



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
2024-2025

**Qualidade de vida em Saúde Oral em pacientes
desdentados parciais reabilitados com Prótese
Removível, Prótese Fixa convencional e Prótese
Fixa sobre implantes**

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

Viseu, 2024

Por: Riccardo Salvalaio

Orientador: Professora Doutora Cristina Figueiredo

Coorientador: Mestre Ana Margarida Silva

Área(s) Disciplinar(es) envolvida(s): Reabilitação Oral

Non è il critico che conta, né colui che indica come l'uomo forte inciampi, o come avrebbe potuto agire meglio.

Il merito appartiene all'uomo che si trova davvero nell'arena, con il volto segnato dalla polvere, dal sudore e dal sangue;

che combatte con coraggio; che sbaglia, che cade e si rialza, perché non esiste sforzo senza errore o imperfezione;

che si impegna a fondo per raggiungere il suo scopo;

che conosce il grande entusiasmo, la grande dedizione;

che si spende con tutte le sue forze per una causa giusta.

Che, se va bene, alla fine conosce il trionfo della grande conquista;

e che, se va male, almeno cade sapendo di aver osato abbastanza.

Il suo posto non sarà mai accanto a quelle anime timorose e passive che non conoscono né la vittoria né la sconfitta.

Theodore Roosevelt, "The Man in the Arena"

AGRADECIMENTOS

Un ringraziamento speciale va alla mia famiglia, la mia roccia, il mio punto di partenza e di ritorno.

Grazie papà, per avermi insegnato con l'esempio cosa significa essere un uomo vero: un uomo di principi solidi e rari, come l'onestà, l'umiltà, l'educazione e il senso del sacrificio. In un mondo che spesso li dimentica, tu me li hai trasmessi con fermezza e amore.

Grazie mamma, per avermi donato il dono più prezioso: la capacità di sognare. La tua leggerezza, il tuo sguardo luminoso sul mondo, mi hanno insegnato a vivere con il cuore aperto, a non smettere mai di cercare la bellezza anche nelle piccole cose, come un eterno bambino che non ha paura di credere.

Grazie zia, che per me sei stata come una seconda madre. Mi hai insegnato il valore silenzioso ma potente della bontà d'animo, dell'altruismo e del lavoro fatto con dedizione e amore. La tua generosità è stata per me un faro nei momenti più difficili.

Ai miei nonni, che non ci sono più ma che sento accanto, ogni giorno. So che mi guardate da lassù, che sorridete orgogliosi. Quanto avrei voluto stringere le vostre mani in questo momento... Ma vi sento dentro di me, nelle mie scelte, nella mia forza. Vi amo e vi porto con me, in ogni battito

Un **grazie infinito** a voi, che mi avete cresciuto e reso l'uomo che sono oggi. Tutto ciò che ho raggiunto, ogni passo compiuto, è anche e soprattutto vostro. Grazie per i sacrifici silenziosi, per le rinunce mai dette, per l'amore costante.

Senza di voi, non sarei nulla. Quindi questo traguardo lo dedico a **voi**

E poi... A te, Lucrezia. Per l'essere umano che sei. A te che sei l'amore vero. Per la donna che con i suoi valori guida il mio cammino, e per l'uomo che grazie a te ho imparato e imparerò ad essere. Ti amerò per sempre, per avermi fatto sentire a casa nel tuo abbraccio. La mia strada si è riempita di speranza e amore, con il desiderio di costruire insieme una famiglia camminando mano nella mano, pronti ad affrontare ogni sfida e a condividere ogni gioia che la vita ci riserverà. Ti amo

Al mio amico Elia, al fratello che sei stato per me. Per la passione che mi trasmetti in tutto ciò che fai. Grazie di esserci sempre stato nei momenti di sconforto e per avermi insegnato a credere in me stesso quando nemmeno io ci credevo.

A tutte le persone d'animo gentile che hanno fatto parte di questo cammino durato cinque anni (assistenti, professori, colleghi e amici) a voi va un sentito grazie. Nel bene e nel male, siete stati e sarete sempre parte della mia storia, di un capitolo che porterò con me per tutta la vita.

À minha orientadora, gostaria de agradecer por toda a orientação, apoio e dedicação ao longo do processo de elaboração da minha tese.

E in fine a te Viseu, che mi hai visto arrivare bambino e mi hai accompagnato nel diventare uomo, con tutte le sfide, le cadute e le vittorie. Obrigado a esta cidade, que tantas vezes odiei, talvez até demais, mas que hoje tenho toda a vida para te levar no coração.

Non so se riuscirò mai a ringraziarvi tutti abbastanza: per la pazienza, per il sostegno che mi avete dato. Per tutto quello che sono e per tutto quello che ancora sarò, devo tutto a voi.

Porque o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Grazie di **avermi** reso ciò che sono.

Riccardo

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.

Objetivos:

Analisar o impacto da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes reabilitados com diferentes tipos de prótese: prótese removível, prótese fixa convencional e prótese fixa implanto-suportada. Avaliar se cada tipo de reabilitação oral melhora aspetos físicos (capacidade mastigatória), emocionais (autoestima) e sociais (vida social). Identificar as dificuldades mais comuns enfrentadas pelos pacientes.

Materiais e métodos:

Foi realizado um estudo observacional transversal com uma amostra de 92 pacientes reabilitados com prótese removível, prótese fixa convencional e prótese fixa implanto-suportada na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa. Foram recolhidos dados sociodemográficos e tipo de desdentação, tendo sido aplicados questionários específicos (OHIP-14 e QSPM). Os dados foram processados e analisados com recurso ao software SPSS 26.0.

Resultados:

Os participantes foram submetidos a reabilitações parciais e totais, sendo igualmente frequente a ocorrência de reabilitação bimaxilar. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre os dados sociodemográficos (sexo, idade) e o tipo de reabilitação realizada. De um modo geral, os pacientes mostraram-se satisfeitos com as suas reabilitações, independentemente do tipo de prótese utilizada. Foram identificadas queixas pontuais, sobretudo relacionadas com a mastigação, fonação e episódios de dor ou desconforto na cavidade oral, mais prevalentes entre os utilizadores de prótese removível. Estes resultados reforçam que a reabilitação oral, especialmente com próteses fixas ou sobre implantes (PSI), tende a proporcionar níveis superiores de conforto e satisfação, contribuindo positivamente para a qualidade de vida dos pacientes.

Conclusão:

A reabilitação oral teve um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, especialmente entre aqueles com prótese fixa convencional e prótese sobre implantes. Foram observadas melhorias na mastigação, na autoestima e na interação social. As principais dificuldades relatadas envolveram desconforto e adaptação, mais frequentes entre os usuários de prótese removível. Ressalta-se, contudo, que a interpretação dos resultados deve considerar as limitações amostrais, sobretudo quanto ao número reduzido de participantes e à distribuição não uniforme entre os grupos analisados.

Palavras-chave:

Prótese removível; Prótese fixa; Prótese sobre implantes; Qualidade de vida; Saúde oral.

ABSTRACT

Introduction:

Demographic aging is associated with an increased need for oral rehabilitation. The rehabilitation of edentulous spaces is essential to restore function and improve patients' quality of life.

Objectives:

To analyze the impact of oral rehabilitation on the quality of life of patients rehabilitated with different types of prostheses: removable prostheses, conventional fixed prostheses, and implant-supported fixed prostheses. To assess whether each type of oral rehabilitation improves physical aspects (chewing ability), emotional aspects (self-esteem), and social aspects (social life). To identify the most common difficulties faced by patients.

Materials and Methods:

A cross-sectional observational study was conducted with a sample of 92 patients rehabilitated with removable prostheses, conventional fixed prostheses, and implant-supported fixed prostheses at the University Dental Clinic of the Universidade Católica Portuguesa. Sociodemographic data and type of edentulism were collected, and specific questionnaires (OHIP-14 and QSPM) were administered. Data were processed and analyzed using SPSS software version 26.0.

Results:

Participants underwent both partial and total rehabilitations, with bimaxillary rehabilitation being equally frequent.

No statistically significant associations were found between sociodemographic variables (sex, age) and the type of rehabilitation performed. In general, patients reported satisfaction with their rehabilitations, regardless of the type of prosthesis used. Occasional complaints were identified, mainly related to chewing, speech, and episodes of pain or discomfort in the oral cavity, which were more prevalent among users of removable prostheses. These findings reinforce that oral rehabilitation—especially with fixed or implant-supported prostheses—tends to provide higher levels of comfort and satisfaction, positively contributing to patients' quality of life.

Conclusion:

Oral rehabilitation had a positive impact on patients' quality of life, particularly among those treated with conventional fixed prostheses and implant-supported prostheses. Improvements were observed in masticatory function, self-esteem, and social interaction. The most frequently reported difficulties involved discomfort and adaptation, especially among removable denture users. However, the interpretation of these findings should take into account the sample limitations, particularly the small number of participants and the uneven distribution among the prosthetic groups.

Keywords:

Removable prosthesis; Fixed prosthesis; Implant-supported prosthesis; Quality of life; Oral health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Envelhecimento demográfico	3
1.2 Edentulismo e etiologia.....	4
1.2.1 Edentulismo: Repercussões na saúde oral	6
1.3 Reabilitação Protética	8
1.3.1 Prótese fixa convencional	9
1.3.2 Prótese removível	10
1.3.3 Prótese implanto-suportada.....	11
1.4 Qualidade de vida.....	14
1.5 Qualidade de vida relacionada com saúde oral	14
2 OBJETIVOS	19
3 MATERIAIS E MÉTODOS	23
3.1 Desenho de estudo	23
3.2 Caracterização da amostra	23
3.3 Instrumentos de recolha dados	23
3.3.1 Classificação de Kennedy	24
3.3.2 Oral Health Impact Profile (OHIP-14)	24
3.3.3 Questionário de satisfação protética de McGill	25
4. RESULTADOS	29
4.1 Análise sociodemográfica	29
4.2 Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14)	33
4.3 Questionário de satisfação protética de McGill.....	35
5. DISCUSSÃO	41
5.1 Análise Sociodemográfica.....	41
5.2 Oral Health Impact Profile – 14 (OHIP-14)	46
5.3 Questionário de satisfação protética de McGill.....	50
5.4 Limitações e expectativas futuras.....	54
6. CONCLUSÃO	58
7. BIBLIOGRAFIA	62

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 – <i>Caraterização sociodemográfica da amostra</i> -tipo de reabilitação, sexo (n,%).....	29
Tabela 2 – <i>Caraterização sociodemográfica da amostra</i> (tipo de reabilitação, sexo e idade)	29
Tabela 3 – <i>Caraterização da reabilitação</i> (n,%)	30
Table 4 – <i>Caraterização do tipo de reabilitação por arcada</i> (n,%).....	31
Tabela 5 – <i>Caraterização do tipo de reabilitação por tipo de desdentação.</i> (n,%).....	31
Tabela 6 – <i>Caraterização do tipo de reabilitação por classificação de Kennedy</i> (n,%).....	32
Tabela 7 – <i>Resultados da escala OHIP14 por tipo de reabilitação</i>	33
Tabela 8 – <i>Resultados da escala OHIP14 por tipo de reabilitação</i>	34
Tabela 9 – <i>Resultados do questionário de satisfação protética (global) por tipo de reabilitação</i> ...	35
Tabela 10 – <i>Resultados do questionário da satisfação protética (mastigação) por tipo de reabilitação</i>	36
Tabela 11 – <i>Resultados do questionário da satisfação protética (função de mastigação) por tipo de reabilitação</i>	37

ÍNDICE DE ANEXOS

8. Anexos - 1	74
8.1. Questionário Oral Health Impact Profile - 14 (OHIP-14) - 2	74
8.2 Questionário de Satisfação Protética de McGill -3	75
8.3 Parecer da Comissão de Ética - 4	76

LISTA DE ACRONIMOS E SIGLAS

DTM: Distúrbios temporomandibulares

ATM: Articulação temporomandibular

FED: Fixa com Extensão Distal

OHIP-14: Oral health impact profile – 14

OMS: Organização Mundial da Saúde

PSI: Prótese Sobre Implantes

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento demográfico

O indivíduo geriátrico é convencionalmente definido como alguém com idade cronológica igual ou superior a 65 anos. (1) Atualmente, observa-se um aumento significativo nesta faixa etária, sendo considerado um fenómeno estreitamente ligado ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de fertilidade nos últimos anos. (2,3)

Graças a uma crescente consciencialização sobre a necessidade de investigação clínica e tratamento focados na população idosa, o processo de envelhecimento tem vindo a ser modificado, permitindo às pessoas viverem durante mais tempo e com menos incapacidades graves. (1,3)

Este contínuo aumento da longevidade, visto como um dos triunfos consequentes ao avanço da medicina moderna, consubstancia um aumento da percentagem de pessoas que, ao atingirem a idade geriátrica, conseguem manter a sua saúde e funcionalidade. (2,4) No entanto, os médicos assistentes devem estar consciencializados em relação ao envelhecimento da população e às condições de saúde das pessoas idosas, uma vez que estas sofrem frequentemente de problemas de saúde. (5) Esses problemas de saúde geral refletem-se de forma significativa na saúde oral destes indivíduos, podendo resultar em várias complicações na cavidade oral, tais como: doença periodontal, edentulismo, cárie dentária, lesões na mucosa oral, infeções orais e patologias temporomandibulares (4,6) Para além das condições mencionadas anteriormente, o indivíduo geriátrico é frequentemente sujeito aos efeitos cumulativos das doenças sistémicas associadas à idade, que apresentam repercussões na cavidade oral e o predispõem a efeitos secundários da polimedicação, sendo a cavidade oral um alvo frequente desses efeitos. (7) Concomitantemente poderão também ocorrer alterações fisiológicas que aumentam o risco de efeitos adversos. (2,6)

Os indivíduos geriátricos estão sujeitos a mudanças funcionais e cognitivas que podem levar a uma diminuição das suas capacidades, nomeadamente a destreza manual e a atenção durante os cuidados de higiene oral. (4)

Segundo Purohit *et al.*, 80% dos medicamentos prescritos a indivíduos geriátricos causam xerostomia persistente. O mesmo autor refere ainda que mais de 400

medicamentos estão associados à disfunção das glândulas salivares e conseqüentemente à diminuição do fluxo salivar. (8)

A xerostomia, por sua vez, causa um desequilíbrio a nível da cavidade oral, levando ao desenvolvimento de um ambiente oral mais propenso a patologias como a cárie dentária e doença periodontal. (6,9)

É evidente que existe um aumento da população idosa, o que leva conseqüentemente a um aumento do número de indivíduos que enfrentam a perda dentária devido a cárie e doença periodontal. Contudo, tem-se verificado, nos últimos anos e nos países desenvolvidos a diminuição na prevalência da perda dentária, resultado da evolução das técnicas de preservação, garantindo a sua manutenção durante mais tempo. (10)

No entanto nem sempre é possível garantir a preservação das peças dentárias. Nestes casos a reabilitação protética dos espaços edêntulos torna-se fundamental para evitar o desenvolvimento de condições de comorbilidade que resultem em perdas dentárias. Para além disso, a reabilitação protética contribui para minimizar a perda óssea e assegurar a manutenção das diversas funções do aparelho estomatognático. (10-11)

1.2 Edentulismo e etiologia

O edentulismo é definido como um estado físico e psicológico debilitante e irreversível que ocorre pela ausência de dentes naturais na cavidade oral. (12,13) Embora as razões para o edentulismo sejam múltiplas, existem variados fatores intervenientes, nomeadamente individuais, sociais e comportamentais, como a educação, as condições económicas, o estilo de vida, os conhecimentos e as crenças sobre a saúde oral e a atitude em relação aos cuidados médico-dentários. (10,12) A perda dentária pode variar em gravidade, desde a perda de um único elemento dentário até à perda completa da dentição, sendo causada por diversas patologias, entre as quais salientam-se as mais comuns: a cárie dentária e as doenças periodontais. (10,12,14)

A cárie é uma doença dinâmica de origem multifatorial, que se forma através da interação entre bactérias responsáveis pela produção de ácidos, hidratos de carbono fermentáveis e fatores do hospedeiro que predispõem o indivíduo a uma maior probabilidade de desenvolver lesões cariogénicas nos tecidos dentários tanto nas superfícies da coroa do dente como nas raízes expostas. (15-16)

No entanto a cárie não resulta apenas do desenvolvimento de fatores físicos e biológicos, mas também de fatores comportamentais, como uma dieta rica em hidratos de carbono e uma higiene oral deficiente. (15) Os fatores comportamentais revelam-se determinantes, uma vez que indivíduos idosos apresentam maiores limitações físicas e motoras, tornando-se assim mais suscetíveis à formação de lesões de cárie, por ineficiência do método de escovagem, e pela manutenção de uma dieta inadequada. (8,17)

A doença periodontal é uma doença inflamatória e multifatorial, caracterizada pela destruição rápida e progressiva dos tecidos de suporte do dente. (18) A patogénese da doença periodontal começa através da acumulação de placa bacteriana e consequente inflamação dos tecidos de suporte, associados à limitada destreza manual e à existência de incapacidade motora. Estes fatores são muitas vezes responsáveis pela perda de interesse e de capacidade para manter uma boa higiene oral. (19) A estes fatores locais associam-se também a existência de fatores sistémicos, como a diabetes e o tabagismo, que podem aumentar a suscetibilidade do indivíduo à doença. (17,18,20) Com o avançar da idade, a suscetibilidade a esta doença aumenta, e, de facto, indivíduos geriátricos apresentam uma maior probabilidade de desenvolver doença periodontal. (20)

Quando práticas como a correta higienização e a realização adequada de terapia periodontal de suporte são negligenciadas, a doença periodontal pode progredir resultando na perda dentária. (20)

A perda dentária é uma condição que acarreta consequências físicas, mas também apresenta diversas repercussões na saúde psicológica do indivíduo geriátrico. (10,21)

No entanto, a perda de dentes não é apenas uma consequência direta de fatores patológicos mas também, e sobretudo, de fatores socioeconómicos e educacionais, que têm um impacto significativo na sua conservação. (21,22) De acordo com um estudo realizado pelo autor Ziad *et al.*, a probabilidade de conservação dos dentes aumenta com o nível de instrução. Indivíduos com baixo nível socioeconómico enfrentam um maior número de doenças orais e têm menor probabilidade de procurar cuidados dentários regularmente, o que resulta numa maior perda dentária. (22) Atualmente, e de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, as pessoas sem dentes são consideradas fisicamente deficientes, uma vez que a falta de dentes compromete funções fundamentais como a mastigação, fala e deglutição. Esta condição pode desenvolver uma certa forma de incapacidade, sendo que os pacientes tendem a isolar-se, evitando qualquer tipo de atividade social. (11,23)

1.2.1 Edentulismo: Repercussões na saúde oral

A extração dentária é responsável por um processo contínuo de reabsorção progressiva dos tecidos duros e moles. (11) A nível dos tecidos duros, ocorre a reabsorção da crista óssea promovendo a alteração da altura do osso alveolar e conseqüentemente das dimensões da área de suporte da prótese. A perda de tecidos moles é uma consequência direta desta diminuição de altura e largura da crista óssea que por sua vez altera o perfil dos tecidos e as formas anatómicas do rosto. (11,14)

A reabsorção ocorre tanto na mandíbula quanto na maxila, mas ocorre sensivelmente quatro vezes mais rápido na mandíbula. (14) Estudos recentes mostraram que dependendo da posição e do número de dentes ausentes, pode ser perdida até um terço da massa óssea mandibular devido à ausência de estimulação mecânica adequada. (24)

O edentulismo e a perda das estruturas ósseas associadas podem ser responsáveis por diversas consequências, nomeadamente alterações na mastigação e na eficiência mastigatória, na deglutição, secreção salivar e até na percepção do sabor dos alimentos. (14,23) A ausência de dentes, quando associada a outras alterações físicas decorrentes do processo de envelhecimento, como por exemplo enfraquecimento muscular e declínio da coordenação de movimentos, provoca uma alteração ainda mais considerável na capacidade mastigatória. (25,27) De acordo com a literatura, os utilizadores de próteses têm entre $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{5}$ da força mastigatória e da força de mordida em comparação com indivíduos dentados. A reabilitação protética com próteses removíveis restabelece apenas parcialmente a mastigação e a eficiência mastigatória. (14,27)

A perda de capacidade mastigatória influencia as escolhas alimentares dos indivíduos, tendo sido constatado que indivíduos portadores de próteses removíveis parciais ou totais tendem a ter uma fraca qualidade alimentar, levando assim a um estado de malnutrição. (28) Estes indivíduos preferem uma dieta macia em detrimento de uma mais dura e este fraco desempenho mastigatório tem sido associado a uma menor frequência de consumo de frutas e vegetais. (27,28,29) Os alimentos macios e fáceis de mastigar, preferidos por esta população tendem a ter uma maior concentração de açúcares e gorduras. (27)

Contudo, de acordo com um estudo conduzido por Krall *et al.* o número e a posição dos dentes ausentes bem como a presença de próteses removíveis são preditores importantes do consumo nutricional, uma vez que se verifica que o estado das peças dentárias e o consumo de nutrientes estão estreitamente associados à função mastigatória. (29)

Para além de causar distúrbios nutricionais o edêntulismo encontra-se também intimamente relacionado com a presença de distúrbios temporomandibulares (DTM). (30) A função mastigatória necessita das tensões nervosas fornecidas pela articulação temporomandibular (ATM) para que possa ocorrer o seu normal funcionamento. (31) Quando existe uma arcada edêntula ocorre a perda da relação oclusal que pode ser responsável pelas alterações degenerativas dos componentes da ATM, nomeadamente alterações na densidade óssea do côndilo, na fossa articular e na eminência articular, podendo causar DTM. (30)

No indivíduo geriátrico a deglutição pode sofrer alterações decorrentes da degeneração dos seus mecanismos fisiológicos, principalmente devido a fatores como a xerostomia e alterações relacionadas ao envelhecimento dos músculos, fibras e nervos associados ao sistema estomatognático. (26,27)

Existe uma correlação significativa entre a perda dentária e a dificuldade de deglutição, dado que a mastigação desempenha um papel essencial na fragmentação do alimento em partículas menores, preparando-o para ser deglutido. (28) É evidente que, em indivíduos geriátricos edêntulos esta função pode estar comprometida, uma vez que a ausência de dentes interfere na adequada trituração dos alimentos e na formação do bolo alimentar, resultando em presbifagia, tosse e risco de aspiração. (26,28)

Esses processos estão intrinsecamente relacionados à conformação das arcadas dentárias. A prótese maxilar em especial, pode afetar a biomecânica da deglutição ao oferecer uma superfície de contato que aumenta a pressão da língua e estabiliza a deglutição. Sem a prótese, essa função é comprometida, o que eleva o risco de dificuldades de deglutição em pacientes idosos edêntulos. (32)

De acordo com o estudo de Furuya *et al.*, o uso de próteses é essencial para uma deglutição eficiente em idosos edêntulos. O estudo, realizado através da utilização de sensores de pressão colocados no palato do paciente, comprovou que a ausência de próteses compromete a coordenação entre as estruturas orais e faríngeas. Por outro lado, o uso de próteses, ao estabilizar a mandíbula em oclusão, é crucial durante as fases de preparação oral e da deglutição. (33)

Os elementos dentários em conjunto com os lábios e a língua, desempenham um papel essencial na articulação das consoantes, bloqueando e modulando o fluxo aéreo. (34) De acordo com a literatura, existe um impacto negativo na produção de sons, dado que estes desempenham um papel essencial na formação do discurso. (35) Por outro lado, foi

demonstrado que o uso de próteses dentárias em indivíduos edêntulos melhora significativamente a fonética destes pacientes. (36)

É fundamental salientar que o aparelho estomatognático é composto por diferentes estruturas, tecidos e órgãos, os quais sofrem alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, levando a modificações funcionais na mastigação, deglutição e fonética, que interagem entre si e se influenciam mutuamente e com os demais sistemas do organismo. (23) Desta forma qualquer alteração nestas funções pode desencadear disfunções no equilíbrio funcional global do organismo. É assim imperativo adotar uma abordagem global das funções estomatognáticas visto que apenas desta forma o médico dentista poderá efetuar um diagnóstico preciso e implementar tratamentos preventivos e terapêuticos adequados. (23,25)

1.3 Reabilitação Protética

A área da reabilitação oral representa uma área da medicina dentária que tem verificado um rápido desenvolvimento, caracterizado pela introdução de novos materiais e por procedimentos cada vez menos invasivos e com foco na preservação da estrutura dentária saudável, quando possível. O objetivo é proporcionar uma função mastigatória, fonética e resultados estéticos ideais. (37)

Existem diversos tipos de reabilitação protética dependendo nomeadamente do tipo de edentulismo e do estado dos dentes remanescentes. Podem ser recomendados diferentes opções de tratamento tais como implantes, próteses fixas ou próteses removíveis para substituir os elementos dentários perdidos. (38)

Os dentes perdidos e os tecidos de suporte têm sido tradicionalmente substituídos através do uso de próteses fixas convencionais ou próteses removíveis. (39)

As próteses removíveis podem ser subdivididas em próteses parciais e próteses totais. (37,40) As próteses parciais removíveis são indicadas para substituir alguns dentes ausentes na arcada dentária, exigindo um plano de tratamento cuidadoso, que respeite as expectativas e as necessidades do paciente. (37) Por outro lado, a reabilitação com prótese total removível é utilizada em casos de edentulismo total, sendo uma opção de tratamento

válida para pacientes que apresentem limitações anatómicas, sistêmicas ou financeiras. (40)

A prótese fixa engloba coroas unitárias ou pontes, colocadas de forma permanente em cotos dentários ou em implantes osteo-integrados que atuam como substitutos dos dentes naturais. (41) Os implantes dentários são também um método de substituição de dentes ausentes, inseridos cirurgicamente no osso alveolar, onde se integram de forma estável através do processo de osteo-integração, permitindo o suporte da prótese e a distribuição adequada das forças mastigatórias. (39,41)

1.3.1 Prótese fixa convencional

A reabilitação com prótese fixa assegura a substituição e restauração de dentes perdidos por substitutos permanentes, com o objetivo principal de restabelecer a função, a estética e o conforto.(42)

Torna-se, portanto, imprescindível que, durante a criação de uma prótese fixa parcial ou unitária, sejam respeitados princípios anatómicos e biológicos para garantir a longevidade do tratamento. A preparação do dente, por exemplo, é um dos fatores críticos que deve ser previamente planeado e executado corretamente, uma vez que é necessário permitir que a coroa restabeleça não apenas a função mastigatória, mas também a estética. (42,43)

Devem ser respeitados requisitos essenciais relacionados com a saúde periodontal, pois é através de uma adaptação cervical adequada e de um contorno correto na área interproximal que é possível preservar a integridade periodontal e evitar a acumulação de placa bacteriana. (42) A saúde periodontal e o seu controlo são cruciais na preservação de próteses fixas, sendo ainda mais relevantes para a manutenção dos dentes pilares em próteses fixas unitárias. (40)

O suporte fornecido na prótese fixa convencional é dentário, revelando-se como o mais funcional e fisiológico, sendo também, por norma, o mais bem aceite pelos pacientes. (41) Este tipo de reabilitação tende a aumentar a qualidade de vida do paciente, uma vez que parâmetros como a estética e função mastigatória mostram uma melhoria significativa. (44) Em pacientes portadores de prótese fixa a eficiência mastigatória depende do número de dentes substituídos e principalmente do número de contactos oclusais existentes nos

dentes posteriores. (10,45) O feedback sensorial proporcionado pelos elementos de prótese fixa compensa, de forma eficiente, a ausência dos dentes naturais permitindo uma função mastigatória semelhante. (44,46)

1.3.2 Prótese removível

Apesar dos avanços da prótese implanto-suportada, o tratamento através de próteses removíveis continua a ser considerado um padrão de excelência ("gold standard"), sendo ainda uma das soluções mais utilizadas em pacientes com edentulismo parcial ou total. (37,38) Tal preferência mantém-se não apenas pela longevidade crescente da população, mas também pelas limitações económicas, que muitas vezes impedem o acesso a opções mais eficazes, como as próteses fixas sobre implantes ou dentes naturais. (5,47)

O tratamento com prótese removível é indicado em casos de reabilitação de arcadas dentárias completas, de substituição de elementos singulares ou múltiplos ou em situações em que a reabilitação com recurso a implantes não é possível devido à falta de estrutura óssea ou incapacidade económica. (37)

O protocolo para a confeção de uma prótese removível, à semelhança do que é verificado para a prótese fixa, é essencial para alcançar um padrão de qualidade elevado. Nesse sentido é crucial que o desenho protético assegure ao paciente uma função adequada de deglutição, fonética e mastigação, integrando-se de maneira harmoniosa no sistema estomatognático facilitando a aceitação do paciente e proporcionando assim uma melhoria na sua qualidade de vida. (47,48) Embora a prótese removível, sobretudo a parcial, seja a solução mais económica e de execução mais simples, possui algumas limitações estéticas. (38)

No final do tratamento os resultados devem ser estáveis e duradouros, garantindo o conforto mastigatório do paciente. (48) No entanto, o uso de próteses removíveis pode provocar micromovimentos que geram desconforto para os utilizadores. Estes pequenos movimentos causados pela prótese representam uma das principais causas de insatisfação entre os portadores de próteses removíveis. (49) Para garantir uma completa satisfação e minimizar o desconforto, é fundamental alcançar um bom nível de estabilidade e retenção protética. Esses dois fatores são essenciais para o sucesso do tratamento protético com prótese removível e podem ser obtidos através da otimização de vários elementos-chave

tais como: o número e a condição dos dentes pilares, o seu alinhamento, a saúde dos tecidos periodontais, o desenho protético, o tipo de suporte da prótese e os materiais utilizados na sua confecção. (47,48,49)

Dependendo das necessidades do paciente e do tipo de edentulismo presente, o suporte da prótese removível pode ser dentário, mucoso ou muco-dentário. (13) O tipo de suporte mucoso é utilizado em próteses totais, que são completamente suportadas pelos tecidos moles adjacentes. (17) Estas próteses restabelecem a funcionalidade ao substituir dentes naturais e cristas ósseas alveolares em indivíduos totalmente desdentados. (5,17)

As próteses totais, fabricadas em acrílico, apresentam um processo de integração ao sistema estomatognático mais desafiador devido à ausência total de dentes.(17) No entanto, ao longo do tempo foram otimizadas as propriedades físicas e mecânicas da resina acrílica facilitando a adaptação do paciente. (3) As próteses acrílicas podem também, a título transitório ser utilizadas como próteses parciais. (5)

O suporte dentário nas próteses removíveis, baseia-se na utilização de dentes naturais remanescentes como pontos de apoio para a retenção e estabilidade da prótese. Este tipo de suporte é conhecido como sistema de Nardy, pois utiliza os dentes naturais ainda presentes na cavidade oral para sustentar a prótese. Essas próteses, designadas como esqueléticas, pela existência de um esqueleto metálico, em Cromo-Cobalto, utilizam retentores diretos e indiretos, que proporcionam ancoragem aos dentes naturais, contribuindo para a distribuição equilibrada da carga mastigatória. (41) É importante salientar que as próteses esqueléticas possuem maior estabilidade uma vez que são suportadas tanto pela mucosa quanto pelas peças dentárias. (5,17)

1.3.3 Prótese implanto-suportada

Quando foram introduzidos os primeiros implantes osteointegrados em 1965, Per-Ingvar Brånemark revolucionou a Medicina Dentária de uma forma geral, mas principalmente a área da reabilitação oral. Até aquele momento, as próteses convencionais apresentavam várias limitações, especialmente em termos de estabilidade, em indivíduos totalmente edêntulos com grande perda óssea. (18) Segundo o próprio Brånemark a qualidade e a quantidade óssea são fatores invariavelmente influentes na viabilidade de qualquer reabilitação protética. Por exemplo, os implantes, embora melhorem a

estabilidade e a retenção das próteses, ainda requerem um volume ósseo adequado para garantir o sucesso do tratamento. (18,19)

Inicialmente, os implantes eram utilizados apenas na reabilitação de arcadas totalmente edêntulas, com o objetivo de aumentar a estabilidade das próteses e o conforto dos pacientes. Com o passar do tempo e com os avanços no tratamento implantológico, esse conceito foi ampliado para incluir também pacientes parcialmente edêntulos, que atualmente representam a maioria dos pacientes reabilitados através de implantes. (20)

No planeamento da reabilitação com implantes, é fundamental considerar os aspetos funcionais que delimitam o espaço restaurador. (21) A reabilitação com implantes para pacientes totalmente edêntulos depende dos diferentes tipos de reabsorção óssea, podendo dar origem a próteses fixas suportadas por implantes (PSI) , próteses híbridas com extensão distal (FED) e Overdenture. (18,21)

As próteses fixas suportadas por implantes são utilizadas tanto nos casos de reabilitação de edentulismo parcial como nos de edentulismo total. (18) De acordo com os pacientes reabilitados com PSI, estas aumentam a qualidade de vida permitindo melhorias significativas em termos de conforto, estabilidade e capacidade mastigatória. Estas são mais bem aceites pelos pacientes uma vez que apresentam uma aparência natural, como uma transição fluida entre dentes e tecido gengival. (20)

A reabsorção da crista alveolar consequentemente à perda dentária, pode limitar o uso de próteses fixas, pois compromete o suporte dos lábios e a estética do rosto. Nesses casos, é preferível optar por uma garantindo um melhor resultado estético e funcional. (18)

A FED é composta por uma subestrutura metálica e uma sobre estrutura em resina acrílica, que imita a gengiva e os dentes naturais, fixada nos implantes. (22) Esta prótese combina a estética proporcionada pela resina acrílica com o conforto e a estabilidade oferecidos pela subestrutura em metal. (23) Uma vantagem adicional é o facto de ser aparafusável e poder ser removida pelo médico dentista, permitindo assim o acompanhamento ao longo do tempo. (22) No entanto foram observadas algumas complicações mecânicas e inflamatórias. O principal problema parece ser causado pela acumulação de placa bacteriana consequente à dificuldade de higiene da estrutura em torno dos implantes. Como consequência podem ser causadas inflamações dos tecidos moles, como a mucosite, que pode progredir até uma peri-implantite, caracterizada pela

perda óssea ao redor dos implantes. (22,23) Outros problemas igualmente frequentes incluem a fratura dos dentes acrílicos da prótese, especialmente na zona dos dentes anteriores, assim como a fratura do parafuso protético. (23)

A overdentures utiliza o princípio da prótese removível sustentada por implantes, garantindo uma melhor estabilidade. (57) O número de implantes que suportam a prótese nas arcadas mandibular e maxilar parece ser determinante para conferir estabilidade, conforto e prevenir a reabsorção óssea. (58) Sobre os implantes são instalados conectores que podem ser esféricos ou em barra. (24) Os sistemas de conectores exigem maior manutenção, incluindo limpeza diária e controle do médico dentista para verificar o desgaste dos acoplamentos. (24,25)

A literatura científica indica que os pacientes demonstram uma preferência por PSI em detrimento das overdentures uma vez que as primeiras para além de oferecerem maior eficiência e conforto, melhoram o bem-estar psicológico dos pacientes, eliminando o aspeto removível associado às overdentures e proporcionando uma sensação mais semelhante aos dentes naturais. (18)

Atualmente a percepção dos próprios pacientes em relação ao método de reabilitação é cada vez mais significativa na avaliação dos resultados dos tratamentos implantológicos, especialmente porque as repercussões não se revelam apenas a nível físico, mas também a nível psicológico, emocional e social. (19,20)) Os pacientes geriátricos, com o avançar da idade, necessitam de tratamentos cada vez mais centrados nas suas necessidades, tanto mentais como físicas. (18) Do ponto de vista físico, os implantes podem revelar-se uma solução particularmente útil para a população geriátrica, pois ajudam a resolver problemas relacionados com a adaptação das próteses, especialmente em áreas onde há uma reabsorção óssea significativa, mas também ajuda a restabelecer as capacidades físicas dos músculos da mastigação. (18,19,26) Estudos recentes indicam que reabilitações suportadas por implantes diminuem a amplitude eletromiográfica do músculo masséter durante a deglutição de alimentos pastosos e líquidos, o que garante uma menor ativação e conseqüentemente um menor esforço e uma melhor eficiência do movimento. (26) Ao contrário das próteses removíveis os implantes oferecem uma maior estabilidade sem exigir um esforço muscular excessivo para manter a prótese em posição. (19) Próteses instáveis e com movimento contínuo estão fortemente associadas à frustração e à baixa autoestima. (20)

1.4 Qualidade de vida

A qualidade de vida é definida como um conceito multifatorial que mede o bem-estar geral da pessoa, considerando fatores físicos, psicológicos, sociais e económicos. (27) A qualidade de vida é subjetiva, sendo altamente influenciada pelas experiências, crenças, objetivos e contexto social do indivíduo, tornando o conceito altamente pessoal e variável. (28) A qualidade de vida apresenta-se também fortemente interconectada à saúde, dado que o bem-estar físico e mental representa uma determinante fundamental na percepção de qualidade de vida do indivíduo. (27)

A "International Classification of Functioning, Disability and Health", introduzida em 2001, melhorou o conceito da relação entre saúde e qualidade de vida, através da especificação dos efeitos e repercussões das patologias na saúde geral do indivíduo. (29) Por exemplo, foi reavaliado o impacto da saúde oral na saúde geral, reconhecendo que esta influência diretamente a qualidade de vida do indivíduo. (20)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não a considerando apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Portanto, a saúde não se refere apenas ao bem-estar físico e mental, mas também ao social, transformando o conceito de saúde fazendo parte de um estado global de bem-estar do indivíduo. (30)

A saúde está estritamente ligada à qualidade de vida, pois a combinação desses dois conceitos refere-se à maneira como a saúde mental, social e física impacta a percepção da pessoa sobre a sua própria vida. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde tenham uma abordagem global da saúde do indivíduo, avaliando não apenas componentes físicos, mas também as necessidades pessoais e como os tratamentos influenciam a vida quotidiana dos pacientes. (27,30)

1.5 Qualidade de vida relacionada com saúde oral

Por saúde oral entende-se um estado de bem-estar geral e a forma como a pessoa consegue desempenhar as funções do aparelho estomatognático. A saúde oral está estritamente relacionada com a qualidade de vida, entendida como a capacidade de realizar tais funções de forma eficaz e satisfatória ao longo do tempo. O seu deterioramento pode comprometer o bem-estar físico e cognitivo do indivíduo. (31)

A qualidade de vida relacionada à saúde representa um equilíbrio entre a duração da vida e o bem-estar que as pessoas experimentam ao longo desse tempo. A saúde oral muitas vezes não está no centro das atenções quando se fala de problemas de saúde entre os idosos, uma vez que esta população tende a ser afetada por numerosas patologias, normalmente de maior gravidade que comprometem a qualidade de vida. (32) No entanto, as patologias orais não podem ser ignoradas, uma vez que podem ter um impacto significativo na saúde geral e na qualidade de vida. (28)

De acordo com o autor Emami et al. a qualidade de vida relacionada à saúde diz respeito ao modo como a condição oral influencia a funcionalidade e o bem-estar do indivíduo. (33) Um exemplo é demonstrado pelo edentulismo, condição de saúde oral patológica que pode causar a diminuição das funções físicas e cognitivas, como a perda de status social, diminuição da autoestima, comprometimento da capacidade mastigatória e na adaptação à perda dentária. (33,34) É, assim, fundamental que o médico dentista leve sempre em consideração, antes de qualquer tratamento, as necessidades do paciente e os fatores que influenciam a sua qualidade de vida. (2) Os tratamentos dentários realizados pelo médico dentista parecem ter um peso determinante na qualidade de vida dos pacientes. (31)

A manutenção de um adequado estado de saúde oral, particularmente na população geriátrica, é fundamental para garantir o seu bem-estar físico e cognitivo. A manutenção dos dentes naturais está correlacionada a uma melhoria na qualidade de vida. É, por isso, essencial implementar medidas preventivas para reduzir a incidência de patologia oral que possa levar à extração dentária, como doença periodontal e cárie. (35,36) A preservação dos dentes naturais originaria um aumento nos padrões de qualidade de vida. A perda dos dentes anteriores está associada a problemas funcionais e psicossociais, uma vez que estes desempenham um papel fundamental na estética facial e na autoaceitação. (36)

A perda de elementos dentários compromete de forma significativa o equilíbrio do sistema estomatognático, tornando necessário o restabelecimento das estruturas perdidas mediante o uso de próteses para restaurar a função e a integridade do complexo oral. (2) No entanto, as medidas de sucesso da reabilitação oral como por exemplo, a eficiência mastigatória e a ausência de complicações técnicas ou biológicas, não consideram a experiência subjetiva do paciente e a qualidade de vida associada. A este respeito foram introduzidos nos últimos anos o uso de questionários específicos que permitem avaliar a

qualidade de vida em pacientes reabilitados, permitindo assim avaliar o impacto no bem-estar estético, funcional e psicossocial resultante da utilização dos vários sistemas de reabilitação. (2,37)

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o impacto da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes reabilitados com diferentes tipos de prótese — prótese removível, prótese fixa convencional e prótese fixa implanto-suportada.

Procura também avaliar se cada tipo de reabilitação oral proporciona uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes que realizaram uma reabilitação oral, considerando aspetos físicos como a capacidade mastigatória, emocionais como a autoestima e sociais.

Procura-se igualmente identificar as possíveis dificuldades mais comuns enfrentadas pelos pacientes relacionadas com a utilização das diferentes reabilitações, 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 de estudo

Tendo presente o objetivo de avaliar o impacto do tipo de reabilitação protética na qualidade de vida do paciente reabilitado, foi realizado um estudo observacional transversal no âmbito da área disciplinar de Reabilitação Oral.

3.2 Caracterização da amostra

O presente estudo foi realizado numa amostra de 92 indivíduos reabilitados na Clínica Dentária Universitária da Facultad de Odontologia da Universidad Complutense de Madrid e na Clínica Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa ano letivo de 2024-2025. 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 qualquer idade, reabilitados com próteses fixas convencionais, próteses removíveis e próteses implanto-suportadas (PSI, FED e Overdenture), reabilitados no âmbito da área disciplinar de Reabilitação Oral da FMDUCP, da Pós-Graduação de Reabilitação Oral e Periodontologia da mesma faculdade e na Clínica Dentária Universitária da Facultad de Odontologia da Universidad Complutense de Madrid.

Como critérios de exclusão foram utilizados:

- Falta de vontade/disponibilidade de participar no estudo;
- Falta de comparência à consulta de controlo;
- Existência de patologia que impeça a correta compreensão das questões presentes no questionário administrado

3.3 Instrumentos de recolha dados

Inicialmente, foram recolhidos dados sociodemográficos dos pacientes, incluindo informações relativas ao sexo e à idade.

Foi também analisado o tipo de edentulismo em cada arcada, classificando-o como parcial ou total e identificando o tipo de reabilitação protética existente. Por sua vez, com base na classificação de Kennedy, foram classificados os indivíduos parcialmente edêntulos. Estes parâmetros revelaram-se essenciais para caracterizar a amostra e identificar possíveis discrepâncias entre os diferentes grupos.

Com o objetivo de avaliar a influência da reabilitação através de próteses removíveis, próteses fixas convencionais e próteses sobre implantes na qualidade de vida dos pacientes reabilitados, foi utilizado o questionário Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Foi também utilizado o Questionário de satisfação protética de McGill para a totalidade da amostra.

3.3.1 Classificação de Kennedy

A Classificação de Kennedy é uma classificação utilizada em Medicina Dentária com o objetivo de categorizar as arcadas parcialmente desdentadas com base no tipo e na distribuição da/das perda(s) dentária(s). Este sistema permite classificar os indivíduos em quatro classes principais, de acordo com a tipologia da desdentação. A Classe I corresponde a áreas desdentadas bilaterais localizadas posteriormente aos dentes naturais remanescentes; Classe II: área desdentada unilateral localizada posteriormente aos dentes naturais remanescentes; Classe III: área desdentada unilateral com dentes naturais localizados tanto em anterior como em posterior e Classe IV: área desdentada única, localizada anteriormente aos dentes naturais remanescentes. (16)

3.3.2 Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

O OHIP-14 é um questionário concebido para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar de que forma a saúde oral pode influenciar as dimensões pessoais, sociais e cognitivas na vida do indivíduo. Originalmente, o questionário desenvolvido por Slade e Spencer consistia numa versão inicial com 49 perguntas. No entanto, foi posteriormente reduzido para 14 questões, devido à extensão excessiva e à identificação de redundâncias no conteúdo.

O OHIP-14 é, atualmente, reconhecido como um instrumento mais eficiente, adequado tanto para a prática clínica quanto para estudos epidemiológicos, apresentando, adicionalmente, elevada fiabilidade e validade. As áreas de impacto estão divididas de acordo com diferentes critérios, como por exemplo: limitação funcional, desconforto

psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social, dor física, incapacidade física e desvantagem relativa à satisfação com a vida. Cada um dos critérios utilizados inclui duas perguntas, num total de 14 itens e as respostas são avaliadas através de uma escala que vai de “nunca” (0 pontos) a “quase sempre” (4 pontos). (37,38,67)

3.3.3 Questionário de satisfação protética de McGill

O Questionário de Satisfação Protética é uma ferramenta utilizada em medicina dentária para avaliar a função mastigatória e o impacto das condições dentárias na qualidade de vida dos pacientes, especialmente aqueles que usam próteses dentárias e apresentam distúrbios oclusais. Este questionário abrange diversos aspetos relacionados com a utilização da prótese, incluindo perguntas sobre a facilidade de limpeza, a satisfação geral, a capacidade de comunicação, o conforto, a estética, a estabilidade e as condições orais.

Adicionalmente, a capacidade de mastigação é analisada tanto de forma geral quanto em relação a alimentos específicos, como pão branco fresco, queijo duro, cenouras cruas, fiambre, bife, maçãs cruas e alface. Este questionário avalia também a capacidade mastigatória, isto é, se o alimento é adequadamente mastigado antes de ser engolido. Para esta avaliação utiliza uma escala analógica visual de 1 a 5. No que diz respeito à satisfação, o valor 1 indica “nada satisfeito” e 10 corresponde a “muito satisfeito”. Quanto à dificuldade de mastigação, 1 significa “nada difícil” e 10 representa “muito difícil”. Por fim, na avaliação da função mastigatória, 1 denota que os alimentos foram “bem mastigados”, enquanto 10 indica que foram “mal mastigados”.(68)

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. Utilizou-se um nível de significância de 5%,

Para sistematizar e analisar a informação fornecida pelos dados, recorreu-se à estatística descritiva. Esta torna mais fácil a síntese da informação numérica de forma estruturada, com o intuito de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. As técnicas estatísticas utilizadas foram os cálculos de frequências absolutas e relativas e tabelas de cruzamento.

Para a análise estatística inferencial recorreu-se ao teste de independência do qui-quadrado de modo a inferir sobre potenciais associações entre variáveis. Este teste pressupõe que a amostra seja de grande dimensão e que as frequências esperadas sejam de pelo menos cinco. Quando não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado recorreu-se ao teste exato de Fisher.

Para a comparação de resultados numéricos entre três grupos independentes recorreu-se ao teste Anova, para tal verificaram-se os pressupostos da Anova: normalidade das distribuições (teste de Shapiro) e homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Na comparação dos resultados das escalas utilizadas OHIP14 e McGill entre os três grupos utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, pois o pressuposto da normalidade não se verificou.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Análise sociodemográfica

Participaram no presente estudo 92 indivíduos. Na tabela 1 apresenta-se a caracterização destes por tipo de reabilitação e sexo, assim como o resultado do teste de independência do qui-quadrado entre estas duas variáveis.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra -tipo de reabilitação, sexo (n,%)

Sexo	Tipo de Reabilitação			Total	Teste Qui-quadrado
	Implantes	Prótese Removível	Prótese Fixa		
Feminino	17 (42,5)	20 (51,3)	6 (46,2)	43 (46,7)	$\chi = 0,614$; $p = 0,736$
Masculino	23 (57,5)	19 (48,7)	7 (53,8)	49 (53,3)	
Total	40 (100)	39 (100)	13 (100)	92 (100)	

χ – estatística teste Qui-quadrado; p - valor de prova

Verifica-se que a amostra está equilibrada entre sexos, apresentando 49 elementos do sexo masculino (53,3%) e 43 do sexo feminino (46,7%). Em relação ao tipo de reabilitação esse equilíbrio não se verifica, uma vez que 43,5% (n=40) tinham reabilitação com implantes, 42,4% (n=39) com prótese removível e 14,1% (n=13) com prótese fixa. A distribuição por sexo em cada tipo de reabilitação é relativamente equilibrada, daí que pelo teste de independência do qui-quadrado se conclua que o tipo de reabilitação não está associado ao sexo do paciente.

Na tabela 2 apresenta-se a caracterização da idade da amostra por tipo de reabilitação e sexo, assim como os resultados do teste Anova para comparação da média da idade entre os diferentes grupos de reabilitação.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra (tipo de reabilitação, sexo e idade)

Sexo	Tipo de Reabilitação			Total $\bar{X} \pm s$	Teste Anova
	Implantes $\bar{X} \pm s$	Prótese Removível $\bar{X} \pm s$	Prótese Fixa $\bar{X} \pm s$		
Feminino	61,47±8,53	64,20±13,17	58,67±13,17	62,35±11,50	F=3,010; p=0,054
Masculino	58,30±15,22	67,74±6,74	62,43±10,13	62,55±12,46	
Total	59,65±12,77	65,92±10,56	60,69±11,52	62,46±11,96	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; F – estatística teste Anova; p – valor de prova

Verifica-se que a média de idades dos pacientes envolvidos no presente estudo foi de 62,46±11,96 anos, sendo idêntica entre sexos (62,35±11,50 no sexo feminino e 62,55±12,46 no masculino). No grupo de reabilitação com implantes as mulheres eram as que apresentavam maior média de idades, enquanto nos restantes grupos eram os homens. Quando analisadas as médias de idade de acordo com os tipos de reabilitação efetuadas observa-se que os pacientes portadores de prótese removível apresentam idades médias mais elevadas e os pacientes com reabilitação com recurso a implantes idades médias mais baixas. Contudo concluiu-se que as diferenças observadas não apresentam significância estatística ($p=0,054$).

De forma a fazer a análise dos tipos de reabilitação, apresentam-se, na tabela 3, as variações verificadas na amostra em estudo.

Tabela 3 – Caracterização da reabilitação (n,%)

Tipo de Reabilitação					
Implantes		Prótese Removível		Prótese Fixa	
FED	5 (12,5%)	Acrílica	13 (33,3%)	1 elemento suspenso	8 (61,5%)
Overdenture	5 (12,5%)	Esquelética	25 (64,1%)	2 Elemento suspenso	4 (30,8%)
PSI	30 (75,0%)	Sobredentadura	1 (2,6%)	4 Elemento suspenso	1 (7,7%)
Total	40 (100%)	Total	39 (100%)	Total	13 (100%)

Considerando os resultados apresentados na tabela 3 tem-se que na reabilitação com implantes a prótese sobre implantes é a mais prevalente (n=30,75%), na prótese

removível a reabilitação com próteses esqueléticas é a mais prevalente (n=25,64,1%) e na prótese fixa a existência de um elemento pântico suspenso é o que se verifica mais prevalente (n=8,61,5%).

A tabela 4 apresenta-se os resultados do tipo de reabilitação por arcada.

Table 4 – Caraterização do tipo de reabilitação por arcada (n,%)

Arcada	Tipo de Reabilitação			Total	Teste Qui-quadrado
	Implantes	Prótese Removível	Prótese Fixa		
Inferior	14 (35,0)	14 (35,9)	6 (46,2)	34 (37,0)	$\chi = 13,503;$ $p = 0,009$
Superior	23 (57,5)	11 (28,2)	6 (46,2)	40 (43,5)	
Superior/Inferior	3 (7,5)	14 (35,9)	1 (7,7)	18 (19,6)	
Total	40 (100)	39 (100)	13 (100)	92 (100)	

χ – estatística teste Qui-quadrado; p - valor de prova

De acordo com a tabela 4 verifica-se que a arcada mais reabilitada é a superior (n=40,43,5%) e a reabilitação menor frequente foi a que envolveu ambas as arcadas dentárias (n=18,19,6%). No entanto, este facto não se mantém quando os diferentes tipos de reabilitação são analisados de forma individualizada. Na reabilitação com implantes a arcada superior aparece como a mais reabilitada. Na reabilitação com recurso a prótese removível a reabilitação da arcada inferior e de ambas as arcadas dentárias em simultâneo são as reabilitações mais prevalentes, ambas com n=14 e 35,9%. através da análise destes dados foi possível concluir pelo teste de independência do qui-quadrado que o tipo de reabilitação está significativamente associado à arcada a reabilitar ($p < 0,01$).

Na tabela 5 encontra-se a caraterização do tipo de reabilitação por tipo de desdentação.

Tabela 5 – Caraterização do tipo de reabilitação por tipo de desdentação. (n,%)

Desdentação	Tipo de Reabilitação			Total	Teste Qui-quadrado
	Implantes	Prótese Removível	Prótese Fixa		
Parcial	29 (72,5)	38 (97,4)	13 (100)	80 (87,0)	$\chi = 13,096;$ $p = 0,001$
Total	11 (27,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	12 (13,0)	
Total	40 (100)	39 (100)	13 (100)	92 (100)	

χ – estatística teste Qui-quadrado; p - valor de prova

A maioria dos pacientes analisados são parcialmente desdentados. Dos desdentados totais, observa-se que a grande maioria foram reabilitados com recurso a

implantes (n=11,91,7%). Pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que o tipo de reabilitação se encontra relacionado com o tipo de desdentação com significância estatística ($p < 0,01$).

Tabela 6 – Caracterização do tipo de reabilitação por classificação de Kennedy (n,%)

Classificação de Kennedy	Tipo de Reabilitação			Total	Teste exato de Fisher
	Implantes	Prótese Removível	Prótese Fixa		
Classe I	4 (13,8)	20 (52,6)	1 (7,7)	25 (31,3)	F=13,096; $p=0,001$
Classe II	7 (24,1)	11 (28,9)	4 (30,8)	22 (27,5)	
Classe III	14 (48,3)	7 (18,4)	7 (53,8)	28 (35,0)	
Classe IV	4 (13,8)	0 (0,0)	1 (7,7)	5 (6,3)	
Total	29 (100)	38 (100)	13 (100)	80 (100)	

F – estatística teste exato de Fisher; p - valor de prova

Considerando os resultados apresentados na tabela 6 verifica-se que a maioria dos pacientes reabilitados apresentava uma Classificação de Kennedy Classe III. A classe de Kennedy menos reabilitada foi a Classe IV, que apresenta apenas 5 indivíduos distribuídos pelos grupos de reabilitação com implantes (n=4) e com prótese fixa (n=1). Na análise por tipo de reabilitação é possível observar que na reabilitação com implantes prevalece a classe III (n=14,48,3%), assim como na reabilitação com recurso a prótese fixa (n=7,53,8%). Quando são analisadas as reabilitações com recurso a prótese removível a classe I apresenta-se como a mais prevalente (n=20,52,6%). Assim, pelo teste de independência exato de Fisher concluiu-se que o tipo de reabilitação estava significativamente associado à classificação de Kennedy.

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

A aplicação da escala OHIP14 permite compreender e analisar as limitações e sofrimento dos indivíduos com alterações orais. Esta escala foi utilizada em todos os intervenientes no estudo, de modo a possibilitar a análise e comparação dos resultados. Nesta escala quanto maior a pontuação obtida em cada dimensão menor a qualidade de vida nessa dimensão por parte do indivíduo.

Atendendo aos resultados obtidos verificou-se que, em termos globais, a consistência interna é razoável (tabela 7).

Tabela 7– Resultados da escala OHIP14 por tipo de reabilitação

OHIP14	Tipo de Reabilitação			Teste Kruskal-Wallis H (p)	Alfa de Cronbach
	Implantes $\bar{X}\pm s$	Prótese Removível $\bar{X}\pm s$	Prótese Fixa $\bar{X}\pm s$		
Limitação Funcional	0,25±0,89	1,21±1,36	0,33±0,85	15,209 (0,000)	0,217
Dor Física	0,40±0,87	3,05±2,65	0,15±0,38	33,533 (0,000)	0,674
Desconforto Psicológico	0,25±1,03	1,23±2,07	0,00±0,00	13,877 (0,001)	0,818
Incapacidade Física	0,05±0,22	1,54±2,23	0,54±1,66	19,762 (0,000)	0,778
Incapacidade Psicológica	0,20±0,65	0,62±1,29	0,00±0,00	6,416 (0,040)	0,436
Incapacidade Social	0,10±0,38	0,31±0,73	0,38±1,39	2,267 (0,322)	0,388
Desvantagem	0,08±0,35	1,03±1,93	0,15±0,55	9,575 (0,008)	0,685
Global OHIP14	1,40±2,42	8,97±9,09	1,54±3,18		0,863

$\bar{X}\pm s$ – média \pm desvio padrão; H – estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes; p – valor de prova

De uma forma geral os participantes no estudo sentem que têm, pelo menos, uma razoável qualidade de vida nas dimensões consideradas pela escala OHIP14. Observa-se que pacientes reabilitados com implantes e com prótese fixa relatam os melhores resultados em termos médios assumindo que as dificuldades apresentadas acontecem raramente ou nunca. Por outro lado, os pacientes com prótese removível apresentam piores

resultados, nomeadamente na dor física ($3,05\pm 2,65$) e na incapacidade física ($1,54\pm 2,23$). Na dimensão Incapacidade social os resultados entre os três grupos são idênticos. Nas restantes dimensões analisadas pela escala OHIP14 os resultados entre os grupos analisados apresentam diferenças estatisticamente significativas, daí que se possa afirmar que nessas dimensões os pacientes com reabilitações do tipo implantes e com prótese fixa tenham uma melhor qualidade de vida face os pacientes reabilitados com prótese removível.

Tabela 8 – Resultados da escala OHIP14 por tipo de Classificação de Kennedy

OHIP14	Classificação de Kennedy				Teste Kruskal-Wallis H (p)
	Classe I $\bar{X}\pm s$	Classe II $\bar{X}\pm s$	Classe III $\bar{X}\pm s$	Classe IV $\bar{X}\pm s$	
Limitação Funcional	0,76±1,16	0,73±1,20	0,54±1,14	0,20±0,45	1,967 (0,579)
Dor Física	2,24±2,52	1,77±2,65	1,29±2,05	0,40±0,55	2,689 (0,442)
Desconforto Psicológico	1,08±1,93	0,64±1,47	0,54±1,73	0,00±0,00	4,777 (0,189)
Incapacidade Física	0,84±1,84	1,23±2,29	0,68±1,54	0,20±0,45	1,050 (0,789)
Incapacidade Psicológica	0,32±0,99	0,50±1,01	0,36±1,13	0,00±0,00	3,442 (0,328)
Incapacidade Social	0,20±0,65	0,23±0,61	0,29±1,01	0,00±0,00	0,751 (0,861)
Desvantagem	0,64±1,87	0,77±1,60	0,36±0,95	0,00±0,00	1,971 (0,579)
Global OHIP14	6,08±8,44	5,86±8,56	4,04±6,71	0,80±0,84	2,925 (0,406)

$\bar{X}\pm s$ – média \pm desvio padrão; H – estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes; p – valor de prova

Considerando o exposto na tabela anterior concluiu-se que de modo geral os pacientes em estudo sentem que têm pelo menos uma razoável qualidade de vida nas dimensões consideradas pela escala OHIP14. Observa-se que os pacientes com avaliação de Kennedy classe III e classe IV relatam os melhores resultados em termos médios assumindo que as dificuldades apresentadas acontecem raramente ou nunca. Por outro lado, os pacientes Kennedy de classe I e de classe II apresentam piores resultados, nomeadamente na dor física, $2,24\pm 2,52$ e $1,77\pm 2,65$, não desconforto psicológico, $1,08\pm 1,93$ e $0,64\pm 1,47$ e na incapacidade física, $0,84\pm 1,84$ e $1,23\pm 2,29$. Contudo, pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis concluiu-se que a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentavam significância estatística.

4.3 Questionário de satisfação protética de McGill

Nas tabelas 9 e 10 apresentam-se os resultados obtidos após aplicação do instrumento Questionário de satisfação protética de McGill, em função do tipo de prótese. Através deste instrumento avaliou-se a satisfação dos indivíduos em relação à sua reabilitação protética, tendo em consideração as suas três dimensões: satisfação geral, mastigação e função mastigatória.

A dimensão satisfação geral é obtida com a pontuação de cada item a variar entre 1 (nada) a 10 (tudo). Assim valores médios mais elevados correspondem a uma satisfação mais elevada. Importa salientar que os seguintes itens são invertidos: “Facilidade da limpeza” e “Capacidade para falar”. Quanto às dimensões mastigação e função, tem-se que a pontuação inferior equivale ao melhor estado da pessoa, dado que a pontuação de cada item varia entre 1 (nada difícil) a 10 (muito difícil) ou entre 1 (bem mastigados) a 10 (mal mastigados), dependendo da capacidade mastigatória ou da função mastigatória.

Tabela 9 – Resultados do questionário de satisfação protética (global) por tipo de reabilitação

Satisfação protética Global	Tipo de Reabilitação			Teste Kruskal- Wallis H (p)	Alfa de Cronbach
	Implantes $\bar{X} \pm s$	Prótese Removível $\bar{X} \pm s$	Prótese Fixa $\bar{X} \pm s$		
Satisfação geral	4,70±0,61	3,74±1,07	4,54±0,66	22,409 (0,000)	0,814
Facilidade de limpeza	8,98±0,85	9,10±1,05	9,31±0,48	2,231 (0,328)	
Capacidade para falar	9,87±0,33	9,03±1,22	9,92±0,28	16,815 (0,000)	
Conforto	4,73±0,72	3,38±1,18	4,77±0,44	37,888 (0,000)	
Aparência	4,83±0,59	3,54±1,27	4,85±0,38	35,485 (0,000)	
Estabilidade	4,85±0,53	3,51±1,12	4,85±0,38	41,645 (0,000)	
Condição oral	4,23±0,77	3,21±0,98	4,23±0,73	23,600 (0,000)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; H – estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes; p – valor de prova

Atendendo à tabela anterior constata-se que os pacientes com reabilitação com implantes e os pacientes com prótese fixa se encontram, em termos médios, mais satisfeitos em todas as dimensões do que os paciente do grupo da prótese removível. De registar que as dimensões com níveis de satisfação mais elevada são a facilidade de limpeza e a capacidade para falar em todos os grupos, independentemente do tipo de reabilitação efetuada. Nas restantes dimensões a satisfação média dos pacientes

reabilitados com implantes e com prótese fixa está acima de quatro pontos e abaixo de cinco, enquanto a satisfação média dos pacientes com prótese removível está acima de três, mas abaixo de quatro. Todas as dimensões avaliadas, à exceção da facilidade de limpeza, apresentam diferenças estatisticamente significativas. Desta forma é possível afirmar que os pacientes com reabilitação do tipo implantes e prótese fixa estão significativamente mais satisfeitos.

A tabela 10 apresenta os resultados relativos à satisfação protética - mastigação do questionário de McGill.

Tabela 10 – Resultados do questionário da satisfação protética (mastigação) por tipo de reabilitação

Satisfação Protética Mastigação	Tipo de Reabilitação			Teste Kruskal-Wallis H (p)	Alfa de Cronbach
	Implantes $\bar{X}\pm s$	Prótese Removível $\bar{X}\pm s$	Prótese Fixa $\bar{X}\pm s$		
Em geral, a dificuldade em mastigar com a prótese	1,15±0,43	2,64±1,25	1,00±0,00	45,821 (0,000)	0,960
Dificuldade em comer pão branco fresco	1,08±0,27	2,05±1,41	1,00±0,00	23,942 (0,000)	
Dificuldade em comer queijo duro	1,08±0,35	2,46±1,47	1,00±0,00	38,731 (0,000)	
Dificuldade em comer cenouras cruas	1,10±0,38	2,82±1,57	1,00±0,00	42,141 (0,000)	
Dificuldade em comer carne fria fatiada	1,08±0,27	2,36±1,51	1,00±0,00	30,706 (0,000)	
Dificuldade em comer bife cortado	1,28±0,72	2,44±1,52	1,00±0,00	24,970 (0,000)	
Dificuldade em comer maçãs cruas	1,28±0,72	3,21±1,59	1,00±0,00	42,989 (0,000)	
Dificuldade em comer alface	1,10±0,38	1,85±1,23	1,00±0,00	19,391 (0,000)	

$\bar{X}\pm s$ – média \pm desvio padrão; H – estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes; p – valor de prova

Considerando o exposto na tabela 10 concluiu-se que em todas as situações avaliadas os pacientes com prótese removível apresentam, em termos médios, uma maior dificuldade em comer. Todos os pacientes com prótese fixa classificaram cada item como nada difícil, daí que a média obtida seja um em todos, com desvio padrão nulo. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis para pelo menos três amostras independentes concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, ou seja, os pacientes com reabilitação com implantes e os pacientes com prótese fixa apresentam uma maior facilidade em comer: pão fresco, queijo duro, cenouras cruas, carne fria fatiada, bife cortado, maçãs cruas e alface. De referir, que apesar dos

pacientes com prótese removível apresentarem maior dificuldade, esta não é excessiva, pois a mais elevada é de $3,21 \pm 1,59$ (comer maçãs cruas), não atingindo a dificuldade média.

A tabela 11 apresenta os resultados obtidos relativos à função mastigatória do questionário de McGill.

Tabela 11 – Resultados do questionário da satisfação protética (função de mastigação) por tipo de reabilitação

Satisfação protética Função mastigatória	Tipo de Reabilitação			Teste Kruskal- Wallis H (<i>p</i>)	Alfa de Cronbach
	Implantes $\bar{X} \pm s$	Prótese Removível $\bar{X} \pm s$	Prótese Fixa $\bar{X} \pm s$		
Em geral, a comida é bem mastigada antes de engolir	1,13±0,40	1,97±1,16	1,00±0,00	22,087 (0,000)	0,975
Pedaços de pão branco são bem mastigados	1,13±0,22	1,92±1,29	1,00±0,00	22,000 (0,000)	
Pedaços de queijo duro são bem mastigados	1,08±0,35	2,18±1,39	1,00±0,00	26,221 (0,000)	
Pedaços de cenoura crua são bem mastigados	1,05±0,22	2,44±1,52	1,00±0,00	33,217 (0,000)	
Pedaços de carne fria fatiada são bem mastigados	1,08±0,27	2,23±1,53	1,00±0,00	22,709 (0,000)	
Pedaços de bife cortado são bem mastigados	1,15±0,58	2,36±1,48	1,00±0,00	28,979 (0,000)	
Pedaços de maçã crua são bem mastigados	1,13±0,46	2,79±1,73	1,00±0,00	32,898 (0,000)	
Pedaços de alface são bem mastigados	1,05±0,22	1,87±1,24	1,00±0,00	22,331 (0,000)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; H – estatística teste não paramétrico Kruskal-Wallis para amostras independentes; *p* – valor de prova

De acordo com os dados apresentados na tabela anterior pode-se verificar que pacientes com prótese removível referem apresentar uma pior função mastigatória. Saliente-se o facto de que todos os resultados, em termos médios, serem inferiores a três pontos independentemente do tipo de reabilitação, o que é sugestivo de uma mastigação satisfatória antes da ingestão. Inclusive, os pacientes com prótese fixa classificaram todos os itens como bem mastigados. Pela aplicação do teste não paramétrico Kruskal-Wallis constatou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados, sendo que indivíduos reabilitados com implantes ou prótese fixa referem uma melhor mastigação antes da ingestão dos alimentos.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A perda de dentes naturais representa um fator determinantemente negativo na qualidade de vida do indivíduo. Esta condição afeta de forma multidimensional as esferas física, psicológica e social do indivíduo, comprometendo não apenas a saúde oral, mas também o seu bem-estar geral.

Nas últimas décadas, a medicina dentária tem registado um progresso notável, impulsionado por avanços tecnológicos e científicos. Em particular, a área da reabilitação oral tem-se destacado pelo seu crescimento contínuo, oferecendo soluções cada vez mais eficazes para a substituição de dentes ausentes. Tem-se também assistido, ao longo dos últimos anos, a uma crescente preocupação por indicadores relativos à qualidade de vida nomeadamente através do desenvolvimento de ferramentas destinadas à compreensão e análise da qualidade de vida em pacientes reabilitados.

Neste capítulo, proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos no presente estudo.

5.1 Análise Sociodemográfica

Quando analisado o sexo dos indivíduos que compreendem a amostra em estudo, este encontra-se equilibrado, apresentando uma ligeira predominância da reabilitação oral na população masculina em detrimento do sexo feminino (53,3% eram do sexo masculino e 46,7% do feminino). Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por García-Mingullian *et al.*, no qual o sexo masculino também se apresenta ligeiramente aumentado. (69) No entanto, este resultado não se apresenta de acordo outros autores, nomeadamente com Yen *et al.*, que, numa amostra de 277 indivíduos reabilitados 52,7% eram do sexo feminino, evidenciando uma maior prevalência de reabilitação oral entre as mulheres. Os autores que aresentam resultados semelhantes (com a maior prevalência de reabilitação oral em mulheres) referem que este facto se deve à relevância dada ao componente estético da reabilitação oral, valorizado preferencialmente pelos indivíduos do sexo feminino. (70) Referem ainda que as mulheres se apresentam maior sensibilidade para as alterações estéticas dentárias, sendo mais críticas em relação à aparência dos seus dentes e mais suscetíveis ao impacto desta vertente na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, quando comparadas com os homens. (71)

No presente estudo, apesar de apresentar pouca expressão, verificou-se uma maior prevalência de reabilitação oral no sexo masculino. Tal facto pode estar relacionado com o acesso desigual a cuidados de saúde oral entre géneros. Esta desigualdade encontra-se patente na literatura científica nomeadamente num estudo transversal realizado por Sharon *et al.* nos Estados Unidos da América, onde se constata que as mulheres apresentam menor acesso a tratamentos médico-dentários quando comparadas com os homens, devido a diversos obstáculos que incluem fatores socioeconómicos, culturais e psicológicos, os quais influenciam a sua predisposição para procurar cuidados médicos. (72)

No que diz respeito à faixa etária da amostra deste estudo, os participantes tinham idades compreendidas entre 28 e 86 anos, com uma média de 62,46 anos ($\pm 11,96$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. Verificou-se também que os pacientes reabilitados com prótese removível apresentavam, em média as idades mais avançadas. Este resultado encontra-se em consonância com a literatura existente, que apresenta a população geriátrica como os principais utilizadores de reabilitações orais removíveis. Este facto deve-se à combinação de diversos fatores entre os quais se destacam as limitações financeiras, experiência prévia negativa com reabilitações orais e dificuldades de adaptação a novas próteses ou novos métodos de reabilitação. (8, 73) A idade média dos pacientes reabilitados com recurso a implantes dentários foi de 59,65 anos ($\pm 12,77$). Este resultado encontra-se em concordância com a literatura existente, nomeadamente com o estudo retrospectivo realizado por Rabee *et al.*, desenvolvido na Clínica Universitária de Berna, no qual foi analisada uma população reabilitada com implantes e na qual foi reportada uma idade média de $59,9 \pm 15,1$ anos. Estes resultados refletem uma tendência observada ao longo das últimas décadas, caracterizada pelo aumento significativo da procura por reabilitações implanto-suportadas pela população com idades compreendidas entre os 61 e os 80 anos (de 28,8% para 51,9%) e na população com mais de 80 anos (de 1% para 4,2%). Paralelamente, registou-se uma diminuição na procura por parte de pacientes mais jovens. Este fenómeno poderá estar associado à implementação de políticas eficazes de prevenção, bem como a uma melhoria geral nos índices de saúde oral das populações mais jovens, reduzindo, assim a necessidade de reabilitações protéticas mais invasivas. (74)

Quando analisados os tipos de reabilitação utilizados, verificou-se que 43,5% dos pacientes da amostra foram reabilitados com implantes, 43,4% com próteses removíveis, e

apenas 14,1% com próteses fixas convencionais. Este resultado está de acordo com um estudo observacional conduzido por Senjong *et al.*, baseado na análise de 86.000 registros clínicos. Neste estudo o autor verificou que 76,5% dos pacientes preferiram próteses fixas, e 23,5% optaram por próteses removíveis.

Quando analisados os dados relativos à reabilitação protética com recurso a implantes, a PSI mostrou-se predominante, tendo sido utilizada em 75% dos pacientes, enquanto as Overdentures e as FED foram utilizadas em 25% dos casos. Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura científica, que indica as PSI como o tipo de reabilitação preferida pelos indivíduos dado estar associada a uma melhoria significativa da qualidade de vida, quando em comparação com as alternativas. Senjong *et al.*, (75) Abou-Ayash *et al.*, referem que as PSI apresentam vantagens significativas em fatores determinantes tais como a estabilidade, retenção, eficiência funcional e conforto, contribuindo também para um maior bem-estar psicológico, ao eliminarem o caráter removível associado às overdentures e proporcionarem uma sensação mais natural e permanente (18,76). Por outro lado, as overdentures apresentam a vantagem de serem mais fáceis de higienizar, o que constitui um fator relevante na decisão clínica. (77)

Quando analisados os dados relativos à reabilitação protética com recurso a prótese removível verificou-se que 64,1% dos pacientes utilizam prótese esquelética, 33,3% prótese acrílica e apenas o 2,6 % sobredentaduras. A utilização de diferentes materiais de próteses parciais removíveis pode ser influenciada diretrizes clínicas locais, preferências dos pacientes, considerações económicas e disponibilidade de materiais e tecnologia. (81) A estrutura em cobalto-cromo apresenta vantagens significativas, nomeadamente uma maior estabilidade e retenção, atribuídas à presença de unidades retentivas que reduzem o movimento da prótese. (41) Esta característica melhora a função mastigatória ao permitir uma distribuição uniforme das cargas, garantindo simultaneamente uma maior longevidade clínica quando comparada com as próteses acrílicas . (4,17,78,79)

No presente estudo, verificou-se que, nos casos de prótese fixa é mais prevalente a utilização de um único elemento pântico (61,5%). A preferência por reabilitações fixas menos extensas pode justificar-se pela menor incidência de complicações biomecânicas associadas. Pontes de menor extensão estão associadas a uma redução do risco de fratura do revestimento cerâmico e de perda de retenção, complicações mais frequentes em estruturas protéticas mais longas. Um estudo realizado por Mahmood *et al.* refere que a

perda de retenção se verifica em 4% dos casos após 5 a 6 anos, enquanto a fratura do coto se verifica em 2–3% dos casos ao final de 6 anos. Estes achados reforçam a importância de considerar a extensão reabilitação protética na escolha terapêutica, sugerindo que, sempre que possível, a utilização de pontes com menor número de elementos suspensos poderá oferecer maior previsibilidade clínica a longo prazo. (79)

Em relação às arcadas a reabilitar, a arcada superior apresenta-se como a que é reabilitada com maior frequência, correspondendo a 43,5% dos casos seguida pela arcada inferior em 37% dos casos e a reabilitação de ambas as arcadas apresenta-se com a menor frequência (19,6%). A arcada maxilar é preferencialmente reabilitada com recurso a implantes, enquanto a arcada inferior é mais reabilitada com recurso a prótese removível. A diferença no tipo de reabilitação preferencial nas arcadas dentárias superior e inferior poderá ser devido às diferentes características anatómicas e biomecânicas específicas do maxilar superior, como a menor densidade óssea e a maior disponibilidade de espaço protético, que favorecem a colocação de implantes. Por outro lado, na mandíbula, devido à sua maior densidade óssea e às limitações anatómicas existentes, é mais comum a utilização de próteses removíveis (80, 81). Os resultados do presente estudo reforçam a associação reportada na literatura científica entre o tipo de reabilitação protética e a arcada reabilitada. A escolha do tipo de reabilitação é determinada por uma combinação entre os fatores anatómicos, funcionais e estéticos, que orientam a decisão clínica do médico dentista. Estes critérios visam assegurar a previsibilidade do tratamento, a sua eficácia a longo prazo e a satisfação do paciente. (80)

A reabilitação parcial ocorre em 87% da amostra enquanto a reabilitação total da arcada ocorre em 13%, sendo que nestes casos a reabilitação com recurso a implantes ocorreu em 91,6% dos casos. Estes resultados encontram-se em concordância com os dados reportados por Zitzmann *et al.*, num estudo epidemiológico sobre a prevalência de reabilitações protéticas na Europa. De acordo com os autores, a frequência de utilização de próteses removíveis totais situava-se entre 3% e 13%, enquanto a prevalência de próteses removíveis parciais era substancialmente superior, variando entre 13% e 29%. (82) A maior prevalência de indivíduos parcialmente desdentados parece refletir uma crescente orientação da medicina dentária para a preservação das peças dentárias, privilegiando abordagens reabilitadoras mais conservadoras que mantenham a estrutura dentária existente, sempre que seja clinicamente viável. Contudo, quando estão presentes fatores que comprometem significativamente a integridade das peças dentárias, pode

ocorrer uma progressão da perda até à edentulismo total. Com o aumento da esperança média de vida, a estrutura etária da população está a mudar significativamente. Mesmo com uma medicina dentária cada vez mais conservadora, continuaremos a ter uma população de desdentados totais. Segundo Davenport et al., embora a percentagem de pessoas edêntulas esteja a diminuir, o número absoluto continuará elevado devido ao envelhecimento geral da população. Prevê-se que até 2025 mais de 20% da população dos países industrializados tenha mais de 65 anos, o que implica uma procura constante de tratamentos protéticos. O aumento do número de pessoas idosas acabará por compensar a redução da prevalência relativa da edentulismo, mantendo elevada a necessidade de próteses totais. (50)

Os resultados obtidos na presente investigação evidenciam que existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de edentulismo e a escolha do tipo de reabilitação. No presente estudo foi possível verificar que onze dos doze participantes totalmente edêntulos recorreram a reabilitações protéticas suportadas por implantes (91,6%). Este resultado está de acordo com a literatura científica, que nos últimos anos tem vindo a realizar diversos estudos epidemiológicos com o objetivo de analisar o aumento das soluções protéticas sobre implantes em países desenvolvidos. Estes estudos demonstram a diminuição da utilização de próteses removíveis e a um concomitante aumento das reabilitações com próteses fixas. (82,83) Um estudo conduzido por Darien J. *et al.*, evidenciou um aumento significativo na prevalência de implantes dentários em indivíduos totalmente edêntulos com idade igual ou superior a 50 anos, passando de 1,3% no período de 1999–2004 para 8,4% entre 2015–2020. (83) Torna-se evidente que o aumento da utilização de PSI, tanto em indivíduos parcial, mas sobretudo em indivíduos totalmente edêntulos é influenciado por uma combinação de fatores (socioeconómicos, demográficos, culturais e clínicos). Estes fatores contribuem para uma maior utilização em países com maior prosperidade económica, onde o acesso a tratamentos médico-dentários avançados é mais disseminado. (82) As limitações funcionais verificadas maioritariamente em pacientes totalmente edêntulos tais como redução da força de mordida, menor desempenho mastigatório, diminuição da atividade muscular e do fluxo salivar, justificam também a crescente utilização de reabilitações implanto suportadas dadas as suas vantagens funcionais e psicossociais. (20, 80, 83)

A caracterização dos pacientes com reabilitações orais parciais foi realizada com base na Classificação de Kennedy. Verificou-se que o tipo de reabilitação e a classe de Kennedy apresentavam associação com significância estatística.

As desdentações posteriores bilateral e unilateral - classes I e II de Kennedy são predominantemente reabilitadas com recurso a reabilitações removíveis e são verificadas em 59% da amostra. A desdentação intercalar posterior, Classe III de Kennedy, foi observada em 35,0% dos indivíduos parcialmente edêntulos. Esta classe é principalmente reabilitada com reabilitações fixas (sobre dentes e implantes). A maior prevalência de desdentações posteriores verifica-se uma vez que os dentes posteriores são os mais suscetíveis à perda dentária. A perda unilateral de dentes posteriores é frequentemente a primeira manifestação do edentulismo resultando, na maioria dos casos, de lesões de cárie extensas, doença periodontal ou fraturas dentárias. (84)

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

O OHIP-14 é um questionário concebido para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. (67)

No presente estudo, verificou-se que, considerando os sete domínios avaliados pelo OHIP-14 (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem associada à satisfação com a vida) os pacientes reabilitados com prótese fixa ou PSI referem que as dificuldades ocorrem raramente ou nunca. Em contraste, os indivíduos portadores de prótese removível apresentaram resultados menos favoráveis, destacando-se o impacto negativo nos domínios da dor física e da incapacidade física. Este estudo encontra-se em consonância com os resultados obtidos por Sung-Hee Oh *et al.*, em 2016, onde foi evidenciado que grupos reabilitados com prótese fixa e prótese sobre implantes apresentam melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, em comparação com os utilizadores de prótese removível. Esta diferença revelou-se particularmente acentuada nos domínios da limitação funcional, dor física e incapacidade física. (86)

A dor física e o desconforto durante a mastigação, frequentemente associados à instabilidade das próteses removíveis, contribuem de forma significativa para a limitação funcional. Estes dados são corroborados por Kumagai *et al.*, que demonstraram que a

satisfação mastigatória entre os utilizadores de próteses removíveis está fortemente associada à qualidade de vida relacionada com a saúde oral, destacando as subescalas de “dor física”, “incapacidade física” e “desconforto psicológico” como as que apresentam as correlações mais significativas. (89) Durante o processo mastigatório, as próteses removíveis podem causar maior dor física, devido ao facto de apresentarem micromovimentos que não são detectáveis durante o exame clínico e que são designados por "micromovimentos protéticos". Estes micromovimentos podem provocar desconforto e insatisfação por parte dos pacientes. (48) Para além disso, a dor tende a ser particularmente frequente no caso de próteses instáveis e desgastadas ao longo dos anos, podendo originar alterações anatómicas nos tecidos duros e moles. Estas alterações podem resultar em efeitos colaterais relevantes associados ao uso prolongado de próteses removíveis, tais como dor crónica e desconforto, que comprometem significativamente a capacidade mastigatória e, conseqüentemente, podem levar a uma ingestão nutricional inadequada. (49,98) Por este motivo, é essencial que sejam realizados controlos periódicos das próteses removíveis a cada 4 a 6 meses. (49)

As PSI oferecem maior estabilidade, reduzindo micromovimentos que causam irritações, ulcerações e dor na mucosa. (20) Contudo, as conexões implante-pilar podem gerar micromovimentos e microgaps, afetando os tecidos peri-implantares. Estudos biomecânicos indicam que conexões internas, especialmente do tipo cone Morse, apresentam melhor estabilidade sob cargas dinâmicas, diminuindo complicações e aumentando a durabilidade do tratamento. Essas características promovem maior conforto ao paciente, ao minimizar o desconforto associados a esses micromovimentos. (90)

Do ponto de vista da limitação funcional, a reabilitação implantossuportada, em comparação com a reabilitação removível, permite uma distribuição mais favorável das forças mastigatórias, devido a fatores como uma oclusão mais estável e eficiente. As forças oclusais são distribuídas diretamente ao osso através da osteointegração. (87) No entanto, os implantes dentários parecem ser mais suscetíveis a sobrecarga oclusal em comparação com os dentes naturais, principalmente devido à ausência do ligamento periodontal (onde se encontram os mecanorreceptores responsáveis pela sensibilidade tátil e feedback proprioceptivo). (88) Por esse motivo é essencial a existência de uma oclusão adequada, de forma a assegurar uma distribuição equilibrada de forças mastigatórias, evitando assim a sobrecarga oclusal que possa comprometer a integridade tanto do implante como dos tecidos peri-implantares. (87,88) Em relação à prótese fixa convencional, um estudo

realizado por Palomares *et al.* demonstrou que os pacientes reabilitados com este tipo de prótese apresentaram um aumento significativo na qualidade de vida e sobretudo na satisfação mastigatória, evidenciando até a necessidade de um menor número de ciclos mastigatórios para a trituração eficaz dos alimentos (há uma redução progressiva dos ciclos mastigatórios funcionais). (44,88) Quando analisadas as reabilitações com próteses removíveis, é possível verificar que, especialmente nas reabilitações totais, se verifica a necessidade de um número significativamente superior de ciclos mastigatórios para alcançar um grau de trituração dos alimentos comparável ao dos indivíduos dentados. (44) No caso das próteses removíveis, as forças oclusais tendem a ser mais irregulares, sendo distribuídas entre os dentes pilares e a mucosa, o que pode originar micro movimentos e trauma oclusal. (47) Estes podem manifestar-se através de sintomas como mobilidade dentária progressiva, dor durante a mastigação e reabsorção óssea. (49)

É importante salientar que instrumentos como o OHIP-14 não avaliam de forma específica a função mastigatória, dado esta ser influenciada por múltiplos fatores. Por esse motivo, o questionário de McGill, que será apresentado no próximo capítulo desta dissertação, mostra-se mais adequado para a sua avaliação pois permite a análise mais precisa do impacto da mastigação na qualidade de vida relacionada com a alimentação. (38, 68)

Quando analisadas as dimensões da incapacidade psicológica e do desconforto psicológico, é evidente que ambas se encontram associadas à insatisfação mastigatória em pacientes utilizadores de próteses removíveis. A percepção de que estas próteses não permitem uma mastigação eficaz pode repercutir-se diretamente no estado psicológico dos seus utilizadores. Assim, quando as próteses removíveis não proporcionam um desempenho funcional e socialmente satisfatório, poderão comprometer negativamente o bem-estar psicológico e físico dos pacientes. (89)

No que concerne ao item “Incapacidade social”, os resultados entre os três grupos apresentam-se relativamente próximos (não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas).

Por tanto podemos afirmar que nas restantes dimensões e global da escala os resultados entre os grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas, daí que se possa afirmar que nessas dimensões os pacientes com PSI e com prótese fixa tenham uma melhor qualidade de vida face os pacientes com prótese removível.

À semelhança da presente investigação, diversos estudos existentes na literatura científica afirmam que as reabilitações fixas, tanto convencionais como suportadas por implantes (PSI) proporcionam uma melhoria significativa na qualidade de vida quando comparadas com as reabilitações removíveis convencionais. No entanto, diversos estudos demonstram que, independentemente do tipo de reabilitação protética escolhida, a qualidade de vida dos pacientes edêntulos melhora após a reabilitação, sendo que as próteses fixas e removíveis sobre implantes oferecem benefícios significativamente superiores quando comparados com as próteses removíveis convencionais. (44,53,86) Fica também demonstrado que as (PSI) melhoram substancialmente a retenção e a estabilidade das próteses convencionais, favorecendo uma melhoria da capacidade mastigatória e da fala, contribuindo assim para uma melhoria global da qualidade de vida. (53) As próteses fixas sobre implantes apresentam resultados ligeiramente superiores às overdentures e às próteses híbridas em ambas as arcadas, oferecendo benefícios relevantes ao nível da estabilidade, função mastigatória e satisfação do paciente. (44,53,86) Estudos recentes existentes na literatura analisaram soluções como as overdentures e próteses híbridas que oferecem vantagens na redução da dor e da incapacidade física graças ao seu potencial biomecânico (consequente aos diferentes tipos de conexão - magnéticas, locator, ou esféricas) e que demonstram eficácia na estabilidade protética, no entanto revelam-se ainda inferiores às PSI no que diz respeito à percepção global da qualidade de vida. (53,91) Embora fatores externos como a situação anatômica, a qualidade óssea e o número de implantes influenciem significativamente a escolha da reabilitação mais adequada, é evidente que a reabilitação fixa sobre implantes se apresenta como a solução mais eficaz no que respeita à melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em comparação com as próteses removíveis convencionais.

De salientar que a escolha do tipo de prótese quer seja removível, fixa ou sobre implantes deve ser sempre personalizada, tendo em consideração fatores como as condições clínicas, preferências do paciente e os aspetos económicos envolvidos. (80,86,91)

Quando analisada a Qualidade de Vida em relação à classificação de Kennedy seria espectável que existisse uma diferença entre as classes que apresentam suporte mucoso e dentário (Classes I e II) e aquelas que apresentam principalmente suporte dentário (Classes III e IV). Esta diferença de suporte implicaria um aumento das dificuldades mastigatórias pela diferença no tipo de suporte observado, comprometendo a eficiência

mastigatória e o equilíbrio das forças oclusais. As Classes III e IV que apresentam espaços edêntulos mais localizados e geralmente suporte dos dentes adjacentes, favorecem a estabilidade da prótese e, conseqüentemente, o desempenho mastigatório. (92) Esta interpretação encontra-se em consonância com os resultados obtidos no presente estudo, nos quais pacientes das classes III e IV de Kennedy apresentaram médias mais baixas nos domínios de dor física, desconforto psicológico e incapacidade física (apesar de não terem sido verificadas diferenças estatisticamente significativas, os resultados apontam para uma tendência clínica relevante, que pode contribuir para o planejamento da reabilitação de forma individualizada, com foco na melhoria da qualidade de vida). Os dados em análise sugerem que estes grupos experimentam um impacto menos negativo da condição oral sobre a qualidade de vida. Salientam também a relevância da classificação de Kennedy, não apenas como um critério protético, mas também como parâmetro clínico útil para compreender as limitações funcionais associadas a diferentes padrões de perda dentária. (91,92) Nas classes I e II, caracterizadas por extensos espaços edêntulos posteriores e menor suporte dentário, observa-se uma tendência a maiores dificuldades mastigatórias e repercussões psicossociais. Já nas classes III e IV, a presença de dentes adjacentes favorece uma melhor estabilidade protética e função mastigatória. (16,92)

5.3 Questionário de satisfação protética de McGill

O Questionário de Satisfação Protética de McGill é um instrumento utilizado com o propósito de avaliar a satisfação dos pacientes relativamente às suas próteses, a função mastigatória e o impacto das condições dentárias na qualidade de vida. (68)

No presente estudo constatou-se que os pacientes com reabilitações implanto-suportadas e os pacientes reabilitados com prótese fixa convencional apresentaram em termos médios, níveis de satisfação superiores em todas as dimensões avaliadas, quando comparados com os utilizadores de prótese removível. Estes dados são corroborados pelo estudo de Joda *et al.*, conduzido na Universidade de Montreal, que analisou uma amostra de 107 pacientes reabilitados com prótese parcial removível. Os resultados evidenciaram que a satisfação dos utilizadores de PPR constitui uma variável altamente influenciada pela retenção da prótese, a qual depende de fatores como: o número e a localização das unidades retentivas, bem como a distribuição e posicionamento dos dentes ausentes. Foi também observado que a satisfação dos pacientes é influenciada pelo tipo de arcada

reabilitada, pela presença de extensões distais livres e pelo número de ganchos utilizados. (93)

É evidente que os pacientes reabilitados com prótese fixa convencional ou com PSI não estão sujeitos à variabilidade associada aos sistemas de retenção das próteses removíveis. No caso da prótese fixa convencional, a retenção é assegurada pela cimentação sobre dentes previamente preparados. (46) Já nas próteses sobre implantes, a fixação é realizada através de conexões protéticas diretas com os implantes osteointegrados, garantindo uma maior estabilidade e retenção na prótese. (51)

Foram avaliados 3 parâmetros gerais: a satisfação global, a mastigação e a função mastigatória. A satisfação global englobou dimensões como a facilidade de higienização, a fonética, o conforto, a estabilidade e a aparência estética da reabilitação.

De salientar que no presente estudo as dimensões em que se verificaram níveis de satisfação mais elevados foram a facilidade de higienização e a capacidade para falar, na totalidade dos tipos de reabilitação analisados. No que diz respeito à capacidade para falar, segundo uma revisão sistemática conduzida por Meira *et al.*, verifica-se que, apesar de a fala ser inicialmente afetada em utilizadores de próteses removíveis (durante o período de adaptação), esta tende a normalizar-se e a equiparar-se à dos utilizadores de PSI após seis meses. (94) No caso da comparação entre próteses removíveis e próteses fixas, um estudo realizado em 2018 indicou um agravamento funcional, sobretudo na articulação de determinadas palavras, nos participantes reabilitados com próteses removíveis totais ou parciais, em comparação com aqueles reabilitados com próteses fixas. (44) A estabilidade e a retenção verificadas nas próteses fixas e sobre implantes evita movimentos durante a fala, pelo que os pacientes reabilitados com estes tipos de reabilitação apresentam melhores resultados, especialmente em fases iniciais do tratamento. (44,94)

A facilidade de higienização apresentou-se, também, como uma das dimensões com maiores níveis de satisfação independentemente do tipo de reabilitação realizada. Esta premissa é determinante no sucesso da reabilitação protética e para a preservação da sua saúde oral a longo prazo. (94) Ao contrário das próteses fixas tradicionais, que não necessitam de cuidados de higienização distintos dos dentes naturais, as reabilitações sobre implantes exigem cuidados higiénicos diferenciados, rigorosos e regulares. (44,86,95)

A acumulação de biofilme em torno dos componentes protéticos pode originar diferentes tipos de patologia, nomeadamente mucosite peri-implantar, que, na ausência de intervenção, poderá evoluir para peri-implantite, condição inflamatória com potencial de comprometimento da estabilidade do implante. (22) As próteses removíveis apresentam a vantagem de poderem ser removidas da cavidade oral para higienização extraoral o que, teoricamente, facilitaria a sua higienização. No entanto, esta aparente facilidade nem sempre se traduz em práticas higiénicas eficazes por parte dos utilizadores. Os pacientes tendem a sobrestimar a qualidade da sua higiene protética, como demonstrado num estudo italiano de Cinquanta *et al.*, com uma amostra de 161 indivíduos portadores de próteses removíveis: embora 50 % afirmassem remover a prótese durante a noite, apenas 21 % seguiam o protocolo higiénico ideal (escovagem e imersão em solução de limpeza). (96) No que concerne ao presente estudo será necessário considerar que poderá existir uma dissonância entre a percepção dos pacientes e a realidade da prática higiénica, frequentemente agravada por uma falha na educação oral estruturada e acompanhamento profissional contínuo. (95,96,97)

Em parâmetros como o conforto, estética e satisfação geral, foi verificado que a satisfação protética é a mais elevada em reabilitações com recurso a implantes e prótese fixa convencional quando comparadas com as realizadas com próteses removíveis. Os dados obtidos no presente estudo são corroborados pela investigação conduzida por Nedumgottil *et al.*, que apresenta pontuações superiores em termos de conforto, estética e satisfação geral dos pacientes em reabilitações fixas. (97) Este tipo de reabilitação oferece um conforto acrescido, essencialmente devido à sua estabilidade o que reduz o desconforto frequentemente associado às próteses removíveis. Este fator revela-se particularmente vantajoso na população geriátrica, na qual os implantes contribuem para superar dificuldades relacionadas com a adaptação às próteses, favorecendo a recuperação da capacidade funcional dos músculos da mastigação (26,97). As próteses fixas convencionais, por sua vez, representam um bom compromisso, uma vez que apresentam níveis de conforto, estabilidade e estética semelhantes aos das reabilitações com implantes (94). Estas próteses, ancoradas firmemente em pilares dentários, garantem estabilidade durante a mastigação e a fala, resultando num maior conforto para o paciente. (44) A utilização de materiais de última geração como a cerâmica, a zircónia translúcida (3Y-TZP, 4Y-TZP, 5Y-TZP) e as resinas compósitas de alta qualidade permitem a reprodução fiel da cor, da translucidez e da morfologia dos dentes naturais, melhorando significativamente o resultado estético. (98) As próteses removíveis apesar de se apresentarem como soluções

menos estáveis e exigirem ajustes periódicos, o que pode comprometer o conforto e a funcionalidade da reabilitação, continuam a ser amplamente recomendadas em populações idosas, uma vez que oferecem uma estética satisfatória, uma mastigação confortável e, sobretudo, representam uma opção mais económica. (49,97)

Quando analisados os parâmetros da mastigação e da função mastigatória observou-se que os pacientes com reabilitação com implantes e os pacientes com prótese fixa apresentam uma maior facilidade em comer alimentos como pão fresco, queijo duro, cenouras cruas, carne fria fatiada, bife cortado, maçãs cruas e alface, assim como apresentam uma melhor mastigação antes da ingestão dos alimentos quando comparados com pacientes com prótese removível. Os dados obtidos no presente estudo estão em consonância com a investigação conduzida por Kumar *et al.*, que conclui que os pacientes reabilitados com PSI ou com próteses fixas demonstram níveis de satisfação semelhantes entre si, ambos significativamente superiores aos observados em pacientes portadores de próteses removíveis. (99) A eficiência mastigatória verificada nestes pacientes é considerada muito próxima da observada em pacientes com dentição natural, apresentando níveis óptimos de eficiência mastigatória, força de mordida aumentada, e uma atividade muscular equilibrada. (44,59,99) Estas características permitem que estes indivíduos apresentem uma melhor aceitação alimentar e uma consequente melhoria da qualidade de vida. (92,99) Uma revisão da literatura, realizada por Gonçalves *et al.*, refere que indivíduos reabilitados com implantes apresentam maior eficiência mastigatória, traduzida num número reduzido de ciclos mastigatórios e numa fragmentação dos alimentos até 209% superior quando comparados com utilizadores de prótese removível tradicional. (92) Portadores de prótese removível apresentam uma eficiência mastigatória reduzida, tempos mastigatórios mais prolongados e uma seleção alimentar mais limitada. A análise eletromiográfica demonstram que estes pacientes apresentam uma atividade muscular inferior, dependente da consistência do alimento. A instabilidade das próteses removíveis compromete ainda a regularidade e uniformidade dos ciclos mastigatórios, o que agrava o desempenho mastigatório global. (59) Desta forma, a capacidade de deglutição de alimentos-teste revela-se muito limitada nos portadores de prótese removível face a indivíduos dentados. (32,33,49)

É assim evidente que a reabilitação oral, especialmente quando realizada com PSI, não apenas melhora a eficiência mastigatória e consequentemente a segurança da

deglutição, mas também contribui significativamente para a qualidade de vida dos pacientes, particularmente no contexto do envelhecimento saudável. (33,59,92)

5.4 Limitações e expectativas futuras

Este estudo apresenta como uma das suas limitações o tamanho da amostra. OS três grupos analisados deveriam ser mais simétricos na sua constituição (o grupo reabilitado com próteses fixas convencionais revelou-se significativamente menor do que os compostos por próteses fixas sobre implantes e próteses removíveis). Esta diferença poderá ter afetado a análise estatística efetuada. 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 pertinente realizar uma análise não apenas da qualidade de vida dos pacientes após a reabilitação oral, mas também uma avaliação prévia do seu estado inicial, anterior à intervenção. Esta abordagem permitiria uma comparação objetiva entre os dois momentos e a consequente avaliação do impacto real da reabilitação na qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

O estudo abrangeu 92 pacientes reabilitados: 40 foram reabilitados com prótese sobre implantes (PSI) , 39 com prótese removível e 13 com prótese fixa convencional. A maioria dos participantes tinha menos de 65 anos e a distribuição por sexo foi equilibrada. No presente estudo, foram identificadas associações entre o tipo de reabilitação e a arcada dentária tratada, bem como padrões distintos nas classes de Kennedy, conforme o tipo de prótese.

Em relação ao impacto da reabilitação oral na qualidade de vida, os pacientes reabilitados com prótese fixa convencional ou com prótese sobre implantes revelaram níveis superiores de satisfação, com efeitos positivos mais significativos comparativamente aos utilizadores de prótese removível. A análise dos domínios físicos, emocionais e sociais mostrou que os indivíduos com prótese fixa convencional ou com prótese sobre implantes apresentaram melhor adaptação, menor impacto negativo na capacidade mastigatória, autoestima mais elevada e manutenção das suas interações sociais. Por outro lado, embora muitos utilizadores de prótese removível estivessem globalmente satisfeitos, relataram dificuldades, principalmente na mastigação de alimentos duros, algum desconforto emocional e constrangimentos em contextos sociais.

BIBLIOGRAFIA

7. BIBLIOGRAFIA

1. Sabharwal S, Wilson H, Reilly P, Gupte CM. Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research. *SpringerPlus*. 2015 Dez;4(1):516.
2. Singh S, Bajorek B. Defining «elderly» in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharm Pract Internet*. 2014 Dez;12(4):0–0.
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*. 2009 Out;374 (9696):1196–208.
4. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent*. 2017;56:78–83.
5. Roberto LL, Crespo TS, Monteiro-Junior RS, Martins AMEBL, De Paula AMB, Ferreira EF, et al. Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*. 2019 Dez;36(4):325–37.
6. Janto M, Iurcov R, Daina CM, Neculoiu DC, Venter AC, Badau D, et al. Oral health among elderly, impact on life quality, access of elderly patients to oral health services and methods to improve oral health: a narrative review. *J Pers Med*. 2022 Fev 28;12(3):372
7. Martini E, Lunardelli ML. Oral care in geriatrics: um fator determinante da saúde e da qualidade de vida. *Clin Manag Issues*.
8. Purohit P, Guttal KS, ArunKumar S, Burde KN, Nandimath K. Assessment of xerostomia and oral health-related quality of life in geriatric subjects on polymedications – a prospective study in regional Dharwad population. 2023;[sem dados da revista].
9. Hopcraft M, Tan C. Xerostomia: an update for clinicians. *Aust Dent J*. 2010 Set;55(3):238–44.
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. Felton DA. Complete edentulism and comorbid diseases: an update. *J Prosthodont*. 2016 Jan;25(1):5–20.
12. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis.
13. The Glossary of Prosthodontic Terms. *J Prosthet Dent*. maio 2017;117(5):C1-e105.
14. Emami E, De Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. *Int J Dent*. 2013;2013:1–7.

15. Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts, N. B. (2007). Dental caries. *The Lancet*, 369(9555), 51-59.
16. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primer*. 25 maio 2017;3(1):17030.
17. Borg-Bartolo R, Rocuzzo A, Molinero-Mourelle P, Schimmel M, Gambetta-Tessini K, Chaurasia A, et al. Global prevalence of edentulism and dental caries in middle-aged and elderly persons: A systematic review and meta-analysis. *J Dent. Dez.* 2022;127:104335.
18. Listgarten MA. Pathogenesis of periodontitis. *J Clin Periodontol*. Mai 1986;13(5):418–25.
19. Eke PI, Wei L, Borgnakke WS, Thornton-Evans G, Zhang X, Lu H, et al. Periodontitis prevalence in adults \geq 65 years of age, in the USA. *Periodontol 2000. Out* 2016;72(1):76–95.
20. Persson GR. Dental geriatrics and periodontitis. *Periodontol 2000. Jun* 2017;74(1):102–15.
21. De Azevedo SB, Braga ICS, Meira GDF, De Souza GC. Consequencias do edentulismo na saúde mental e qualidade de vida dos pacientes idosos. *Braz J Health Rev*. 12 giugno 2023;6(3):12233–49.
22. AL-Dwairi ZN. Complete Edentulism and Socioeconomic Factors in a Jordanian Population. 2010;23(6).
23. Jales MA, Cabral RR. Characteristics of the stomatognathic system in the elderly: differences between public and private institutions.
24. Chou HY, Satpute D, Müftü A, Mukundan S, Müftü S. Influence of mastication and edentulism on mandibular bone density. *Comput Methods Biomech Biomed Engin*. 17 Fe 2015;18(3):269–81.
25. Ragonesi M, Chiorri C. Valutazione clinica delle funzioni stomatognatiche in pazienti geriatrici.
26. Cardoso MCAF, Bujes RV. A SAÚDE BUCAL E AS FUNÇÕES DA MASTIGAÇÃO E DEGLUTIÇÃO NOS IDOSOS. *Estud Interdiscip Sobre O Envelhec [Internet]*. 10 febbraio 2010 [citato 28 settembre 2024];15(1). Disponibile su: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9580>
27. Xu X. On the Oral Health and Chewing Enjoyment of the Elderly: A Review from the Point of Mechanics. *J Texture Stud*. agosto 2016;47(4):323–41.
28. Mann T, Heuberger R, Wong H. The association between chewing and swallowing difficulties and nutritional status in older adults. *Aust Dent J*. giugno 2013;58(2):200–6.

29. Krall E, Hayes C, Garcia R. HOW DENTITION STATUS AND MASTICATORY FUNCTION AFFECT NUTRIENT INTAKE. *J Am Dent Assoc.* settembre 1998;129(9):1261–9.
30. Silva' LG, Goldenberg M. A MASTIGAÇÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO. 2001;
31. Zheng H, Shi L, Lu H, Liu Z, Yu M, Wang Y, et al. Influence of edentulism on the structure and function of temporomandibular joint. *Heliyon.* Out 2023;9(10):e20307.
32. Kondoh J, Ono T, Tamine K, Fujiwara S, Minagi Y, Hori K, et al. Effect of complete denture wearing on tongue motor biomechanics during swallowing in edentulous older adults. *Geriatr Gerontol Int.* Mai 2015;15(5):565–71.
33. Yoshikawa M, Yoshida M, Nagasaki T, Tanimoto K, Tsuga K, Akagawa Y. Influence of Aging and Denture Use on Liquid Swallowing in Healthy Dentulous and Edentulous Older People. *J Am Geriatr Soc.* Mar 2006;54(3):444–9.
34. Tooth position and speech—is there a relationship? Nicola C. L. Johnson, BDS, FDS RCS; Jonathan R. Sandy, PhD, FDS, MOrth RCS.
35. Rodrigues LCB, Pegoraro LF, Brasolotto AG, Berretin-Felix G, Genaro KF. A fala nas diferentes modalidades de reabilitação oral protética em idosos. *Pró-Fono Rev Atualização Científica.* Jun 2010;22(2):151–6.
36. Bulycheva EA, Trezubov VN, Alpatova UV, Bulycheva DS. Sound Production in Totally Edentulous Patients Before and After Prosthetic Treatment. *J Prosthodont.* luglio 2018;27(6):528–34.
37. André Batista P, Conde A, Bozzeti Pigozzi L, Cortina Bellan M, Paulus M. REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM PRÓTESE FIXA ASSOCIADA A PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO CLÍNICO. *RECIMA21 - Rev Científica Multidiscip - ISSN 2675-6218.* 17 ottobre 2022;3(10):e3102027.
38. 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.* gennaio 2015;42(1):40–8.
39. Lee DJ, Saponaro PC. Management of Edentulous Patients. *Dent Clin North Am.* aprile 2019;63(2):249–61.
40. Dhingra K. Oral Rehabilitation Considerations for Partially Edentulous Periodontal Patients. *J Prosthodont.* agosto 2012;21(6):494–513.
41. New Trends in Prosthetic Dentistry Hubálková H., Linetskiy I. *Prague Medical Report / Vol. 107 (2006) No. 2, p. 149–164.*

42. Padoin K, Solda C. A importância do perfil emergencial em prótese fixa: revisão de literatura e relato de caso. *J Oral Investig*. 23 agosto 2018;7(2):79.
43. Pigozzo MN, Laganá DC, Mori M, Gil C, Mantelli AG. Preparos dentais com finalidade protética: uma revisão da literatura. *Rev Odontol Universidade Cid São Paulo*. 12 dezembro 2017;21(1):48.
44. Palomares T, Montero J, Rosel EM, Del-Castillo R, Rosales JI. Oral health-related quality of life and masticatory function after conventional prosthetic treatment: A cohort follow-up study. *J Prosthet Dent*. maggio 2018;119(5):755–63.
45. Walton T. Occlusion and Fixed Prosthodontics. In: *Functional Occlusion in Restorative Dentistry and Prosthodontics* [Internet]. Elsevier; 2016 [citato 29 settembre 2024]. p. 215–24. Disponibile su: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780723438090000176>
46. Zhang Q, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. The relationship between masticatory ability, age, and dental and prosthodontic status in an institutionalized elderly dentate population in Qingdao, China. *Clin Oral Investig*. 8 febbraio 2019;23(2):633–40.
47. Ayuso-Montero R, Martori López E, Brufau De Barberá M, Ribera Uribe M. Prótesis removible en el paciente geriátrico. *Av En Odontoestomatol*. giugno 2015;31(3):191–201.
48. Marinelli F, Venegas C, Ruiz JV, Farfán-Beltrán N, Staub E, Navarro P, et al. Determination of Micromovements in Removable Prosthesis during Mastication: A Pilot Study with 3D Electromagnetic Articulography. *Bioengineering*. 28 febbraio 2024;11(3):229.
49. Corsalini M, De Angelis F, Manfredini D, Polilli M. Evaluation of prosthetic quality and masticatory efficiency in patients with total removable prosthesis: study of 12 cases. *Oral Implantol*. 2018;11(4):230-240.
50. Basker RM, Davenport JC, Thomason JM. *Prosthetic Treatment of the Edentulous Patient*. 2011;
51. Silva FM, Barbosa MA, Pires Neto N, Fernandes NP, Santos N, Gonçalves JVDJ, et al. Reabilitação oral de paciente desdentado com prótese fixa implantosuportada do tipo protocolo: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 16 marzo 2023;12(3):e24512340803.
52. Messias A, Nicolau P, Guerra F. Different Interventions for Rehabilitation of the Edentulous Maxilla with Implant-Supported Prosthesis: An Overview of Systematic Reviews. *Int J Prosthodont*. 2021;34:s63–84.
53. Duong H, Rocuzzo A, Stähli A, Salvi GE, Lang NP, Sculean A. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable implant-supported dental prostheses. *Periodontol 2000*. febbraio 2022;88(1):201–37.

54. Ahuja S, Cagna DR. Classification and management of restorative space in edentulous implant overdenture patients. *J Prosthet Dent.* maggio 2011;105(5):332–7.
55. Real-Osuna J, Almendros-Marques N, Gay-Escoda C. Prevalence of complications after the oral rehabilitation with implant-supported hybrid prostheses. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 2012;e116–21.
56. Egilmez F, Ergun G, Cekic-Nagas I, Bozkaya S. Implant-supported hybrid prosthesis: Conventional treatment method for borderline cases. *Eur J Dent.* luglio 2015;09(03):442–8.
57. Doundoulakis JH, Eckert SE, Lindquist CC, Jeffcoat MK. The implant-supported overdenture as an alternative to the complete mandibular denture. *J Am Dent Assoc.* novembre 2003;134(11):1455–8.
58. Burns DR. Mandibular Implant Overdenture Treatment: Consensus and Controversy. 2000;9(1).
59. Berretin-Felix G, Nary Filho H, Padovani CR, Trindade Junior AS, Machado WM. Electromyographic evaluation of mastication and swallowing in elderly individuals with mandibular fixed implant-supported prostheses. *J Appl Oral Sci.* aprile 2008;16(2):116–21.
60. Fallowfield L. What is quality of life? *Health Econ.* 2009;1(8):1-8.
61. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics.* luglio 2016;34(7):645–9.
62. Baiju R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res [Internet].* 2017 [citato 29 settembre 2024]; Disponibile su: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2017&volume=11&issue=6&page=ZE21&issn=0973-709x&id=10110
63. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2003.
64. Imam AY. Impact of Tooth Loss Position on Oral Health-Related Quality of Life in Adults Treated in the Community. *J Pharm Bioallied Sci.* novembre 2021;13(Suppl 2):S969–74.
65. Ali Z, Baker SR, ShahrbaF S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* gennaio 2019;121(1):59-68. e3.
66. 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):13412.

67. Andiappan M, Gao W, Bernabe E, Kandala NB, Donaldson AN. Malocclusion, orthodontic treatment, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): Systematic review and meta-analysis. *Angle Orthod.* 2015;85(3):493-500.
68. de Souza RF, Ribeiro AB, Oates TW, Feine JS. The McGill Denture Satisfaction Questionnaire revisited: Exploratory factor analysis of a binational sample. *Gerodontology.* 2020;37(3):233-243.
69. García-Minguillán G, Preciado A, Romeo M, Del Río J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. Differences in self-perceived OHRQoL between fully dentate subjects and edentulous patients depending on their prosthesis type, socio-demographic profile, and clinical features. *J Dent.* 2021;111:103756. doi:10.1016/j.jdent.2021.103756.
70. Yen YY, Lee HY, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, Huang HL. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health.* 2015;15:1. doi:10.1186/1472-6831-15-1.
71. Närhi L, Mattila M, Tolvanen M, Pirttiniemi P, Silvola A-S. The associations of dental aesthetics, oral health-related quality of life and satisfaction with aesthetics in an adult population. *Eur J Orthod.* 2023;45(3):287–294. doi:10.1093/ejo/cjac075.
72. Su S, Lipsky MS, Licari FW, Hung M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *J Dent.* 2022;122:104157. doi:10.1016/j.jdent.2022.104157
73. Mendonça CCG, Nogueira TE, Moreira FCL, Jordão LMR, McKenna G, Leles CR. Prolonged use of old dentures: A qualitative study with Brazilian older adults. *Gerodontology.* 2024 Aug 21. doi:10.1111/ger.12670.
74. Raabe C, Couso-Queiruga E, Tjokro J, Buser D, Bornstein MM, Fonseca M, Schwarz F, Chappuis V. Analysis of trends in the context of implant therapy in a university surgical specialty clinic: a 20-year retrospective study. *Clin Oral Investig.* 2024;29:27. doi:10.1007/s00784-024-06033-2.
75. Agarwal S, Ashok V, Maiti S, Agarwal V. Dentists' preference toward fixed versus removable implant prosthesis on edentulous jaws to improve quality of life. *J Long Term Eff Med Implants.* 2022;32(2):91–96. doi:10.1615/JLongTermEffMedImplants.2022038746. PMID: 36382708
76. Abou-Ayash S, Fonseca M, Pieralli S, Reissmann DR. Treatment effect of implant-supported fixed complete dentures and implant overdentures on patient-reported outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2023;34(Suppl 26):177–195. doi:10.1111/clr.14065.

77. Heydecke G, Boudrias P, Awad MA, de Albuquerque RF, Lund JP, Feine JS. Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant prostheses: patient satisfaction and choice of prosthesis. *Clin Oral Implants Res.* 2003;11(6):555–565. doi:10.1034/j.1600-0501.2003.140117.
78. Sadek SA, Elawady D. Impact of removable partial denture type on patient satisfaction and abutment survival rate—RCT. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019;7(15):2513–2519. doi:10.3889/oamjms.2019.668.
79. Ahmed KE, Li HH, Peres KG. Longevity of acrylic and cobalt-chromium removable partial dentures – A ten-year retrospective survival analysis of 1246 denture-wearing patients. *J Dent.* 2024;148:105253. doi:10.1016/j.jdent.2024.105253.
80. Kern J-S, Kern T, Wolfart S, Heussen N. A systematic review and meta-analysis of removable and fixed implant-supported prostheses in edentulous jaws: post-loading implant loss. *Clin Oral Implants Res.* 2016;27(2):174–195. doi:10.1111/clr.12531.
81. Ramanauskaite A. Efficacy of rehabilitation with different approaches of implant-supported full-arch prosthetic designs: A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2021;48(7):915–935. doi:10.1111/jcpe.13540. PMID: 34761399
82. Zitzmann NU, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clin Oral Implants Res.* 2007;18(Suppl 3):20–33. doi:10.1111/j.1600-0501.2007.01435.
83. Weatherspoon DJ, Chen H, Dye BA. Implant and implant restoration trends among adults 50 years and older in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2020. *J Am Dent Assoc.* 2024;155(7):574–586.e3. doi:10.1016/j.adaj.2024.03.005.
84. Neves BR, Costa RT, Vasconcelos BC do E, Pellizzer EP, Moraes SLD. Muscle activity between dentate and edentulous patients rehabilitated with dental prostheses: A systematic review. *J Oral Rehabil.* 2023;50(12):1508–1517. doi:10.1111/joor.13564.
85. Fayad MI, Baig MN, Alrawaili AM. Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia. *J Prosthodont.* 2016;25(8):635-641. doi:10.1111/jopr.12435.
86. Oh SH, Kim Y, Park JY, Jung YJ, Kim SK, Park SY. Comparison of fixed implant-supported prostheses, removable implant-supported prostheses, and complete dentures:

- patient satisfaction and oral health-related quality of life. *Clin Oral Implants Res.* 2016;27(2):e31–e37. doi:10.1111/clr.12514.
87. Koyano K, Esaki D. Occlusion on oral implants: current clinical guidelines. *J Oral Rehabil.* 2015;42(3):153–161. doi:10.1111/joor.12226.
88. Feine JS, Lund JP. Measuring chewing ability in randomized controlled trials with edentulous populations wearing implant prostheses. *J Oral Rehabil.* 2006;33(4):301–308. doi:10.1111/j.1365-2842.2006.01616.
89. Yoshimoto T, Hasegawa Y, Salazar S, Kikuchi S, Hori K, Ono T. Factors affecting masticatory satisfaction in patients with removable partial dentures. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12):6620. doi:10.3390/ijerph18126620.
90. Zipprich H, Weigl P, Ratka C, Lange B, Lauer HC. The micromechanical behavior of implant-abutment connections under a dynamic load protocol. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2018;20(5):814–823. doi:10.1111/cid.12651.
91. Miranda SB, Possebon APDR, Schuster AJ, Marcello-Machado RM, Pinto LR, Faot F. Relationship between masticatory function impairment and oral health-related quality of life of edentulous patients: an interventional study. *J Prosthodont.* 2019;28(6):634–642. doi:10.1111/jopr.13070. PMID: 3111984
92. Gonçalves TMSV, Campos CH, Gonçalves GM, de Moraes M, Rodrigues Garcia RCM. Mastication improvement after partial implant-supported prosthesis use. *J Dent Res.* 2013 Dec;92(12 Suppl):189S–194S. doi:10.1177/0022034513508556
93. Alageel O, Ashraf N, Bessadet M, Nicolas E, Tamimi F. Evaluation of the design-driven prediction of removable partial denture retention. *J Prosthet Dent.* 2020;124(3):357–364. doi:10.1016/j.prosdent.2019.10.005.
94. Meira IA, Gama LT, Prado-Tozzi DA, Pinheiro MA, Rodrigues Garcia RCM. Speech in implant-supported and removable complete denture wearers: a systematic review. *J Prosthet Dent.* 2022;128(6):1230–1238. doi:10.1016/j.prosdent.2021.03.006.
95. Soares PM, Silveira GdA, Gonçalves LS, Bacchi A, Pereira GK. Maintenance protocols for implant-supported dental prostheses: a scoping review. *J Prosthet Dent.* 2022;128(3):345–356. doi:10.1016/j.prosdent.2022.05.005.
96. Cinquanta L, Varoni EM, Barbieri C, Sardella A. Patient attitude and habits regarding removable denture home hygiene and correlation with prosthesis cleanliness: a cross-sectional study of elderly Italians. *J Prosthet Dent.* 2021;125(5):772.e1–772.e7. doi:10.1016/j.prosdent.2021.01.024.

97. Mathews BN, Sajina S. Investigating the long-term success rates of implant-supported prosthetic restorations in comparison to conventional fixed or removable prostheses. *Int J Prev Clin Dent Res*. 2024;9(1):12-18. doi:10.4103/ijpcdr.ijpcdr_10_24.
98. Kui A, Manziuc M, Petruțiu A, Buduru S, Labuneț A, Negucioiu M, Chisnoiu A. Translucent Zirconia in Fixed Prosthodontics—An Integrative Overview. *Biomedicines*. 2023;11(12):3116. doi:10.3390/biomedicines11123116.
99. Kumar Y, Chand P, Arora V, Singh SV, Mishra N, Alvi HA, Verma UP. Comparison of rehabilitating missing mandibular first molars with implant- or tooth-supported prostheses using masticatory efficiency and patient satisfaction outcomes. *J Prosthodont*. 2015;26(5):376–380. doi:10.1111/jopr.12399. PMID: 26588357

ANEXOS

8. Anexos - 1

8.1. Questionário Oral Health Impact Profile - 14 (OHIP-14) - 2

Prostodontia Removível IV
 Pesquisadora: Cristiana Figueiredo, Docente III / Cristiana Figueiredo, Ana Margarida Silva, Hélder Costa

CURLEY
 INSTITUTO DE PESQUISA EM SAÚDE

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?							

8.2 Questionário de Satisfação Protética de McGill -3

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

Mal mastigada

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

Bem mastigados

Mal mastigados

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

Bem mastigados

Mal mastigados

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

Bem mastigados

Mal mastigados

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

Bem mastigados

Mal mastigados

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

Bem mastigados

Mal mastigados

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

Bem mastigados

Mal mastigados

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

Bem mastigados

Mal mastigados

8.3 Parecer da Comissão de Ética



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

Projeto de Investigação

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.

Título: Análise da Qualidade de Vida em pacientes portadores de Reabilitação Oral

Investigadora Principal: Cristina Isabel Paiva Figueiredo, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da UCP - Viseu

Equipa de Investigação: 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

Resumo/Elementos solicitados pelo parecer da CES-UCP:

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.

Quanto ao formulário foram deixadas ainda algumas notas:

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.

Apreciação sobre os esclarecimentos submetidos pela investigadora principal:

Foram aceites todas as recomendações apresentadas.



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

Ouvindo 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

Mara de Sousa Freitas

03/05/2023