and aging. *American Journal of Public Health.* 2017;107:S44–5.
5. Nakamura T, Zou K, Shibuya Y, Michikawa M. Oral dysfunctions and cognitive impairment/dementia. *Journal of Neuroscience Research.* 2021;99:518–28.
6. Barbe AG. Medication-Induced Xerostomia and Hyposalivation in the Elderly: Culprits, Complications, and Management. *Drugs Aging.* 2018;35:877–85.
7. Puy CL. The rôle of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:449–55.
8. Kanasi E, Ayilavarapu S, Jones J. The aging population: demographics and the biology of aging. 2016;72:13-8.
9. Basker RM, Davenport JC, Thomason JM. Prosthetic treatment of the Edentulous Patient, fifth edition. Wiley-Blackwell; 2011. 176 p.
10. Al-Rafee M. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(4):1841.
11. 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.
12. 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.
13. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. *J Prosthet Dent.* 2017;117:e1-105.
14. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *Journal of Prosthodontics.* 2009;18:88–96.

15. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *Br Dent J.* 2021;231:749–53.
16. 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.
17. Selwitz RH, Ismail Amid, Pitts NB. Dental caries. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). 2007;369:(N/A).
18. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge [Internet]. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). 2019;394:(N/A)
19. Michaud DS, Fu Z, Shi J, Chung M. Periodontal disease, tooth loss, and cancer risk. *Epidemiol Rev.* 2017;39:49–58.
20. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers.* 2017;3:(N/A)
21. Hammel JM, Fischel J. Dental Emergencies. *Emergency Medicine Clinics of North America.* 2019;37:81–93.
22. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal.* 2014;16:(N/A)
23. 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).
24. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. 2022. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
25. Ordem dos Médicos Dentistas. *Barómetro da Saúde Oral.* 2022;7:(N/A).
26. Teixeira DSDC, Frazão P, Alencar GP, Baquero OS, Narvai PC, Lebrão ML, et al. Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad Saude Publica.* 2016;32(8):(N/A).
27. Gupta A, Felton DA, Jemt T, Koka S. Rehabilitation of Edentulism and Mortality: A Systematic Review. *Journal of Prosthodontics.* 2019;28:526–35.
28. Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of teeth and oral health-related quality of life. *Journal of Dental Research.* 2016;95-1350–7.

29. Zelig R, Goldstein S, Touger-Decker R, Firestone E, Golden A, Johnson Z, et al. Tooth Loss and Nutritional Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clinical and Translational Research*. 2022;7:4–15.
30. Saunders J. Malnutrition: causes and consequences. *Clinical Medicine*. 2010;10:624-627.
31. Johnson Nicola C.L., R. Sandy Jonathan. Tooth position and speech - is there a relationship?
32. 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.
33. KIRVESKARI P, ALANEN P. Association between tooth loss and TMJ dysfunction. *J Oral Rehabil*. 1985;12:189–94.
34. 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).
35. 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.
36. Shaghaghian S, Taghva M, Abduo J, Bagheri R. Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *J Oral Rehabil*. 2015;42:40–8.
37. Goiato MC, dos Santos DM, de Medeiros RA, Laurindo-Júnior MCB, Watanabe D. Reabilitação protética com associação entre prótese parcial removível e implante dentário: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2013;34:67–9.
38. Kullar AS, Miller CS. Are There Contraindications for Placing Dental Implants? *Dental Clinics of North America*. 2019;63:345–62.
39. Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J*. 2020;9:34–9.
40. Xie Q, Ding T, Yang G. Rehabilitation of oral function with removable dentures - still an option? *Journal of Oral Rehabilitation*. 2015;42:234–42.
41. Campbell SD, Cooper L, Craddock H, Hyde TP, Nattress B, Pavitt SH, et al. Removable partial dentures: The clinical need for innovation. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 2017;118:273–80.

42. Carr AB, Brown DT (David T, McCracken WL. McCracken's removable partial prosthodontics. Elsevier Mosby; 2011. 385 p.
43. Campos Sugio CY, Mosquim V, Carvalho Jacomine J, Zabeu GS, Gonçalves De Espíndola G, Bonjardim LR, et al. Impact of rehabilitation with removable complete or partial dentures on masticatory efficiency and quality of life: A cross-sectional mapping study. 2022;128(6):1295-1302.
44. Bukleta MS, Bukleta D, Selmani M, Kuhar M. Frequency of complete and removable partial denture treatment in the primary health centres in three different regions of Kosovo from 2002 to 2013. Zdravstveno Varstvo. Sciendo; 2019;58:104–11.
45. Bellini. DB, Dos Santos MBF, Da Cunha VDPP, Marchini L. Patients' expectations and satisfaction of complete denture therapy and correlation with locus of control. J Oral Rehabil. 2009;36:682–6.
46. Ettinger RL. The acrylic removable partial denture. J Am Dent Assoc. 1977;95:945–9.
47. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. Journal of Dental Research. 2011;90:1264–70.
48. Pio M, Fleck A, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21:255-64.
49. Cariús Tesch F., de Oliveira B. H., Leão A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. Cad Saúde Pública. 2007;25:55–64.
50. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery. 2019;120:234–9.
51. Marshall PA. Cultural Influences on Perceived Quality of Life. 1990;(N/A).
52. Svalastog AL, Donev D, Kristoffersen NJ, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. Croat Med J. 2017;58:431–5.
53. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in america. 2000;

54. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. 2019;28:2641–50.
55. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 2013;3:1–6.
56. Imam AY. Impact of Tooth Loss Position on Oral Health-Related Quality of Life in Adults Treated in the Community. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021;13:S969–74.
57. Avila G, Galindo-Moreno P, Soehren S, Misch CE, Morelli T, Wang HL. A Novel Decision-Making Process for Tooth Retention or Extraction. *J Periodontol*. 2009;80:476–91.
58. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of oral health impact profile-14 (OHIP-14) in different contexts. what is being measured? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):(N/A).
59. 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.
60. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11:3–11.
61. Castro A.P. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: adaptação linguística e cultural do ohip-14. (Tese de doutorado). Porto. Universidade Fernando Pessoa;2016.
62. Leake JL. An Index of Chewing Ability. *J of Public Health Dentistry*. 1990;50(3):174-9.
63. 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.
64. Zlatarić D., Čelebić A., Valentić-Peruzović M., Jerolimov V., Pandurić J. A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. 2003;90:354-60.
65. Organização Mundial da Saúde. Oral Health Fact Sheet (Internet). Genebra: OMS; (atualizado em 2021; citado em 29 de junho de 2023). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=The%20estimated%20global%20average%20prevalence,aged%2020%20years%20or%20older.>

66. Moreira Carneiro AC, Maia Correia AR, Reis Campos JC, Fonseca P, Mesquita P, Figueiral MH. Patterns of partial edentulism in a dental school population. *Rev Port Estomatol, Med Dent Cir Maxilofac.* 2013;54(2):60–7.
67. Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health.* 2015;15(1):152.
68. Cakmak G, Marques VR, Donmez MB, Lu WE, Abou-Ayash S, Yilmaz B. Comparison of measured deviations in digital implant scans depending on software and operator. *J Dent.* 2022;1;122.
69. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 (acesso em 27 de Junho de 2023). Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+sexo-6>.
70. Niarchou AP, Ntala PC, Karamanoli EP, Polyzois GL, Frangou MJ. Partial edentulism and removable partial denture design in a dental school population: A survey in Greece. *Gerodontology.* 2011;28(3):177–83.
71. Frencken J. Caries Epidemiology and Its Challenges. *Monogr Oral Sci.* 2018;27:11–23.
72. Akinyamoju CA, Dosumu OO, Taiwo JO, Ogunrinde TJ, Akinyamoju AO. Oral health-related quality of life: Acrylic versus flexible partial dentures. *Ghana Med J.* 2019;53(2):163–9.
73. Fraser McCord J., J.A.Grey N., B. Winstanley R., Johnson A. A Clinical Overview of Removable Protheses: 5. Diagnosis and Treatment of RPD Problems. 2003.
74. De Carvalho BMDF, Parente RC, Franco JMPL, Silva PG de B. GOHAI and OHIP-EDENT Evaluation in Removable Dental Protheses Users: Factorial Analysis and Influence of Clinical and Prosthetic Variables. *Journal of Prosthodontics.* 2021;30(7):581–9.
75. Silva J. Impacto da saúde oral e da capacidade mastigatória no estado nutricional de utentes institucionalizados - Estudo Piloto. 2020.
76. Areias C., Fonseca P., Figueiral M.H. Satisfação dos pacientes portadores de Prótese Removível. 2007;
77. Čelebić A, Knezović-Zlatarić D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. *J Dent.* 2003;31(7):445–51.



78. Nishiyama H, Tanaka S, Nemoto R, Miura H, Baba K. Zirconia-Reinforced Framework for Maxillary Complete Dentures. *Int J Prosthodont.* 2018;31(2):114–6.
79. Daroz CB dos S, Senna PM, Nuñez JMC, Lucena SC, Barbosa CMR. Relação entre o envelhecimento, problemas articulares e disfunção temporomandibular. *RBPS.* 2009;11:46-51.



**ANEXOS**



ANEXOS

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

**Prostodontia Removível IV**  
 Regente: Cristina Figueredo; Docentes: Cristine Figueredo, Ana Margarida Silva, Hélder Costa

**PROSTODONTIA REMOVÍVEL – Índice OHIP-14**

Data da consulta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Processo n.º \_\_\_\_\_      IDADE: \_\_\_\_\_      SEXO F  M

Reabilitação Superior Prévia: Sim  Não       Total  Parcial       Esquelética  Acrílica

Reabilitação Inferior Prévia: Sim  Não       Total  Parcial       Esquelética  Acrílica

**Índice OHIP-14**

	Quase Sempre	Algum as vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se Aplica
1. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?							
2. Sentiu que o seu 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 dos 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 refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?							
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?							

2022/2023

## 8.2 Questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e Índice de Leake

Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
**Prostodontia Removível IV**  
 Regente: Cristina Figueiredo, Docentes: Cristina Figueiredo, Ana Margarida Silva, Filipe Araújo, Helena Salgado, Rita Borges

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
 Faculdade de Medicina Dentária

---

**PROSTODONTIA REMOVÍVEL**

**Índice GOHAI e Leake**

---

Data da consulta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_ SEXO F  M

Reabilitação Superior: Total  Parcial  Esquelética  Acrílica

Reabilitação Inferior: Total  Parcial  Esquelética  Acrílica

---

**Índice GOHAI**

		Sempre	Às Vezez	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 dos problemas da 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 o desconforto da sua 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 os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?			

---

**Índice de Leake – Capacidade Mastigatória**

	Não Consigo	Consigo com dificuldade	Consigo sem dificuldade
Legumes cozidos (brócolos, cenouras, feijão verde)			
Bife, costeleta			
Cenoura crua (inteira)			
Salada crua (alface, pepino, tomate)			
Maça inteira com casca (sem cortar)			

## 8.3 Questionário de Satisfação Protética de McGill

Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
**Prostodontia Removível IV**  
Regente: Prof. Dr. Cristina Figueiredo  
Docentes: Prof. Dr. Cristina Figueiredo, Mestre Ana Margarida  
Silva, Mestre Heider Costa



### 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**

**Mai mastigada**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

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

**Bem mastigados**

**Mai mastigados**

## 8.4 Declaração de Aprovação pelo Conselho Científico



CATÓLICA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

### Declaração de Aprovação pelo Conselho Científico

Declara-se, para os devidos efeitos, que a investigação com o título "Impacto da Prótese Removível na qualidade de vida relacionada com Saúde oral e satisfação protética", a desenvolver pelo aluno Ana Rita Fonseca Alves do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa e orientado por Prof.ª Dra. Cristina Figueiredo, foi aprovado por unanimidade em reunião do Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária a 16 de setembro de 2022.

Viseu, 21 de Novembro de 2022

A Diretora da FMD da UCP e Presidente do Conselho Científico

  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
Centro Regional de Viseu  
Estrada da Circunvalação  
3504-505 Viseu  
(Prof.ª Doutora Marlene Barros)

## 8.5 Parecer da Comissão de Ética



**Parecer sobre o projeto nº 260**  
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Mandato 2019/2023

<p><b>Projeto de Investigação</b> Na reunião do dia 3 de maio de 2023 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora, em resposta a parecer prévio da CES. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.</p>
<p><b>Título:</b> Análise da Qualidade de Vida em pacientes portadores de Reabilitação Oral</p>
<p><b>Investigadora Principal:</b> Cristina Isabel Paiva Figueiredo, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da UCP - Viseu <b>Equipa de Investigação:</b> André Correia; Nélio Veiga; Patrícia Couto; Patrícia Fonseca, todos estes Professores Auxiliares Convidados da Faculdade de Medicina Dentária da UCP – Viseu; Filipe Araújo, Ana Margarida Santos e Silva, Hélder Costa, Helena Salgado, Rita Bornes todos estes Assistentes Convidados da Faculdade de Medicina Dentária da UCP – Viseu e Ana Rita Alves aluna da Faculdade de Medicina Dentária da UCP – Viseu</p>
<p><b>Resumo/Elementos solicitados pelo parecer da CES-UCP:</b> Da análise dos elementos submetidos, e antes da emissão de um parecer, foi colocada a seguinte questão: Tanto no formulário, n.º 3.5 como no Anexo IV está escrito: «O investigador principal solicitará ao Responsável pela Proteção de Dados (RPD ou DPO) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (Professor Paulo Ribeiro) os dados referentes às variáveis em estudo devidamente anonimizados, antes de distribuir para análise pelos restantes elementos da equipa de investigação.»; Porém, no anexo IX, na sua Declaração, escreve: «De acordo com o consentimento informado em anexo, os dados são recolhidos e tratados respeitando as condições de confidencialidade e anonimato exigidas. A informação recolhida é feita em ambiente de privacidade, não permite a identificação do participante e é usada apenas para os fins científicos do presente estudo, garantindo que a identificação do participante nunca seja tornada pública.»; Parece-nos haver uma informação contraditória, a ser retificada e clarificada nos documentos submetidos. Os dados são fornecidos pelo RPD ou DPO ou pela investigadora? No caso de os dados serem recolhidos pela Investigadora será necessário que a nota informativa, o consentimento informado (CI) e os procedimentos para a sua obtenção sejam remetidos para a CES-UCP. É referido que o CI é submetido, contudo não se encontra na documentação anexada; Caso os dados sejam facultados pelo DPO, de modo totalmente anonimizado, bastará o esclarecimento; Foi solicitado, por isso, uma revisão do Formulário, para se evitarem informações contraditórias. <u>Quanto ao formulário foram deixadas ainda algumas notas:</u> Parece-nos que os fundamentos poderiam ser repartidos por outros pontos do Formulário; As variáveis estão assinaladas nos objetivos, devendo ser, como estão, no quadro 3.3; A resposta ao ponto 3.7. é a mesma do ponto 3.6. Não terá sido um lapso de cópia?; Falta-nos o CV do Professor Nélio Veiga.</p> <p><b>Apreciação sobre os esclarecimentos submetidos pela investigadora principal:</b> Foram aceites todas as recomendações apresentadas.</p>

**Estiveram presentes na reunião nº 48.ª da CES-UCP**

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Marta Brites

Mestre Ivone Gaspar

**Conclusão**

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 3 de maio de 2023, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,



Mara de Sousa Freitas

03/05/2023