

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – FORP/USP

Departamento de Materiais Dentários e Prótese – DMDP

Vinícius Oliveira Lemos de Pontes

**Perfil epidemiológico e impacto do edentulismo e da reabilitação protética na
qualidade de vida dos usuários de prótese total.**

Ribeirão Preto

2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – FORP/USP

Departamento de Materiais Dentários e Prótese – DMDP

Perfil epidemiológico e impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida dos usuários de prótese total.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia apresentado à
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a. Dr^a Cláudia Helena Lovato da Silva
Graduando: Vinícius Oliveira Lemos de Pontes

Ribeirão Preto

2022

AUTORIZO REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central do *Campus USP – Ribeirão Preto*

Pontes, Vinícius Oliveira Lemos de

Perfil epidemiológico e impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida dos usuários de prótese total.
Ribeirão Preto, 2021.

76p.: il.; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Curso: Odontologia.

Orientadora: Silva-Lovato, Cláudia Helena

1. Edentulismo, 2. Prótese total, 3. Qualidade de vida

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vinícius Oliveira Lemos de Pontes

Perfil epidemiológico e impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida dos usuários de prótese total.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia apresentado à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Data da defesa: ____/____/2022

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos professores da minha família: meu pai, minha mãe e minha avó e aos demais professores que tive do ensino infantil ao superior, por todo o conhecimento que me passaram, pela inspiração, por acreditarem no poder da educação e dedicarem suas vidas a ela.

Agradecimento Especial

Nada deste trabalho seria possível se não fosse minha orientadora Professora Dra. Cláudia Helena Lovato da Silva, por isto meu agradecimento especial é para ela. Agradeço o acolhimento como monitor na disciplina de prótese total, por toda paciência em explicar o passo-a-passo das coisas, a disposição e disponibilidade, a empatia que teve em diversas situações, as oportunidades que me ofereceu, os ensinamentos científicos, protéticos e no cuidado com o paciente. Para além disso, agradeço por ter me ajudado a me encontrar dentro da odontologia, e por ser o exemplo de profissional que quero ser. Muito obrigado por todo o crescimento pessoal e acadêmico que me proporcionou nesses dois últimos anos onde tive a honra de ser seu orientado! Você fez total diferença durante minha graduação! Muito obrigado por ter acredito em mim professora!!!

Agradecimentos

Agradeço à Deus, por ter me guiado até aqui, aberto as portas e me mostrado que eu tudo podia naquele que me fortalece.

Agradeço meu pai Jason Lemos de Pontes, minha mãe Cíntia Lopes de Oliveira, minhas avós Marili Vieira Lopes de Oliveira e Nair Batista Lemos de Pontes, meu avô Renê Lemos de Pontes, minhas irmãs Isabela Maria de Oliveira e Letícia Valési Lemos de Pontes, minha madrasta Cíntia Valési Lemos de Pontes, meu padrasto João Luiz Nasimbem e meu tio Giovane Lopes de Oliveira, por serem meu porto seguro, por terem me dado uma ótima base familiar, pela criação que me deram, por sempre acreditarem em mim, por todo apoio, carinho e dedicação que tem comigo e por terem me proporcionado realizar meus sonhos, chegando até aqui.

Às pós-graduandas Laís Ranieri Makrakis, Lorena Mosconi Clemente e Caroline Vieira Fortes, por terem me acompanhado durante a execução do projeto, em toda a coleta de dados, me ajudando e orientando, sempre com uma palavra amiga ou disposta a me ouvir. À professora Adriana Barbosa Ribeiro, pela disponibilidade e boa vontade em ajudar sempre que precisei.

Às professoras Valéria Oliveira Pagnano de Souza, Maria Cristina Borsato, Ana Carolina Fragoso Motta, Takami Hirono Hotta, Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe, Silmara Aparecida Milori Corona, e aos professores Rodrigo Galo, Christiano de Oliveira Santos, Luiz Guilherme de Siqueira Branco e Vinícius Pedrazzi por todo empenho e ensinamento, por terem feito a diferença durante minha graduação.

Para além, gostaria de agradecer a Ariane Fernandez, Thaís Oliveira, Vitor Ribeiro, Monalisa Pereira, Allan Oliveira, pós-graduandos da FORP pelas orientações nas atividades clínicas e laboratoriais durante o curso

Aos meus amigos de sala, turma 91, que dividiram toda à graduação comigo. Em especial ao Bruno Takahashi, Fábio Dubas, Amanda Calegaro, Cecília Boareto, Camila D'Agostini, Ana Letícia, Fernanda Garcia, Sara Golino, Rodrigo Mercadante, Murillo Rodrigues.

À Stephanie Matos, Carolina Barroso, Letícia Guinato, André Pegoretti, Laís Gonçalves, Matheus Martins, pessoas essenciais que conheci durante a graduação, que fizeram toda diferença durante esses anos, exemplos de amizade e companheirismo que quero levar para toda a vida.

À Thais Araújo e Lucas Nogueira, por terem aberto a casa para eu morar assim que cheguei em Ribeirão Preto e que foram minha família em Ribeirão;

À República Descarregada, onde morei durante meu primeiro ano de graduação, pela recepção, pelo cuidado, pelos trotes, ajudas na graduação, por me ensinarem muitas coisas e sempre me acolherem muito bem.

À República Corujão, por todos esses últimos 5 anos em que morei, por todas as pessoas que construí uma amizade, por todos os aprendizados que foram muitos, por terem me proporcionado ser uma pessoa melhor, aprender a respeitar as diferenças e por todo crescimento pessoal. Em especial à minha dupla, Mayra de Souza que esteve presente comigo desde meu primeiro dia na república, Laura Maria, Maurílio Caldana, Júlia Alves, Eloá Fernanda, Gabriel Ferreira, Alexandra Beatriz, Andrew Seth, Davi Aparecido, Pedro Henrique. Agradeço também a Marcos Winícius, por ser meu parceiro, por me incentivar todos os dias e por toda ajuda para redigir este trabalho.

À Companhia do Riso, pelo acolhimento dentro da entidade, por me ensinar a distribuir sorrisos, conhecer pessoas diferentes e fazer uma graduação com mais sentido. Para além disso, aprender a dar mais valor na vida. Obrigado pela felicidade.

Ao meu psicólogo e amigo, Rodolfo Mihara, que me acompanhou nesses três últimos anos e que me ajudou a superar inúmeras barreiras e limitações, me ajudando a ser quem eu sou.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, por ter me proporcionado desenvolver este projeto.

À Universidade de São Paulo, por ter me oferecido a melhor educação do Brasil e para além disso, possuir políticas de permanência estudantil, essenciais para me permitir concluir o curso.

PONTES, V.O.L. Perfil epidemiológico e impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida dos usuários de prótese total. Ribeirão Preto, 2021. 76p. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Resumo

O edentulismo está presente em uma parcela expressiva da população, principalmente entre os idosos e o tratamento com próteses totais convencionais é a opção mais acessível por ser ofertada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. Este estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, levantou o perfil sociodemográficos, e o impacto do edentulismo e da reabilitação com próteses totais convencionais na qualidade de vida dos indivíduos atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Inicialmente, foram analisados 402 prontuários dos indivíduos atendidos entre 2015 e 2019, para coleta de informações sociodemográficas, história médica e características clínicas (Formulário 1). Todos os pacientes que tiveram seu prontuário analisado foram convidados a participar de uma entrevista telefônica com questões complementares ao formulário 1 (Formulário 2). Ainda, 38 indivíduos desdentados totais, de ambos os性os e maiores de 18 anos, usuários de prótese total, em atendimento na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP) no ano de 2021 foram entrevistados presencialmente (Formulários 1, 2, 3 e 4; e versão brasileira do questionário Oral Health Impact Profile-19 para qualidade de vida). Os dados sociodemográficos, fatores relacionados ao edentulismo e a reabilitação com próteses totais foram analisados de forma descritiva. Comparações e correlações entre usuários de prótese única ou bimaxilar foram realizadas por meio dos testes de Wilcoxon e de correlação de Person ($p<0,05$). A maioria dos participantes eram idosos, do sexo feminino, com baixa escolaridade, aposentados e com renda entre 1-3 salários mínimos. A causa da perda

dental era variada, para além do caráter biológico. A maioria perdeu todos os dentes antes dos 30 anos; a tristeza foi o sentimento mais relacionado com a perda dentária e embora tenham relatado dificuldade para aceitar a perda dental, após certo tempo, apenas uma pequena parcela não conseguiu aceitar. Foram comuns os relatos da dificuldade em mastigar e a maioria dos pacientes relataram que as próteses totais resolveram totalmente ou parcialmente seus problemas, sendo a prótese inferior a mais problemática. Não houve diferenças significativas entre os domínios da qualidade de vida dos usuários de prótese única ou bimaxilar. A única correlação para os dois grupos foi em relação as queixas da mastigação com dor e desconforto oral. Pode-se concluir que o edentulismo possui impacto negativo na qualidade de vida e o mesmo se aplica a próteses velhas e mau adaptadas. Próteses com menos de 5 anos de uso, bem adaptadas, com retenção e estabilidade adequadas ou a troca de um aparelho insatisfatório por outro satisfatório pode impactar positivamente na qualidade de vida.

Palavras Chave: Edentulismo, Prótese total, Qualidade de vida

PONTES, V.O.L. **Epidemiological profile and impact of edentulism and prosthetic rehabilitation on the quality of life of users of complete dentures.** Ribeirão Preto, 2021. 76p. Final Paper of Graduation Course in Dentistry. School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

Abstract

Edentulism is present in an expressive share of the population, mainly among the elderly, and the most accessible option is the conventional complete dentures because it is available through the Sistema Único de Saúde – SUS (Brazilian Public Health Care System). This cross-sectional, exploratory and descriptive study, along with a quantitative approach brought data on the sociodemographic profiles, edentulism impact and rehabilitation with conventional complete dentures upon the individuals lifestyle quality taken care at FORP (Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto). At first, 402 odontological charts, from taken care patients between 2015 and 2019 were researched for sociodemographic data, medical history, and clinical characteristics (Form 1). Every patient whose chart was researched was then invited to participate in a complementary interview via telephone for a second round of questions, unavailable at Form 1 (Form 2). Also, another 38 edentulous patients, of both genders, legal age and users of complete dentures being taken care of at FORP-USP in 2021 were interviewed in person (Forms 1, 2, 3 and 4, along with Brazilian version of Oral Health Impact Profile-19 questionnaire for quality of life). The sociodemographic data, edentulism related factors and complete dentures rehabilitation were descriptively presented. Comparisons and correlations among single maxillary and bimaxillary were made through Wilcoxon tests and Person's correlation ($p < 0,05$). Most patients were of old age, female, of low schooling, retired and with incomes between 1 and 3 base salaries. The dental loss causes were of various natures, and not only those of biological causes. Most people lost all their teeth before the age of 30; sadness was the most claimed feeling related to the loss itself, and although

every patient reported difficulty, only a small share of them could not accept after a certain period of time. Difficulty chewing were common and most patients reported that the complete dentures solved partially or completely their problems, the mandibular denture has been reported to be the more problematic. There were no significant differences between the single maxillary and bimaxillary user's quality of life wise. The only relation between the groups were the chewing complains, pain and oral discomfort. It is possible to conclude that edentulism has a negative impact on life quality and the same could be said of old or bad adapted complete dentures . Well adapted, less than 5 years of use complete dentures, with adequate retention and stability, or the exchange of an unsatisfactory complete denture for a new and satisfactory one can have positive impact on quality of life.

Key Words: Edentulism, Complete Dentures, Quality of Life.

Sumário

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| RESUMO | 11 |
| ABSTRACT | 13 |
| <i>INTRODUÇÃO</i> | 16 |
| <i>REVISÃO DE LITERATURA</i> | 20 |
| <i>PROPOSIÇÃO</i> | 29 |
| <i>MATERIAL E MÉTODOS</i> | 30 |
| <i>RESULTADOS</i> | 40 |
| <i>DISCUSSÃO</i> | 58 |
| <i>CONCLUSÃO</i> | 66 |
| <i>REFERÊNCIAS</i> | 67 |

Introdução

O Edentulismo, caracterizado pela ausência de todos os dentes, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é resultado ruim de políticas de saúde pública que afeta substancialmente a saúde bucal e geral, e merece atenção quando formuladas as políticas de saúde. (Papadaki; Anastassiadou, 2012). Tem como causa traumas, processos cariogênicos e doenças periodontais e sua ocorrência impacta na qualidade de vida do indivíduo, visto que, diminui a capacidade mastigatória, compromete a fonação, reduz a autoestima e influencia na integração social (Nowjack-Ramer; Sheiham, 2007; Silva et al., 2010; Souza et al., 2010; Emami et al., 2013; Yen, et al., 2015; Bakker et al., 2018; Dantas et al., 2019; Ortíz-Barrios et al. 2019; Mitri et al., 2020).

O edentulismo está associado a diversas doenças sistêmicas (Felton, 2016), uma vez a dificuldade em mastigar certos alimentos (frutas, vegetais crus, carnes) e a ingestão inadequada de nutrientes pode resultar em desnutrição e perda de peso (Gupta et al, 2019; Kogamine et al, 2019;) bem como o desenvolvimento de diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (Mojon; Thomason; Waals, 2004; Carlsson; Omar, 2010).

O Brasil é conhecido como “país de desdentados” visto a expressiva parcela de edêntulos que existe no país (Silva et al., 2018). Segundo o último Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal no Brasil- SB-Brasil (2010), 63,1% dos indivíduos entre 65-74 anos são desdentados e utilizam prótese total superior; 37,5% dos indivíduos com esta mesma faixa etária fazem uso de prótese total inferior. Com relação à necessidade de prótese, apenas 7,3% dos indivíduos com idade entre 65-74 anos não precisam utilizar prótese, 34,2% precisam de prótese parcial removível em apenas um dos arcos e 20% nos dois, além disso, 17,9% tem necessidade do uso de apenas uma prótese total em um dos arcos e 15,4% precisam de prótese total nos dois. De acordo com Cardoso

et al. (2015), em 2040 o edentulismo mandibular no Brasil deverá atingir 85% dos indivíduos entre 65-74 anos, ultrapassando a casa dos 64 milhões. Esse número expressivo de indivíduos edêntulos é reflexo do envelhecimento da população, falta de informação e atenção à saúde bucal, e aumento na expectativa de vida (Carlsson; Omar, 2010; Felton, 2016; Shao et al., 2018). Melhorias na saúde bucal, possíveis avanços na economia e educação poderiam resultar em um aumento menos elevado de edêntulos, diminuindo assim os valores desta projeção (Wu et al.; 2014; Silva et al., 2018).

Segundo Sabbah et al. (2020) adultos desdentados que usam próteses totais tiveram maior sobrevida e menor risco de mortalidade geral do que aqueles que não usavam próteses, sugerindo que o uso de próteses totais removíveis é necessário e benéfico para a saúde do paciente.

A reabilitação bucal para o paciente totalmente edêntulo pode ser realizada por meio de prótese total convencional removível ou por prótese sobre implante, sendo esta fixa (prótese protocolo ou fixas por elementos unitários) ou removível (*overdentures*). Considerações funcionais, biológicas, pessoais e financeiras devem ser os fatores considerados pelo profissional no momento de indicar e planejar o melhor tratamento ao paciente (Zarb et al., 2013).

Sobre as próteses totais convencionais, pode-se dizer que há uma aplicação universal por apresentar-se mais acessível financeiramente, embora apresente dificuldades de uso inerentes ao aparelho protético removível (psicológicas, morbidade tecidual e má adaptação com o decorrer do tempo) (Zarb et al., 2013). Uma das grandes vantagens da indicação da prótese total no Brasil é que é um procedimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A reabilitação com próteses sobre implantes, embora represente melhor conforto aos pacientes, é um tratamento relativamente complexo e de custo elevado (Zarb et al., 2013). Vale ressaltar que três quartos da população idosa

brasileira dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde para os cuidados com a saúde (Lima-Costa et al., 2019) e mesmo após a Portaria Ministerial Nº 718/SAS de 20/12/2010, que prevê o tratamento com implante dentário no SUS, apenas 19 cidades em todo o país, oferecem este tratamento. Ainda, além do fator econômico, segundo Walton e MacEntee (2005), o medo do procedimento cirúrgico e de seus riscos limitam a aceitação do tratamento pelos pacientes. Sobre a indicação, mesmo em países desenvolvidos, como o Japão, temos como primeira escolha para restauração de arcadas edêntulas a prótese total convencional (Suzuki et al., 2018).

O objetivo do tratamento reabilitador com aparelho protético removível, como a prótese total, deve atender as necessidades estéticas, funcionais e psicodinâmicas (Aguiar; Silveira, 2018). Esta condição, porém, nem sempre é alcançada, uma vez que o bom resultado do tratamento com prótese total convencional (PTC) depende não apenas do emprego de técnicas adequadas e da habilidade do profissional, mas também de uma boa adaptação do paciente à prótese, a qual pode ser influenciada por características locais e morfológicas da cavidade bucal, condições sistêmicas de saúde, mas principalmente pelo fator psicossocial e o emocional quanto a expectativa pré-tratamento (Bellini et al., 2009; Batista et al, 2013; Kurushima et al., 2015).

Alguns sinais e sintomas que frequentemente indicam má experiência adaptativa com as próteses totais convencionais que podem ser evidenciados nos pacientes, são: área de suporte da prótese com comprometimento morfológico severo que reduz significantemente a retenção; pobre coordenação muscular; tolerância baixa dos tecidos mucosos; presença de hábitos parafuncionais e sensibilidade recorrente; expectativas irreais protético-funcionais; reflexo ativo ou hiperativo de vômito provocado por próteses removíveis; e a falta de habilidade psicológica para usar a prótese, mesmo quando o aparelho possui retenção e estabilidade adequadas. Embora sejam pacientes de alta

complexidade para o tratamento reabilitador convencional e manejo clínico, ter empatia fazendo o que há de melhor ao alcance com este indivíduo é essencial. O não-sucesso no tratamento é uma situação frustrante para o profissional e principalmente para o paciente quando este tem clara certeza de que as próteses totais não são a solução para a sua condição. O paciente totalmente edêntulo merece um carinho e atenção especial pois muitos possuem um senso de vergonha e inferioridade que se torna mais doloroso pela falta de habilidade em tolerar a prótese (Zarb; Eckert; Mericske-Stern, 2006; Kurushima et al., 2015).

O termo Qualidade de vida deve ser entendido por “grau em que uma pessoa desfruta das importantes possibilidades de vida”. Quanto à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, deve-se entender que algumas doenças e a própria condição de saúde bucal, podem comprometer o indivíduo em níveis diferentes (Bennadi; Reddy, 2013). Com o aumento da expectativa de vida, a manutenção desta qualidade de vida deve ser priorizada, pois está intimamente relacionado com um bom envelhecimento (Hebling; Pereira, 2007; Osta et al., 2012). A abordagem de Envelhecimento ativo incentiva estratégias para manter os idosos socialmente engajados e produtivos, de forma a enfrentar a vida independente na comunidade, visando sempre aumentar a qualidade de vida destes indivíduos (Papadaki; Anastassiadou, 2012). O interesse pela aparência e o desejo de atratividade física não diminuem com a idade, ratificando a necessidade de manutenção do estado de saúde bucal e do tratamento reabilitador (Xiaoxian et al., 2007). E embora preservar o elemento dental na cavidade oral seja importante para preservar uma boa qualidade de vida, deve-se reconhecer que mais problemas bucais podem ocorrer em idosos dentados, devido a percepção do autocuidado bucal e ao aumento de comorbidades (Kassebaum et al., 2017).

Reiterando o que já foi supracitado, tanto a situação edêntula e os métodos de reabilitação possuem grande potencial de interferir na qualidade de vida do paciente (Silva et al., 2010; Souza et al., 2010; Yen, et al., 2015; Dantas et al., 2019; Ortíz-Barrios et al. 2019; Mitri et al., 2020). A avaliação do uso e da necessidade de próteses e de fatores relacionados diretamente ao edentulismo são necessários para a elaboração de material educativo bem como a proposição de metodologias educacionais que atinjam o maior número de pessoas sobre as causas e consequências do edentulismo, visando a prevenção da perda dentária, bem como a orientação dos indivíduos quanto à necessidade de procurar pelo tratamento. Além disso, desenvolvimento de programas educacionais quanto às formas de reabilitação dos indivíduos edêntulos, bem como quanto aos serviços preparados para a realização do tratamento, podem colaborar para o planejamento de ações públicas frente a esta situação. Sendo assim, este estudo visa estudar o impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida do indivíduo e traçar o perfil epidemiológico dos pacientes totalmente edêntulos que foram atendidos na clínica da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP) com tratamento reabilitador de prótese total convencional desde o ano de 2015, para entender a quem esta modalidade reabilitadora vem sendo oferecida, como ela repercute no mesmo, e para conhecer características pessoais e coletivas destes indivíduos, ratificando o ideal de um cuidado integral para com os mesmos.

Revisão de Literatura

Segundo Naito et al. (2006), o número de artigos com as palavras-chave “qualidade de vida” e “saúde bucal” vem aumentando bastante nos últimos anos. Exemplo deste, tem-se que o número de artigos publicados entre 2000 e 2004 triplicou em relação

a 1995 e 1999, e foi seis vezes maior do que entre 1990 e 1994. Mediante a esta informação, foram levantados no Pubmed alguns estudos clínicos randomizados e revisões de literaturas, no período de 2011-2021, usando como busca de pesquisa, os termos “edentulismo e qualidade de vida” e “próteses totais e qualidade de vida”.

Michaud et al. (2012) avaliaram o nível de associação entre a satisfação com próteses dentárias e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e identificaram determinantes da satisfação com maior destaque para a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A amostra contou inicialmente com 255 pacientes idosos, porém no final do estudo, haviam 198 pacientes. Foi utilizado o OHIP-20 para definir a qualidade de vida relacionada à saúde oral e o questionário de McGill para mensurar por meio da Escala Visual Analógica a satisfação dos pacientes frente às suas próteses. Ambos foram aplicados antes da instalação das próteses novas, 6 e 12 meses após a instalação. Além destes, cada paciente respondeu a um questionário sociodemográfico padrão. As informações coletadas passaram por análises de regressão simples buscando associações. Os resultados do OHIP indicaram correlação com todos os aspectos da satisfação do paciente com o aparelho protético, exceto para facilidade de limpeza. A capacidade de mastigação percebida e a condição oral foram os mais determinantes quanto ao impacto na qualidade de vida relacionada à saúde oral, independente dos fatores sociodemográficos e do tipo de prótese recebida. Embora o estudo também tenha relatado que esta associação é dependente do tempo, os fatores mais determinantes permanecem os mesmos.

Emami et al. (2013), estudaram, por meio de estudo clínico randomizado, a qualidade de sono e sonolência diurna de idosos edêntulos, procurando diferenças dessa população em relação ao estado sociodemográfico, saúde geral percebida, tipo de prótese dentária, uso noturno de prótese e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A amostra

com 173 participantes foi aleatorizada por um esquema de bloco permutado gerado por computador. Um grupo de pacientes foi reabilitado com próteses totais convencionais mandibulares e maxilares e o outro, recebeu uma overdenture sobre dois implantes mandibulares e prótese total convencional maxilar. Para mensurar aspectos de qualidade de sono, foram utilizadas três diferentes medidas de sono autorreferidas: Qualidade do Sono de Pittsburgh (utilizada para avaliar a qualidade do sono e distúrbios durante um mês), Escala de Sonolência de Epworth (utilizada para medir o nível de sonolência diurna percebida) e Escala de Sonolência Karolinska (utilizada para medir o estado de sonolência em um dado momento no tempo). A qualidade de vida relacionada a saúde bucal foi medida por meio do questionário OHIP-20. Outros dados foram obtidos a partir de questionário socioeconômico padrão e por exame clínico. O tempo da análise transversal foi de um ano, e na visita de acompanhamento deste tempo determinado, os participantes passaram por avaliação. Participaram do estudo 93 mulheres e 80 homens, com idade média de 72,1 anos. As mulheres tiveram um sono significantemente pior que os homens. As condições socioeconômicas e o tipo de prótese utilizado não influenciaram na qualidade do sono ou sonolência percebida; não houve diferença na qualidade do sono ou sonolência diurna entre aqueles que faziam o uso de prótese enquanto dormiam. Idosos com baixa percepção de saúde geral apresentaram sono mais pobre do que aqueles com alta percepção. A baixa qualidade de vida relacionada à saúde oral esteve relacionada a má qualidade do sono e pacientes deste grupo apresentaram quatro vezes mais sonolência diurna dos que os com alta qualidade de vida. O estudo concluiu que a saúde geral percebida e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal predizem a qualidade de sono e a sonolência diurna.

Beloni et al. (2013) avaliaram a satisfação e a qualidade de vida de pacientes que receberam próteses removíveis totais e parciais confeccionadas por estudantes de

graduação em Odontologia. Trinta e dois indivíduos foram entrevistados dois meses após a conclusão do tratamento reabilitador por meio do questionário OHIP-EDENT e por meio da escala visual analógica (EVA) para avaliar os critérios de qualidade de vida, estética, fonética, função mastigatória, estabilidade, conforto, alteração do paladar e dor referentes à prótese instalada. Os resultados foram analisados por meio teste t com nível de significância de 5% e indicaram que os indivíduos que receberam prótese total apresentaram maior impacto na qualidade de vida ($p = 0,01$), relataram melhor estabilidade ($p = 0,01$) e função mastigatória ($p = 0,01$) em comparação aos reabilitados com próteses parciais. Não houve diferença nos critérios conforto, estética, fonética, alteração de paladar e dor ($p > 0,05$). Os autores concluíram que o tipo de prótese pode influenciar no prognóstico da reabilitação e que a percepção de melhora na qualidade de vida após a reabilitação com prótese total é maior do que com prótese parcial removível.

Carvalho et al. (2013) com o objetivo de avaliar a auto percepção da saúde oral, traduziram e validaram o questionário Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para a língua portuguesa, uma vez que tal instrumento é considerado eficiente. Foi empregada a metodologia de tradução e retroversão para tradução e a validação foi realizada pela análise da viabilidade das 12 questões que compõem o questionário. Participaram do estudo 162 indivíduos com 65 anos ou mais, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte. Os resultados indicaram valores elevados na validação e consistência interna do constructo, indicando que pode ser empregado de forma confiável para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde oral dos idosos portugueses.

Kassebaum et al. (2014), por meio de Revisão Sistemática com Meta-análise, propuseram estimativas de prevalência e incidência de perda dentária severa (ter menos de 9 dentes permanentes) para todos os países, nos anos de 1990 e 2010. As bases

eletrônicas consultadas foram Pubmed, Ovid e Bireme. Os critérios de qualidade de inclusão foram: estudos longitudinais ou transversais observacionais com base em amostras aleatórias; representando populações nacionais, subnacionais ou comunitárias; medir a perda dentária grave através de exame clínico; taxa de resposta superior a 50% para pesquisas de prevalência e taxa de atrito inferior para estudos longitudinais; e estudos que relataram prevalência, incidência, ou estimativas de risco relativo ou dados suficientes para seu cálculo. Os países foram agrupados em 7 “super-regiões” e 21 regiões, por proximidade geográfica e idade média de morte (medida simples de transição demográfica e epidemiológica). O banco de dados do estudo foi modelado no DisMod-Mr, o qual usa dados de pelo menos três variáveis para estabelecer outra variável. Foram incluídos 68 artigos. Dentro de cada especificação de variável 47 artigos traziam dados sobre prevalência, 13 de incidência e 8 de mortalidade. Os resultados indicaram uma redução significativa da carga global de perda severa de dentes entre 1990 e 2010. As diferenças sexuais entre incidência e prevalência diminuíram no período estudado, não sendo dependentes deste fator, mas sim da idade, tendo aumento exponencial dessas medidas em torno dos 60 anos. Sobre o Brasil, a taxa de prevalência teve valor acima da média mundial e a taxa de incidência de nenhum país ficou acima da média. A maioria de estudos relatou estimativas de perdas dentárias totais, portanto, as estimativas para perda dentária severa e total são praticamente as mesmas.

Prosbt et al. (2016) realizaram um estudo transversal analítico com o objetivo de conhecer os fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda de dentes e às expectativas quanto à nova prótese. Cento e dezenove indivíduos edêntulos totais com idade entre 29 e 87 anos foram incluídos para confecção de prótese em uma clínica-escola. Entre as causas de perda dentária mais frequentes foram identificadas medo de submeter-se ao tratamento e a dificuldades de acesso ($OR=2,57$). Os pacientes mais jovens

(OR=3,33) e do sexo feminino (OR=3,89) foram aqueles que demonstraram expectativas mais relativas em relação à prótese que estava sendo confeccionada. Mulheres e pessoas mais jovens manifestaram mais raiva ou tristeza pela perda dentária e apresentaram maiores expectativas estéticas e de socialização em relação à nova prótese se comparado aos homens e indivíduos mais velhos.

Amagai et al. (2017) realizaram um ensaio clínico randomizado duplo cego para esclarecer o efeito da combinação de tratamento de prótese total e aconselhamento dietético simples sobre a ingestão alimentar e qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre indivíduos edêntulos. Foram avaliados 79 indivíduos, dos quais 70 compuseram a amostra inicial e 62, a amostra final. Como critérios de inclusão, o participante deveria ser edêntulo, capaz de ir ao hospital sem ajuda, buscar a substituição das próteses por problemas dentários e entender japonês escrito e falado. Como critérios de exclusão foram considerados: receber aconselhamento nutricional profissional, viver em instituições, ter passado por um quadro de doença infecciosa, distúrbio psiquiátrico ou ter diagnóstico de demência. A randomização foi realizada em envelopes lacrados e os participantes foram alocados aleatoriamente em dois grupos, sendo um grupo de intervenção que recebeu panfleto educativo com conselhos dietéticos e um grupo controle que recebeu conselhos relativos aos cuidados e a manutenção do aparelho protético. O cegamento dos coordenadores que realizaram a alocação e avaliação dos resultados não foi passível de realização. Todos os participantes receberam um novo par de próteses totais convencionais. A medida de avaliação em relação a ingestão alimentar foi medida por meio de um questionário de histórico alimentar auto administrado do tipo breve (BDHQ), e a qualidade de vida em relação a saúde oral foi medida a partir da versão Japonesa do questionário OHIP-EDENT. As avaliações foram realizadas no início do estudo e 3 meses após o último ajuste fisiológico das próteses. As comparações entre os grupos de variáveis

sociodemográficas foram feitas usando teste-t para amostras independentes. As comparações entre os grupos de ingestão alimentar, pontuação total e pontuação de cada subescala do OHIP-EDENT-J na avaliação inicial e de 3 meses foram realizadas usando o teste de Mann-Whitney. Mudanças intragrupos nas pontuações totais e cada pontuação de subescala do OHIP-EDENT-J foram avaliadas usando o teste de Wilcoxon. No início do estudo, não havia diferença significância na ingestão de grupos alimentares entre os dois grupos. Na avaliação de três meses, o grupo de intervenção dietética relatou maior ingestão de frango, peixes, cenouras e abóboras em relação ao grupo controle, e embora este também tenha acompanhado o aumento de escala na ingestão de alguns alimentos, pode-se concluir que o aconselhamento dietético por meio de panfletos pode ser positivo na prática clínica. Em relação ao questionário OHIP-EDENT, não houve diferenças significantes nas pontuações entre os grupos, porém entre a avaliação inicial e a de 3 meses depois, houve melhorias nas pontuações totais em ambos os grupos, podendo ser resultado do novo aparelho protético.

Geerts (2017), por meio de um ensaio crossover aleatorizado, realizado na Universidade do Cabo Ocidental, comparou o impacto de próteses totais convencionais mandibulares com adequação da zona neutra em comparação com próteses inadequadas quanto a este aspecto, sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). Ainda, foram realizadas associações entre a QVRSB e idade, sexo, período de edentulismo, qualidade do tecido de assentamento da prótese, entre outros. Foram incluídos 35 participantes edêntulos, com idade entre 40-85 anos, com experiência prévia com próteses totais convencionais, capacidade de ler, entender e responder o questionário aplicado e capacidade de participar de 9 a 10 visitas. Os critérios de exclusão foram sintomas de disfunção temporomandibular, patologia oral que requeria intervenção prévia ao tratamento reabilitador, parafunção, xerostomia grave, distúrbios orofaciais motores,

manifestações orais graves de doença sistêmica, condições psicológicas ou psiquiátricas que pudessem influenciar a resposta ao tratamento e pacientes que queriam implantes dentários. Cada paciente recebeu tanto a prótese total que respeitou a zona neutra como a que não respeitou, e cada conjunto foi usado pelo menos 8 semanas após a última sessão de ajuste. Um sorteio aleatório foi realizado para decidir quem receberia cada tipo de prótese primeiro. O questionário OHIP-20 foi aplicado antes do tratamento e para cada novo conjunto usado após o tempo determinado de uso (8 semanas). Ao final, cada paciente tinha que expressar a preferência por um dos dois tipos de tratamento, ou nenhum deles. A idade média dos participantes foi de 62,3 anos, o período médio de edentulismo foi de 30,9 anos e 14 participantes eram homens e 21 eram mulheres. Houve correlação positiva significativa entre as alterações na qualidade de vida relacionada à saúde bucal para ambos os tipos de aparelhos protéticos. Porém, quando comparados os dois métodos de confecção, não foi encontrado resultados estatisticamente superiores entre eles, sugerindo que o respeito da zona neutra não tem influência na qualidade de vida relacionada à saúde oral. As variáveis relacionadas aos pacientes não impactaram significativamente nos escores do OHIP-20.

Da Silva et al. (2020) realizaram uma revisão de literatura por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por meio das bases de dados MEDLINE, LILACS, IBECS, BDENF e CINAHL, utilizando-se dos descritores Adolescente, Tecnologia Educacional e Educação em Saúde na literatura científica. Trinta e quatro estudos foram incluídos com bons níveis de evidência científica e com aplicações de diferentes tecnologias educacionais como tipo virtual e impresso, como site, website, cybertutor, bate papo, webnovela, plataformas digitais, programas de ensino, jogos, dramatizações, flipcharts, vídeos, histórias em quadrinhos, fotonovela e livro informativo. Os resultados indicaram a aplicação de tecnologias educacionais

validadas e/ou aplicadas de forma eficaz com ênfase na educação em saúde de adolescentes contribuindo para o incremento das práticas de promoção da saúde direcionadas a adolescentes.

Lee et al. (2020) investigaram os efeitos de um programa de educação em saúde bucal com a participação de indivíduos com 65 anos ou mais. Um projeto pré-pós quase-experimental foi usado para verificar a eficácia de um programa de educação em saúde bucal usando uma apostila. Educação em saúde oral foi fornecida uma vez por semana, durante 5 semanas, de maio a junho de 2019. Os indivíduos foram divididos em 2 grupos, sendo que grupo 1 só recebia palestras sobre educação em saúde bucal e o grupo 2 recebia a palestra e revisava o conteúdo usando a apostila imediatamente após. O teste qui-quadrado, o teste exato de Fisher e uma análise de variância unilateral (ANOVA) foram empregados para comparar diferenças entre os grupos; um teste t pareado também foi realizado para identificar as mudanças antes e depois do programa. Os resultados indicaram que o grupo 1 apresentou um aumento significativo de 3,52 no conhecimento da saúde bucal e 3,47 em reconhecimento de saúde bucal, exibindo uma diminuição significativa de 0,21 no índice de O'Leary e 0,69 no índice de saburra lingual. O grupo 2 apresentou um aumento significativo de 4,48 no conhecimento em saúde bucal e 3,97 no reconhecimento de saúde bucal e uma diminuição significativa de 0,32 no índice de O'Leary e 2,10 no índice de saburra lingual. O programa de educação em saúde bucal usando método verbal (palestra) associado a um material escrito (apostila) aumentou conhecimento e reconhecimento da saúde bucal e baixou os índices O'Leary e saburra. Portanto, o uso da associação de métodos pode melhorar a eficácia da oralidade de educação em saúde para pessoas idosas.

Mitri et al. (2020) realizaram um estudo transversal para investigar a associação entre fatores sociodemográficos, características relacionadas à saúde, estado funcional e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) entre uma amostra representativa de idosos libaneses. A amostra incluiu 905 moradores da comunidade selecionados aleatoriamente com 65 anos ou mais que vivem na Grande Beirute. A entrevista aplicou um abrangente questionário de múltiplos componentes incluindo fatores sociodemográficos, características de saúde, comportamentos alimentares e funcionais, administrado por entrevistadores treinados. OHRQoL foi avaliada por meio do Questionário de índice de avaliação de saúde oral geriátrica (GOHAI). Os resultados indicaram que 51,6% dos participantes relataram OHRQoL ruim e que variáveis como a falta de seguro saúde, percepção negativa de saúde geral, monotonia da dieta, uso de dentadura e depressão foram significativamente correlacionadas com baixo OHRQoL entre idosos libaneses residentes na comunidade.

Objetivos

Objetivo geral:

Levantamento do perfil de indivíduos desdentados totais atendidos na clínica de Prótese total da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto e do impacto do edentulismo e da reabilitação com próteses convencionais na qualidade de vida dos indivíduos. Ainda, foi elaborado material educativo tendo como público-alvo os indivíduos com o perfil dos participantes da pesquisa.

Objetivos específicos:

1. Levantar, por meio de prontuários e entrevista telefônica, o perfil epidemiológico e fatores relacionados ao edentulismo e a reabilitação com próteses totais de indivíduos

desdentados totais atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP) nos anos de 2015 a 2019.

2. Levantar, por meio de entrevista presencial, o perfil de indivíduos desdentados totais atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP) ao longo do segundo semestre de 2021 e avaliar o impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida desses indivíduos.
3. Elaborar material educativo para usuários de próteses totais com instrução de higiene das próteses e boca e quanto ao não uso do aparelho ao dormir.

Metodologia

Este estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, foi realizado na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), a qual corresponde a um dos centros de referência do município de Ribeirão Preto (interior do estado de São Paulo) para o atendimento de indivíduos usuários do Sistema Único de Saúde para reabilitação com próteses totais convencionais.

O estudo foi composto por três partes:

Parte 1 – Levantamento do perfil epidemiológico, avaliação da saúde geral e características clínicas orais de indivíduos desdentados totais

Foram levantados os dados de prontuários dos indivíduos atendidos no período de 2015-2019, contemplando 402 prontuários. Desses, foram incluídos os que apresentaram as informações desejadas de pacientes desdentados totais maiores de 18 anos, independente do sexo. Um formulário (Formulário 1) com informações como idade, sexo, estado civil, história médica e características clínicas foi preenchido a partir da Ficha de Anamnese e Exame Clínico de cada paciente.

Parte 2 – Levantamento de informações sobre o estado edêntulo e a reabilitação com próteses totais

Todos os pacientes que tiveram os prontuários levantados na parte 1 do estudo, foram contatados com o objetivo de convidá-los a participar de uma entrevista por meio telefônico. O formulário utilizado (Formulário 2) conta com perguntas do formulário 1, na tentativa de evitar lacunas existentes nas informações dos prontuários e visando atualização da saúde geral. Além disso, algumas questões sobre o processo da perda dentária, a reabilitação com próteses totais, higiene bucal e das próteses, satisfação com a prótese recebida na instituição, escolaridade e situação laboral fazem parte do formulário proposto.

Parte 3 – Avaliação do perfil de indivíduos desdentados totais atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP) ao longo do segundo semestre de 2021 e do impacto do edentulismo e da reabilitação protética na qualidade de vida desses indivíduos.

Foram avaliados, por meio de entrevista presencial, 38 indivíduos desdentados totais, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, usuários de prótese total, em atendimento na FORP -USP no ano de 2021. Não foram incluídos indivíduos reabilitados com implantes, não usuários de prótese total e/ou indivíduos com dificuldades cognitivas.

Os participantes foram entrevistados visando a coleta de informações contidas no Formulário 1 e 2. Algumas questões foram adicionadas sobre o processo da perda dentária e a reabilitação protética (Formulário 3; adaptado de Probst et al., 2016). Além desse, um formulário de características clínicas foi aplicado (Formulário 4).

Para avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal, empregou-se a versão brasileira do questionário Oral Health Impact Profile, o OHIP-EDET, validado por

Souza et al. (2007) cujo público-alvo são pacientes desdentados totais. Este questionário é composto por 19 questões, todas tipo teste e autoaplicável, agrupadas em 4 domínios: D1- Queixas relacionadas a mastigação (relacionados a aspectos subjetivos da mastigação); D2- Desconforto e incapacidade psicológica (envolve preocupações e emoções relacionadas a saúde oral); D3- Incapacidade social (consequências sociais associadas à saúde bucal); e D4- Dor e desconforto Bucal/Orofacial (grau de dor nos tecidos orais, de adaptação das próteses e conforto) (Souza et al, 2010). Para cada pergunta, três modalidades de respostas foram possíveis: Nunca, Às Vezes, Quase Sempre; a elas foi atribuído o escore “0”, “1”, e “2”, respectivamente. Assim, os escores 0 e 1 foram considerados favoráveis para a qualidade de vida e 2 como desfavorável.

Elaboração de Material Educativo

Como uma forma de extensão deste trabalho para a sociedade, visando promoção de saúde, elaborou-se um formulário interativo do Google. O público-alvo são usuários de próteses totais, e tem como finalidade instruir os pacientes quanto a correta higienização da prótese e da boca e o não uso da prótese ao dormir. O formulário conta com texto explicativo e vídeo sobre o tema e permite ao público-alvo realizar auto avaliação sobre o conteúdo.

Análise dos dados

Os dados coletados referentes ao perfil epidemiológico, características clínicas, processo da perda dentária e uso de próteses totais dos participantes foram analisados e apresentados de forma descritiva.

O impacto do uso de prótese total superior ou bimaxilar sobre os domínios do questionário de qualidade de vida OHIP-EDENT foi analisado por meio do Teste de

Wilcoxon. Além desta análise, foi realizada a correlação dos domínios de cada grupo entre si e dos domínios com algumas das questões aplicadas pelo questionário de Probst, por entender que estas são importantes no que diz respeito a qualidade de vida. As questões selecionadas foram Q7 (impacto da perda dental na vida), Q8 (sentimento ao perder os dentes), Q9 (foi difícil aceitar a perda dos dentes), Q10 (conseguiu aceitar a perda), Q16 (papel da reabilitação com próteses totais), Q23 (dificuldade para mastigar). A análise foi realizada com o auxílio do teste de correlação de Pearson, considerando o valor de p:

- 0.9 positivo ou negativo indica uma correlação muito forte.
- 0.7 a 0.9 positivo ou negativo indica uma correlação forte.
- 0.5 a 0.7 positivo ou negativo indica uma correlação moderada.
- 0.3 a 0.5 positivo ou negativo indica uma correlação fraca.
- 0 a 0.3 positivo ou negativo indica uma correlação desprezível.

As análises foram conduzidas com auxílio do software estatístico SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), com nível de significância de 0,05.

Formulário 1 – Dados demográficos, de saúde geral e saúde bucal.

Nome: _____ RG: _____

- 1) Idade: _____ 2) Sexo: Feminino Masculino
- 3) Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viuwo Outro _____
- 4) Está sob tratamento médico: Sim Não
- 5) Faz uso de medicamento: Sim Não
- 6) Quantos medicamentos? 1-3 4-7 8-10 + 10 medicamentos
- 7) “Condição de Saúde/ Doenças” Osteoporose
 Hipertensão Diabetes Problemas Cardiovasculares
 Febre Reumática Problemas Renais Problemas Gástricos
 Hepatites Dores Articulares Manchas Brancas Orais
- 8) Queixa principal do paciente relacionada com:

| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estética | <input type="checkbox"/> Função | <input type="checkbox"/> Volume | <input type="checkbox"/> Outros |
| <hr/> | | | |
| 9) Cor Pele: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela | | | |
| 10) Forma Rosto: <input type="checkbox"/> Triangular <input type="checkbox"/> Quadrada <input type="checkbox"/> Ovóide | | | |
| 11) Perfil: <input type="checkbox"/> Reto <input type="checkbox"/> Côncavo <input type="checkbox"/> Convexo | | | |
| 12) Altura do Rebordo Maxilar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alto ou Volumoso <input type="checkbox"/> Baixo ou Reabsorvido | | | |
| 13) Altura do Rebordo Mandibular: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alto ou Volumoso <input type="checkbox"/> Baixo ou Reabsorvido | | | |
| 14) Quantidade de Saliva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Excessiva <input type="checkbox"/> Deficiente | | | |
| 15) Qualidade da Saliva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fluída <input type="checkbox"/> Viscosa | | | |
| 16) Presença de Tórus: <input type="checkbox"/> Maxilar <input type="checkbox"/> Mandibular | | | |

Formulário 2 – Dados epidemiológicos, de saúde geral, estado edêntulo, reabilitação com próteses totais, higiene bucal. Utilizado em entrevista telefônica.

| | | |
|---|--|---|
| Nome: _____ | RG: _____ | |
| 1) Idade: _____ | | |
| 2) Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuwo <input type="checkbox"/> Outro _____ | | |
| 3) Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo | | |
| 4) Situação Laboral: <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Desempregado | | |
| 5) Rendimento mensal médio em Salários Mínimos (1.100) <input type="checkbox"/> Menos de 1 ($x > 1.100$) <input type="checkbox"/> De 1 – 2 ($1.100 > x < 2.200$) <input type="checkbox"/> De 2 – 3 ($2.200 > x < 3.300$) <input type="checkbox"/> +3 ($3.300 < x$) | | |
| 6) Quantas pessoas dependem desta renda: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ | | |
| 7) Com quem mora: <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Cônjugue <input type="checkbox"/> Netos <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |
| 9) Está sob tratamento médico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| 10) Faz uso de medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| 11) Quantos medicamentos? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/> + 10 medicamentos | | |
| 12) “Condição de Saúde/ Doenças ” | | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiovasculares |
| <input type="checkbox"/> Febre Reumática | <input type="checkbox"/> Problemas Renais | <input type="checkbox"/> Problemas Gástricos |
| <input type="checkbox"/> Hepatites | <input type="checkbox"/> Dores Articulares | <input type="checkbox"/> Manchas Brancas Orais |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| 13) Já teve alguma complicaçāo durante o tratamento Odontológico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| 14) Tempo que não tem mais os dentes naturais: _____ | | |
| 15) Tempo de uso prévio de próteses totais: _____ | | |
| 16) Tempo que ficou Edêntulo até primeira prótese: _____ | | |
| 17) Quantas próteses já usou? _____ | | |
| 18) Quanto tempo de uso tem suas próteses atuais? _____ | | |
| 19) Como ocorreu a perda dos dentes? <input type="checkbox"/> Uma única vez <input type="checkbox"/> Parcialmente | | |

20) Qual foi o sentimento ao saber que perderia os dentes:
 Tristeza Raiva Alívio Indiferença

21) Foi difícil aceitar a perda dos dentes? Sim Não

22) Conseguiu aceitar a perda dentária? Sim Não

23) Tempo que levou para aceitar a perda dentária:
 <6 meses ≥6 meses Não aceitou

24) Estava preparado para as consequências do edentulismo? Sim Não

25) Você recebeu orientação como seria ficar desdentado? Sim Não

26) Você recebeu alguma ajuda para enfrentar o processo de perda dos dentes?
 Sim Não

26.1) Se sim, de quem? _____

26.2) Se não, receber uma ajuda teria sido importante? Sim Não

26.2.1) Se sim, qual tipo de ajuda teria feito diferença?
 Orientações do cirurgião-dentista Experiência de outro paciente Outros

27) Qual foi o papel da Reabilitação com Prótese total na sua vida?
 Resolveu meus problemas Resolveu parcialmente Não resolveu Causou mais problemas

28) Você ainda utiliza a mesma prótese feita na faculdade? Sim Não

29) Você está satisfeita com a prótese? Sim Parcialmente Não

30) Houve alguma complicaçāo com a prótese? Sim Não

30.1) Se sim, como foi o atendimento na pandemia?
 Bom Regular Ruim Não consegui atendimento Não foi na pandemia

31) Depois de receber alta pelo tratamento da faculdade, você foi em algum outro dentista?
 Sim Não

31.1) Se sim, Rede Particular Rede Pública

32) Qual foi em média, o tempo de espera até ser chamado para o início do atendimento na faculdade?
 Até 6 meses Entre 6 meses e 1 ano 1-2 anos 2-3 anos 3+ anos

33) Você foi atendido quantas vezes na faculdade 1 vez 2 vezes 3+ vezes

34) Você chegou a receber orientações sobre saúde e higiene oral durante a infância e a juventude? Sim Não

35) Você chegou a receber orientações sobre saúde e higiene oral antes da perda dos dentes?
 Sim Não

36) Você possui alguma limitação na mobilidade das mãos que julga atrapalhar a higienização das próteses? Sim Não

37) Faz o hábito de uso noturno da prótese? Sim Não

38) Quantas vezes por dia em média, você higieniza sua prótese??
 Nenhuma 1 2 3

39) E qual método você utiliza? _____

40) Quantas vezes por dia em média, você higieniza a cavidade oral??
 Nenhuma 1 2 3

41) Quanto ao tabagismo, você se encaixa como? Não fumante
 Fumante diário Fumante não diário Ex-fumante

42) Quanto ao uso de álcool? Não bebe Bebe diariamente Bebe não diariamente
 Ex-etalista

43) Você possui dificuldade em mastigar certos alimentos Sim Não
Se sim, dos quais podem ser citados
 Carne Bovina Carne de Frango Carne Peixe Verduras cruas Legumes Crus
 Frutas

Formulário 3 – Informações referentes ao estado edêntulo e a reabilitação protética.

Nome: _____ RG: _____

1) Causa da perda dentária:

2) Como ocorreu a perda dos dentes? Todos em uma única vez Parcialmente

3) Com quantos anos ocorreu a perda do primeiro dente ou de todos os dentes? _____

4) Tempo que ficou Edêntulo até primeira prótese: _____

5) Quantas próteses já usou? _____

6) Quanto tempo usou uma mesma prótese? _____

7) Qual foi o impacto da perda dental na sua vida?

8) Qual foi o sentimento ao saber que perderia os dentes:

Tristeza Raiva Alívio Indiferença

9) Foi difícil aceitar a perda dos dentes? Sim Não10) Conseguiu aceitar a perda dentária? Sim Não11) Tempo que levou para aceitar a perda dentária: <6 meses ≥6 meses Não aceitou12) Estava preparado para as consequências do edentulismo? Sim Não13) Você recebeu orientação como seria ficar desdentado? Sim Não

Se sim, de quem? _____

14) Você recebeu alguma ajuda para enfrentar o processo de perda dos dentes? Sim Não

Se sim, de quem? _____

Se não, receber uma ajuda teria sido importante? Sim Não

15) Qual tipo de ajuda teria feito diferença?

Orientações do cirurgião-dentista Experiência de outro paciente Nenhuma ajuda

16) Qual foi o papel da Reabilitação com Prótese total na sua vida?

Resolveu meus problemas Resolveu parcialmente Não resolveu Causou mais problemas

17) Quais são seus conhecimentos sobre os tipos de reabilitação possíveis para um paciente totalmente desdentado?

| Formulário 4 - Características clínicas dos pacientes atendidos presencialmente em 2021 | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Forma do Rosto | <input type="checkbox"/> Triangular | <input type="checkbox"/> Quadrada | <input type="checkbox"/> Ovóide | |
| Perfil | <input type="checkbox"/> Reto | <input type="checkbox"/> Convexo | <input type="checkbox"/> Côncavo | |
| Lábios | <input type="checkbox"/> Grossos ativos | <input type="checkbox"/> Médios inativos | <input type="checkbox"/> Finos | |
| Linha mediana | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Desviada | | |
| Forma da Maxila | <input type="checkbox"/> Triangular | <input type="checkbox"/> Quadrado | <input type="checkbox"/> Ovóide | |
| Forma da Mandíbula | <input type="checkbox"/> Triangular | <input type="checkbox"/> Quadrado | <input type="checkbox"/> Ovóide | |
| Tamanho da Maxila | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> Pequeno | |
| Tamanho da Mandíbula | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> Pequeno | |
| Forma do Rebordo Maxilar | <input type="checkbox"/> Afilado (em V) | <input type="checkbox"/> Vertentes paralelas (em U) | <input type="checkbox"/> Retentivo (estrangulado) | |
| Forma do Rebordo Mandibular | <input type="checkbox"/> Afilado (em V) | <input type="checkbox"/> Vertentes paralelas (em U) | <input type="checkbox"/> Retentivo (estrangulado) | |
| Altura Rebordo Maxilar | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alto ou Volumoso | <input type="checkbox"/> Baixo ou reabsorvido | |
| Altura Rebordo Mandibular | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alto ou Volumoso | <input type="checkbox"/> Baixo ou reabsorvido | |
| Reabsorção Maxilar | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Severa | |
| Reabsorção Mandibular | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Severa | |
| Espessura Mucosa Maxilar | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Espessa | <input type="checkbox"/> Flácida | |
| Espessura Mucosa Mandibular | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Espessa | <input type="checkbox"/> Flácida | |
| Cor Mucosa Maxilar | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterada | | |
| Cor Mucosa Mandibular | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterada | | |
| Superfície do Rebordo Maxilar | <input type="checkbox"/> Liso | <input type="checkbox"/> Ondulado | <input type="checkbox"/> Irregular | |

| | | | |
|--|-------------|------------------------|-------------------------|
| Superfície do Rebordo Mandibular | Liso | Ondulado | Irregular |
| Consistência do Rebordo Maxilar | Flácido | Regular ou Consistente | |
| Consistência do Rebordo Mandibular | Flácido | Regular ou Consistente | |
| Localização de Inserções Musculares Maxilar | Próximas | Distantes | |
| Localização de Inserções Musculares Mandibular | Próximas | Distantes | |
| Tonicidade de Inserções Musculares Maxilar | Normal | Anormal | |
| Tonicidade de Inserções Musculares Mandibular | Normal | Anormal | |
| Forma do Palato | Liso (Reto) | Em U (arredondado) | Em V (respirador bucal) |
| Tuberossidade | Grande | Média | Pequena |
| Relações Intermaxilares | Classe I | Classe II | Classe III |
| Quantidade de Saliva | Normal | Excessiva | Deficiente |
| Qualidade da Saliva | Normal | Fluida | Viscosa |
| Integridade Língua | Sim | Não | |
| Mobilidade Língua | Normal | Reduzida | |
| Tamanho Língua | Grande | Média | Pequena |
| Posição Língua | Normal | Retruída | |
| Linha Milohióidea | Normal | Afilada | |
| Região Travamento Posterior | Normal | Larga | Estreita |
| Profundidade do Palato | Raso | Média | Profundo |
| Sente Dores Faciais | Sim | Não | |
| Ruídos do Côndilo | Sim | Não | |
| Desvios Mandibulares | Sim | Não | |
| Limitação de Movimentos | Sim | Não | |

Questionário OHIP-EDENT

O questionário abaixo pretende conhecer melhor como o(a) Sr(a) percebe sua própria saúde bucal e como ela tem repercutido em sua qualidade de vida. Respostas espontâneas e rápidas são as melhores, e não se sinta receoso(a) pois não existem alternativas certas ou erradas.

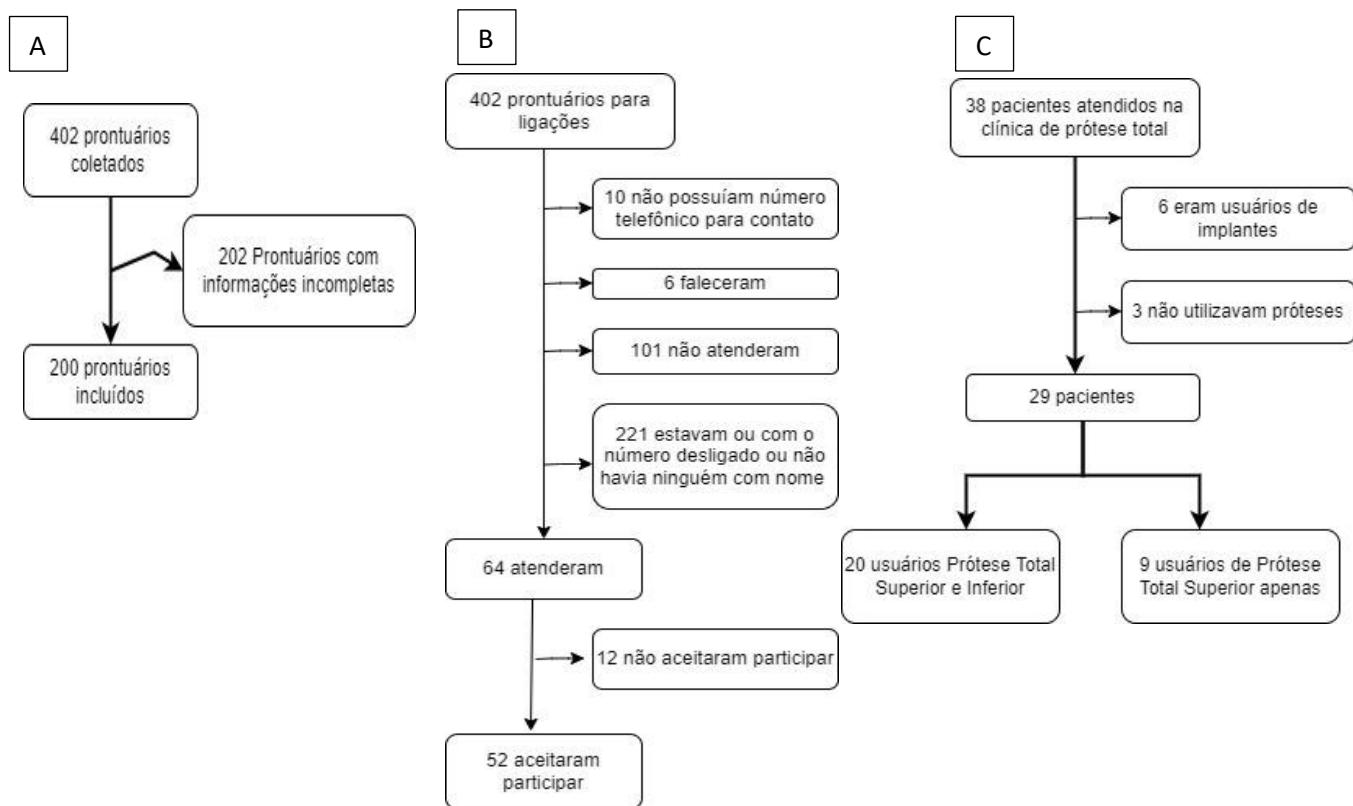
| | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| Q1- Você sentiu dificuldade para mastigar algum alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q2- Você sentiu desconforto ao comer devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q3- Você teve que evitar comer alguma coisa devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q4- Você se sentiu impossibilitado (a) de comer com suas dentaduras devido a problemas com elas? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q5- Você se sentiu preocupado (a) devido a problemas dentários? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q6- Você se sentiu constrangido por causa de seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q7- Você teve que interromper suas refeições devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q8- Você se sentiu perturbado (a) com problemas em seus dentes, boca ou dentaduras? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q9- Você esteve em alguma situação embaraçosa devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q10- Você evitou sair de casa devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q11- Você foi menos tolerante com seu cônjuge ou família devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q12- Você esteve um pouco irritado (a) com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |

| | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Q13- Você foi incapaz de aproveitar totalmente a companhia de outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q14- Você sentiu que a vida em geral foi menos satisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras ? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q15- Você percebeu que seus dentes ou dentaduras retinham alimento? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q16 - Você sentiu que seus dentes ou dentaduras não estavam corretamente assentadas? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q17- Você sentiu sua boca dolorida? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q18- Você teve pontos doloridos na boca? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |
| Q19- Você sentiu que suas dentaduras estavam desconfortáveis? | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Às Vezes | <input type="radio"/> Quase sempre |

Resultados

Após avaliação de 402 prontuários, 202 foram excluídos por não ser possível o levantamento de todas as informações necessárias e para evitar assim, a impossibilidade de análise. Em relação as ligações, foram utilizados os números presentes na ficha de cadastro do paciente. Dos 402 prontuários, 10 não possuíam nenhum número para contato, 6 faleceram (segundo familiares), 101 não atenderam e 221 pacientes não foram contatados porque a ligação não completava, ou a linha telefônica estava desligada ou a mesma pertencia a outra pessoa. Assim, 64 pacientes foram contatados, dos quais 52 aceitaram responder a entrevista e 12 não aceitaram participar. Durante o segundo semestre de 2021, 38 indivíduos foram atendidos presencialmente na disciplina de prótese total, dos quais 9 foram excluídos pelo uso de implantes ou por não utilizarem prótese, totalizando uma amostra de 29 indivíduos, sendo 20 usuários de prótese total superior e inferior e 9 usuários de prótese total superior. A figura 1 apresenta o fluxograma do estudo.

Figura 1 – Fluxogramas contendo as etapas para inclusão e exclusão de participantes para obtenção da amostra final e coleta de dados: A – Prontuários; B – entrevista por telefone; C- entrevista presencial.



Ao final, foram incluídos 251 participantes para análise do perfil epidemiológico, dos quais, 29 foram analisados quanto à qualidade de vida. Os dados sociodemográficos e de características clínicas estão apresentados na tabela 1.

Com relação a idade, 67% dos participantes apresentaram entre 51 e 70 anos, 27% entre 71 anos ou mais e 6%, menos de 50 anos. As mulheres representaram 67% da amostra e homens, 33%. Com relação ao estado civil, 47% eram casados, 20% solteiros, 16% divorciados, 15% viúvos e 2% relataram outro estado civil, como exemplo, amasiado.

A maioria da amostra (75%) relataram estar sobre tratamento médico, contra 22% que não faziam nenhum tratamento; 79% fazem uso de medicamento diário, sendo que 42% usavam até 3 medicamentos por dia, 30% até 7 medicamentos, 6% até 10 e 3% dos entrevistados usavam mais de 10 medicamentos ao dia. Apenas 19% não faziam uso de nenhum medicamento. Entre as condições sistêmicas mais prevalentes na amostra, 52% possuíam hipertensão, 24% diabetes, 24% problemas cardiovasculares, 22% problemas gástricos, 14% problemas articulares e 8% osteoporose, estando na maioria das vezes associadas.

A queixa principal do paciente é coletada no início de todos os tratamentos e frente a esta questão, 46% tinham sua queixa frente a função, 39% com a estética, 2% em relação ao volume da prótese e 13% com outras questões. Sobre características clínicas, 64% eram brancos, 22% pardos e 14% negros. O formato do rosto ovoíde foi encontrado em 57% dos participantes, seguido do quadrado em 29% e triangular em 14%. O perfil reto foi o mais prevalente (53%), seguido do côncavo (32%) e convexo (15%). A maioria dos pacientes (75%) possuíam o rebordo maxilar com altura normal e apenas 17% baixo ou reabsorvido. O inverso ocorre na altura do rebordo mandibular, onde 76% eram baixo ou reabsorvido e 23% eram normais. Grande parte dos pacientes relataram ter uma quantidade de saliva normal (85%) e qualidade normal (83%). Apenas 1 paciente apresentou tórus mandibular e maxilar, 3 só maxilar e 9 só mandibular.

Além do levantamento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nos últimos 6 anos na instituição, para aqueles que concordaram em participar da entrevista telefônica, foram incluídas perguntas sobre o tratamento protético recebido. Dessa forma pode-se verificar que 73% dos participantes ainda utilizavam a prótese confeccionada pela faculdade e 27% não. Em relação a satisfação dos que ainda faziam uso, 66% relataram estar satisfeitos e 34% parcialmente satisfeitos. Entre as principais queixas quanto a não

satisfação, apenas um paciente relatou dificuldades com a prótese superior, todos os demais relatam dificuldade ao uso da prótese inferior; 23% relataram passar por complicações com a prótese e nenhuma destas complicações aconteceu durante o período da pandemia. Quando questionados sobre acompanhamento odontológico, apenas 17% dos pacientes relataram ter procurado por atendimento após alta na faculdade, sendo a rede particular o serviço de escolha da maioria destes. Dois pacientes relataram nunca terem conseguido utilizar próteses totais, inclusive a confeccionada pela faculdade. Todos os pacientes, ao final da entrevista, foram orientados quanto a higiene da prótese e da cavidade oral, e quanto a importância de não dormir com a prótese. A tabela 2 sintetiza os dados descritos neste parágrafo.

Tabela 1 – Dados demográficos, de saúde geral e características clínicas dos prontuários, participantes por telefonema e coletados presencialmente (número absoluto - N e porcentagem - % de respostas).

| | | N | % | | N | % | Total | Vazio |
|--|----------------------------|-----|-----|----------------------------|-----|-----|-------|-------|
| Idade | Menos de 50 anos | 14 | 6% | 71 anos ou mais | 68 | 27% | 251 | 0 |
| | Entre 51 e 70 | 169 | 67% | | | | | |
| Sexo | Homens | 83 | 33% | Mulheres | 168 | 67% | 251 | 0 |
| Estado Civil | Solteiro | 51 | 20% | Casado | 119 | 47% | | |
| | Divorciado | 39 | 16% | Viúvo | 38 | 15% | 251 | 0 |
| | Outro | 4 | 2% | | | | | |
| Está sob tratamento médico: | Sim | 186 | 75% | Não | 55 | 22% | 248 | 3 |
| Faz uso de medicamento | Sim | 196 | 79% | Não | 45 | 18% | 248 | 3 |
| Quantos medicamentos | Nenhum | 48 | 19% | 4 a 7 + 10 medicamentos | 74 | 30% | 248 | 3 |
| | 1 a 3 | 103 | 42% | | | | | |
| | 8 a 10 | 16 | 6% | | | | | |
| Condição de Saúde Sistêmica/ Doenças | Hipertensão | 131 | 52% | Diabetes | 60 | 24% | | |
| | Problemas Cardiovasculares | 61 | 24% | Problemas Articulares | 35 | 14% | 251 | 0 |
| | Problemas Gástricos | 54 | 22% | Osteoporose | 21 | 8% | | |
| Queixa principal do paciente relacionada com | Estética | 99 | 39% | Função | 115 | 46% | 251 | 0 |
| | Volume | 4 | 2% | Outros | 33 | 13% | | |
| Cor Pele | Branca | 161 | 64% | Negra | 34 | 14% | 250 | 1 |
| | Parda | 55 | 22% | Amarela | 0 | 0% | | |
| Forma Rosto | Triangular | 35 | 14% | Ovóide | 141 | 57% | 247 | 4 |
| | Quadrada | 71 | 29% | | | | | |
| Perfil | Reto | 126 | 53% | Convexo | 35 | 15% | 237 | 14 |
| | Côncavo | 76 | 32% | | | | | |
| Altura do Rebordo Maxilar | Normal | 184 | 75% | Baixo ou Reabsorvido | 41 | 17% | 245 | 6 |
| | Alto ou Volumoso | 20 | 8% | | | | | |
| Altura do Rebordo Mandibular | Normal | 57 | 23% | Baixo ou Reabsorvido | 185 | 76% | 245 | 6 |
| | Alto ou Volumoso | 3 | 1% | | | | | |
| Quantidade de Saliva | Normal | 208 | 85% | Deficiente | 31 | 13% | 245 | 6 |
| | Excessiva | 6 | 2% | | | | | |
| Qualidade da Saliva | Normal | 198 | 83% | Viscosa | 14 | 6% | 239 | 12 |
| | Fluída | 27 | 11% | | | | | |
| Presença de Tórus | Maxilar | 3 | 1% | Mandibular | 9 | 4% | 251 | 0 |
| | Maxilar e Mandibular | 1 | 0% | | | | | |

Tabela 2 - Dados referentes ao uso da prótese levantados por meio de entrevista telefônica.

| | | N | % | | N | % | Total |
|--|-----------------|----|-----|--------------|----|-----|-------|
| Utiliza a prótese feita pela faculdade | Sim | 38 | 73% | Não | 14 | 27% | 52 |
| Está satisfeito | Sim | 25 | 66% | Não | 0 | 0% | 38 |
| | Parcialmente | 13 | 34% | | | | |
| Teve complicaçāo com a prótese | Sim | 12 | 23% | Não | 40 | 77% | 52 |
| Depois da alta, foi em outro dentista? | Sim | 9 | 17% | Não | 43 | 83% | 52 |
| Se sim, qual tipo de serviço | Rede Particular | 6 | 67% | Rede Pública | 3 | 33% | 9 |

Tanto os pacientes abordados por meio telefônico quanto por meio presencial responderam os questionários de dados sociodemográficos com complementações das informações encontradas nos prontuários, dentre elas estilo de vida e higiene oral, bem como o formulário adaptado de Probst. Para algumas perguntas, porém, não se conseguiu chegar ao número de respostas proposto, sendo exemplificado na tabela o N final. Os cálculos das porcentagens foram realizados com base no N específico de cada questão. Estas informações constam na tabela 3.

Quanto às questões sociodemográficas, no que diz respeito a escolaridade, 51% dos indivíduos não terminaram o primeiro grau e 18% eram analfabetos. Apenas 14% concluíram o segundo grau e nenhum dos entrevistados possuía ensino superior completo; 69% eram aposentados, 13% são do lar, 12% relataram ter trabalho fixo e 6% encontravam-se desempregados; 96% dos pacientes recebem de 1-3 salários mínimos, sendo que desses, a maioria recebia um salário apenas. 29% viviam com a renda total, 42% dividiam a renda com mais uma pessoa, 13% com mais duas, 8% com mais três e, outros 8% relataram que quatro pessoas ou mais eram dependentes da renda; 4% dos entrevistados relataram que não possuíam nenhuma fonte de renda. No tocante a moradia,

70% moravam com a família, 19% sozinho e 10% moravam com outros adultos, sem possuir laços familiares.

No que concerne ao formulário adaptado de Probst, sobre a causa da perda dentária, entre os entrevistados presencialmente, 48% tiveram seus dentes extraídos por cárie ou doença periodontal sendo frequentemente consequência de falta de instrução e higiene oral, 17% por dor, sem causa especificada, visto que sempre que sentiam algum desconforto optavam pela extração, 14% tiveram os dentes perdidos por acidentes de trabalho e trânsito, e outros 10% devido ao desenvolvimento de câncer oral, necessidade de tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço e osteoporose. Embora nas entrevistas presenciais apenas 7% relataram ter perdido os dentes por falta de acesso ao tratamento (custo elevado), alguns entrevistados por ligação, de espontânea vontade, relataram como causa, dificuldade de acesso ao tratamento por morarem na zona rural durante longo período da vida. Ainda neste tópico, uma paciente relatou que a motivação para a perda de seus dentes foi violência doméstica, pois em uma das agressões, ao tentar se proteger, mordeu o braço de seu ex-marido e o mesmo, como vingança, encontrou um cirurgião-dentista que extraiu todos os seus dentes apesar de estarem em ótimas condições.

Quanto a extração, 12% tornaram-se totalmente edêntulos em uma única sessão, enquanto 88% foram perdendo seus dentes ao longo da vida. No que se refere a idade em que se tornaram edêntulos, 43% tinham menos de 30 anos, 32% entre 30 e 44 anos e 25% 45 anos ou mais. Quando questionados sobre o tempo de espera entre a extração dental, busca por tratamento e uso de próteses totais, 19% fizeram uso de prótese imediata, 53% receberam o tratamento reabilitador em menos de um ano (aguardaram “muchar a gengiva”), 21% levaram um ano ou mais para buscar pelo tratamento e 2 pacientes embora tenham ido atrás de tratamento, nunca conseguiram fazer o uso de próteses totais.

Quanto ao tempo de uso de prótese total, 29% faziam uso por até 20 anos, 25% entre 31-40 anos, 23% a 41 anos ou mais e 18% 21-30 anos. Após o edentulismo, 84% dos pacientes chegaram a utilizar até 3 pares de prótese, 11% utilizaram até 6 pares e 2% utilizaram 7 pares ou mais. Sobre a idade das próteses que faziam uso ao chegar para o tratamento na FORP, 32% as utilizavam por até 10 anos, 26% entre 11-20 anos, 17% entre 21-30 anos, 12% entre 31-40 anos e 2% relataram utilizar por 41 anos ou mais.

A perda dos dentes impactou negativamente a vida de 66% dos pacientes entrevistados presencialmente, com a justificativa baseada na dificuldade ou impossibilidade de comer certos alimentos, resultando em perda de peso; baixa autoestima e vergonha, que resultaram em grandes problemas de sociabilização visto que os pacientes pararam de frequentar ou não se sentiam confortáveis em bailes, restaurantes, no trabalho e até mesmo dentro de casa. Segundo relato de uma paciente “logo após perder todos os dentes, meu marido decidiu romper o casamento”. Outro paciente relatou que “após a perda dental, acabei desenvolvendo o medo de cantar, atividade que rotineiramente fazia parte do meu círculo social”. A tristeza foi o sentimento mais decorrente da perda dentária relatado por 42% dos entrevistados; 27% se mostraram indiferentes, 21% sentiram alívio e 10%, raiva. Quando questionados se foi difícil aceitar a perda dos dentes, 67% disseram que sim e 16% ainda não haviam aceitado. Sobre o tempo para aceitação, 49% levaram menos de seis meses e 38% seis meses ou mais. Referente a estarem preparados para as consequências da perda de todos os dentes, 69% não estavam e 88% não receberam orientação de como seria ficar desdentado. No que diz respeito a ajuda no processo de adaptação sem os dentes, 9% apenas tiveram apoio de familiares e/ou vizinhos que também haviam perdido seus dentes; 91% não receberam qualquer tipo de ajuda, e destes 57% relataram que o apoio de outra pessoa teria feito diferença positivamente, sendo para eles, papel do cirurgião-dentista exercer tal função.

Em relação ao papel da reabilitação com prótese total, ela resolveu todos os problemas de 54% dos pacientes, 28% relataram que a prótese resolveu parcialmente, para 5% não resolveu e para 12%, causou mais problemas. Entre as queixas relacionadas a não resolução total dos problemas, estava a dificuldade com adaptação e instabilidade da prótese inferior, dificuldade em se alimentar e próteses sem adequada retenção. Quando questionados sobre conhecimento de implantes, 69% dos participantes que foram entrevistados presencialmente disseram ter algum conhecimento sobre implantes dentários, os quais foram obtidos por rádio, programa de televisão, ou pessoas próximas, e 31% sabiam apenas das próteses totais como forma de reabilitação para pacientes edêntulos.

O tratamento reabilitador faz parte da atenção secundária do serviço público de saúde, e infelizmente conta com uma lista de espera bem expressiva. Mediante a isso, quando questionados, 29% dos pacientes esperaram de 1-2 anos para serem chamados para o tratamento na instituição, 28% esperaram até 1 ano, 24% até seis meses, 9% esperaram por 3 anos ou mais e 8% entre 2-3 anos; 79% passaram por tratamento reabilitador apenas uma vez na instituição, 20% por dois e 1% por três ou mais.

No que diz respeito a instrução e higiene oral, 62% não receberam instrução de higiene e saúde oral na infância e 49% não receberam nem antes da perda dos dentes. Quanto a frequência de higienização da prótese por dia, 62% realizavam 3 vezes ou mais, 28% duas vezes, 8% uma vez e 3% não higienizavam suas próteses todos os dias. Quanto a frequência de higiene da cavidade oral, 62% realizavam 3 vezes ou mais, 26% duas, 7% uma e 5% não higienizavam diariamente. Sobre o uso das próteses ao dormir, 63% faziam o uso.

Em relação ao estilo de vida, 38% são ex-fumantes, 37% nunca fumaram e 24% fumam diariamente. Quanto ao uso de bebidas alcóolicas, 54% não bebem, 35% bebem,

mas não diariamente, 5% são ex-eticistas e 6% fazem uso de álcool diariamente sendo que entre esses a maioria toma de 1 a 2 doses por dia, porém existem pacientes que bebem 7 doses ou mais.

Os entrevistados foram questionados quanto à dificuldade para mastigar certos alimentos devido às próteses e apenas 44% relataram não ter dificuldades; 56% dos pacientes possuíam dificuldade, sendo comum o relato de privação em comer carne bovina, carne de frango, carne de peixe, verduras cruas, legumes crus, frutas e classes de alimentos associadas.

Tabela 3- Dados sociodemográficos, Formulário adaptado de Probst, Questões sobre estilo de vida e atendimento na faculdade dos pacientes em atendimento clínico e entrevista telefônica

| | | N | % | | N | % | Total | Não responderam |
|---|-------------------------------|----|-----|---|----|-----|-------|---------------------|
| Escolaridade | Analfabeto | 14 | 18% | 2º Grau completo | 11 | 14% | 77 | 4 |
| | 1º Grau incompleto | 39 | 51% | Superior incompleto | 1 | 1% | | |
| | 1º Grau completo | 10 | 13% | Superior completo | 0 | 0% | | |
| | 2º Grau incompleto | 2 | 3% | | | | | |
| Situação Laboral | Aposentado | 53 | 69% | Desempregado | 5 | 6% | 77 | 4 |
| | Trabalhador | 9 | 12% | Do lar | 10 | 13% | | |
| Rendimento Mensal | Sem renda | 3 | 4% | 1-3 Salários mínimos | 74 | 96% | 77 | 4 |
| Quantos dependem renda | 1 Pessoa | 22 | 29% | 4 Pessoas | 6 | 8% | 76 | 5 |
| | 2 Pessoas | 32 | 42% | 5 Pessoas ou mais | 6 | 8% | | |
| | 3 Pessoas | 10 | 13% | | | | | |
| Com quem mora | Sozinho | 15 | 19% | Com a família | 54 | 70% | 77 | 4 |
| | Com outros adultos | 8 | 10% | | | | | |
| Causa perda dentária | Cárie ou Doença Periodontal | 15 | 48% | Financeira ou de dificuldade acesso ao tratamento | 2 | 7% | 29 | 52 (todos telefone) |
| | Trauma | 4 | 14% | | | | | |
| | Consequência da dor | 5 | 17% | Condição sistêmica | 3 | 10% | | |
| Perda dos dentes | Todos de uma única vez | 10 | 12% | Extração parcial | 71 | 88% | 81 | 0 |
| Idade que tinha quando tornou edêntulo | Até 29 anos | 35 | 43% | 45 anos ou mais | 20 | 25% | 81 | 0 |
| | Entre 30 a 44 | 26 | 32% | | | | | |
| Tempo que ficou edêntulo até a primeira prótese | Nenhum, usou prótese imediata | 15 | 19% | Não lembra | 4 | 5% | 81 | 0 |
| | Meses, menos que 1 ano | 43 | 53% | Nunca conseguiu usar | 2 | 2% | | |
| | 1 ano ou mais | 17 | 21% | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|-----|-----------------------|----|-----|----|---------------------|
| Tempo de uso de Prótese Total | Até 20 anos | 21 | 29% | 41 anos ou mais | 15 | 29% | 73 | 8 |
| | Entre 21 - 30 anos | 13 | 18% | Não lembra | 2 | 3% | | |
| | Entre 31 - 40 anos | 18 | 25% | Não faz uso | 2 | 3% | | |
| Número de próteses que já usou | Nenhuma | 2 | 2% | Até 6 pares | 9 | 11% | 81 | 0 |
| | Até 3 pares | 68 | 84% | 7 pares ou mais | 2 | 2% | | |
| Idade das próteses atuais | Até 10 anos | 26 | 32% | Entre 31 - 40 anos | 10 | 12% | 81 | 0 |
| | Entre 11 - 20 anos | 21 | 26% | 41 anos ou mais | 2 | 2% | | |
| | Entre 21 - 30 anos | 14 | 17% | Não lembra | 6 | 7% | | |
| Impacto da perda dental | Teve impacto | 19 | 66% | Não teve impacto | 10 | 34% | 29 | 52 (todos telefone) |
| Sentimento decorrente da perda dentária | Tristeza | 34 | 42% | Alívio | 17 | 21% | 81 | 0 |
| | Raiva | 8 | 10% | Indiferença | 22 | 27% | | |
| Foi difícil aceitar a perda dos dentes | Sim | 54 | 67% | Não | 27 | 33% | 81 | 0 |
| Conseguiu aceitar | Sim | 68 | 84% | Não | 13 | 16% | 81 | 0 |
| Tempo que levou para aceitar a perda dentária | Menos que 6 meses | 39 | 49% | Não aceitou | 11 | 14% | 80 | 1 |
| | Maior ou igual a 6 meses | 30 | 38% | | | | | |
| Estava preparado para consequências do edentulismo | Sim | 25 | 31% | Não | 56 | 69% | 81 | 0 |
| Recebeu orientação de como seria ficar desdentado? | Sim | 10 | 13% | Não | 70 | 88% | 80 | 1 |
| Recebeu ajuda | Sim | 7 | 9% | Não | 74 | 91% | 81 | 0 |
| Entre os que não receberam ajuda, alguma ajuda teria feito a diferença? | Sim | 42 | 57% | Não | 30 | 41% | 74 | 2 |
| Papel da reabilitação com prótese total | Resolveu meus problemas | 44 | 54% | Não resolveu | 4 | 5% | 81 | 0 |
| | Resolveu parcialmente | 23 | 28% | Causou mais problemas | 10 | 12% | | |
| Conhecimento sobre outras modalidades reabilitadoras | Sabe sobre implante | 20 | 69% | Não sabe implante | 9 | 31% | 29 | 52 (todos ligações) |
| Tempo médio de espera para ser chamado na faculdade | Até 6 meses | 19 | 24% | Entre 2 - 3 anos | 6 | 8% | 80 | 1 |
| | Entre 6 meses e 1 ano | 22 | 28% | 3 Anos ou mais | 7 | 9% | | |
| | Entre 1 - 2 anos | 23 | 29% | Não se lembra | 3 | 4% | | |
| Tratamentos realizados na faculdade | 1 Tratamento | 64 | 79% | 3 Tratamentos ou mais | 1 | 1% | 81 | 0 |
| | 2 Tratamentos | 16 | 20% | | | | | |
| Recebeu instrução de higiene e saúde oral na infância | Sim | 31 | 38% | Não | 50 | 62% | 81 | 0 |
| Recebeu instrução de higiene e saúde oral antes da perda dos dentes | Sim | 41 | 51% | Não | 40 | 49% | 81 | 0 |
| Media Higienização Prótese | Nenhuma | 2 | 3% | Duas | 21 | 28% | 76 | 5 |
| | Uma | 6 | 8% | Três ou mais | 47 | 62% | | |
| Media Higienização Boca | Nenhuma | 4 | 5% | Duas | 20 | 26% | 76 | 5 |
| | Uma | 5 | 7% | Três ou mais | 47 | 62% | | |

| | | | | | | | | |
|---|------------------|----|-----|----------------------|----|-----|----|---|
| Quanto ao tabaco | Nunca fumou | 29 | 37% | Fuma não diariamente | 0 | 0% | 78 | 3 |
| | Fuma diariamente | 19 | 24% | Ex-fumante | 30 | 38% | | |
| Quanto ao uso de álcool | Não bebe | 42 | 54% | Bebe não diariamente | 27 | 35% | 78 | 3 |
| | Bebe diariamente | 5 | 6% | Ex-etenista | 4 | 5% | | |
| Dificuldade para mastigar | Não possui | 34 | 44% | Possui | 43 | 56% | 77 | 4 |
| Entre os que possuem dificuldade, quais alimentos | Carne Bovina | 35 | 81% | Verdura Cru | 25 | 58% | 43 | 0 |
| | Carne Frango | 19 | 44% | Legume Cru | 23 | 53% | | |
| | Carne Peixe | 17 | 40% | Frutas | 24 | 56% | | 0 |

Além das características clínicas de todos os pacientes, na coleta de dados dos pacientes presenciais, um exame clínico mais apurado foi realizado, e segue na tabela 4.

Tabela 4 - Características clínicas de pacientes atendidos na disciplina de prótese total em 2021.

| | | N | % | | N | % | | N | Total | Vazios |
|-----------------------------|----------------|----|-----|----------------------------|----|-----|--------------------------|----|-------|--------|
| Forma do Rosto | Triangular | 4 | 14% | Quadrada | 8 | 28% | Ovóide | 17 | 59% | 29 |
| Perfil | Reto | 8 | 31% | Convexo | 11 | 42% | Côncavo | 7 | 27% | 3 |
| Lábios | Grossos | 3 | 12% | Médios | 10 | 38% | Finos | 12 | 46% | 26 |
| | Ativos | 0 | 0% | Inativos | 1 | 4% | | | | 3 |
| Linha mediana | Normal | 24 | 92% | Desviada | 2 | 8% | | | 26 | 3 |
| Forma da Maxila | Triangular | 3 | 12% | Quadrado | 5 | 20% | Ovóide | 17 | 68% | 25 |
| Forma da Mandíbula | Triangular | 7 | 27% | Quadrado | 3 | 12% | Ovóide | 16 | 62% | 26 |
| Tamanho da Maxila | Grande | 3 | 13% | Médio | 19 | 79% | Pequeno | 2 | 8% | 24 |
| Tamanho da Mandíbula | Grande | 7 | 29% | Médio | 13 | 54% | Pequeno | 4 | 17% | 24 |
| Forma do Rebordo Maxilar | Afilado (em V) | 5 | 19% | Vertentes paralelas (em U) | 19 | 73% | Retentivo (estrangulado) | 2 | 8% | 26 |
| Forma do Rebordo Mandibular | Afilado (em V) | 11 | 42% | Vertentes paralelas (em U) | 9 | 35% | Retentivo (estrangulado) | 6 | 23% | 26 |
| Altura Rebordo Maxilar | Normal | 20 | 77% | Alto ou Volumoso | 5 | 19% | Baixo ou reabsorvido | 1 | 4% | 26 |
| Altura Rebordo Mandibular | Normal | 4 | 15% | Alto ou Volumoso | 2 | 8% | Baixo ou reabsorvido | 20 | 77% | 26 |
| Reabsorção Maxilar | Leve | 19 | 73% | Média | 6 | 23% | Severa | 1 | 4% | 26 |
| Reabsorção Mandibular | Leve | 5 | 19% | Média | 6 | 23% | Severa | 15 | 58% | 26 |
| Espessura Mucosa Maxilar | Normal | 21 | 81% | Espessa | 4 | 15% | Flácida | 1 | 4% | 26 |
| Espessura Mucosa Mandibular | Normal | 16 | 62% | Espessa | 2 | 8% | Flácida | 8 | 31% | 26 |
| Cor Mucosa Maxilar | Normal | 20 | 80% | Alterada | 5 | 20% | | | 25 | 4 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|----|------|------------------------|----|-----|-------------------------|----|-----|----|---|
| Cor Mucosa Mandibular | Normal | 25 | 96% | Alterada | 1 | 4% | | | 26 | 3 | |
| Superfície do Rebordo Maxilar | Liso | 13 | 50% | Ondulado | 9 | 35% | Irregular | 4 | 15% | 26 | 3 |
| Superfície do Rebordo Mandibular | Liso | 12 | 46% | Ondulado | 3 | 12% | Irregular | 11 | 42% | 26 | 3 |
| Consistência do Rebordo Maxilar | Flácido | 1 | 4% | Regular ou Consistente | 24 | 96% | | | 25 | 4 | |
| Consistência do Rebordo Mandibular | Flácido | 11 | 44% | Regular ou Consistente | 14 | 56% | | | 25 | 4 | |
| Localização de Inserções Musculares Maxilar | Próximas | 14 | 54% | Distantes | 12 | 46% | | | 26 | 3 | |
| Localização de Inserções Musculares Mandibular | Próximas | 20 | 77% | Distantes | 6 | 23% | | | 26 | 3 | |
| Tonicidade de Inserções Musculares Maxilar | Normal | 25 | 96% | Anormal | 1 | 4% | | | 26 | 3 | |
| Tonicidade de Inserções Musculares Mandibular | Normal | 20 | 77% | Anormal | 6 | 23% | | | 26 | 3 | |
| Forma do Palato | Liso (Reto) | 9 | 35% | Em U (arredondado) | 11 | 42% | Em V (respirador bucal) | 6 | 23% | 26 | 3 |
| Tuberosidade | Grande | 3 | 12% | Média | 15 | 60% | Pequena | 7 | 28% | 25 | 4 |
| Relações Intermaxilares | Classe I | 15 | 58% | Classe II | 1 | 4% | Classe III | 10 | 38% | 26 | 3 |
| Quantidade de Saliva | Normal | 19 | 73% | Excessiva | 1 | 4% | Deficiente | 6 | 23% | 26 | 3 |
| Qualidade da Saliva | Normal | 21 | 81% | Fluida | 2 | 8% | Viscosa | 4 | 15% | 26 | 3 |
| Integridade Língua | Sim | 26 | 100% | Não | 0 | 0% | | | 26 | 3 | |
| Mobilidade Língua | Normal | 26 | 100% | Reduzida | 0 | 0% | | | 26 | 3 | |
| Tamanho Língua | Grande | 9 | 35% | Média | 16 | 62% | Pequena | 1 | 4% | 26 | 3 |
| Posição Língua | Normal | 25 | 96% | Retruída | 1 | 4% | | | 26 | 3 | |
| Linha Milohióidea | Normal | 16 | 62% | Afilada | 10 | 38% | | | 26 | 3 | |
| Região Travamento Posterior | Normal | 14 | 54% | Larga | 10 | 38% | Estreita | 2 | 8% | 26 | 3 |
| Profundidade do Palato | Raso | 8 | 31% | Média | 15 | 58% | P4rofundo | 3 | 12% | 26 | 3 |
| Sente Dores Faciais | Sim | 5 | 19% | Não | 21 | 81% | | | 26 | 3 | |
| Ruídos do Côndilo | Sim | 5 | 19% | Não | 21 | 81% | | | 26 | 3 | |
| Desvios Mandibulares | Sim | 3 | 12% | Não | 23 | 88% | | | 26 | 3 | |
| Limitação de Movimentos | Sim | 3 | 12% | Não | 23 | 88% | | | 26 | 3 | |

Sobre a qualidade de vida relacionada a saúde bucal, o teste de Wilcoxon indicou que não houve diferenças significativas entre o grupo de pacientes usuários de prótese total superior (única) e o grupo de pacientes com prótese total bimaxilar para cada domínio do OHIP-EDENT, embora a média dos scores de D1, D2 e D4 para usuários de prótese superior e inferior tenham sido menores que o D1, D2 e D4 para usuários só de prótese superior (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação do impacto do uso de prótese total superior ou bimaxilar sobre os domínios do questionário de qualidade de vida OHIP-EDENT.

| | N | | D1 | D2 | D3 | D4 |
|---------------------|----|-----------------|--------|--------|--------|--------|
| Prótese Superior | 9 | Ponto médio | 15,39 | 16,33 | 14,56 | 16,94 |
| | | Soma dos pontos | 138,50 | 147,00 | 131,00 | 152,50 |
| Prótese | 20 | Ponto médio | 14,83 | 14,40 | 15,20 | 14,13 |
| Superior + Inferior | | Soma dos pontos | 296,50 | 288,00 | 304,00 | 282,50 |
| P | | | ,868 | ,568 | ,846 | ,406 |

Os resultados das correlações dos domínios de cada grupo entre si e das questões selecionadas do questionário de Probst [Q7 (impacto da perda dental na vida), Q8 (sentimento ao perder os dentes), Q9 (foi difícil aceitar a perda dos dentes), Q10 (conseguiu aceitar a perda), Q16 (papel da reabilitação com próteses totais), Q23 (dificuldade para mastigar)] estão apresentados nas tabelas 6 e 7, respectivamente.

No tocante aos usuários apenas de prótese total superior houve correlação positiva forte entre as Queixas relacionadas à mastigação e o Desconforto e incapacidade psicológica ($\rho=0,763$; $p=0,017$), e moderada quanto a Dor e desconforto Bucal/Orofacial ($\rho=0,681$; $p=0,043$), mostrando que quanto maior as queixas relacionadas a mastigação, pior eram as outras respostas. Houve uma correlação positiva forte entre Desconforto e incapacidade psicológica e Dor e desconforto Bucal/Orofacial ($\rho=0,837$; $p=0,002$). Houve uma correlação positiva forte entre Sentimento ao perder os dentes (Q8) e a Incapacidade Social ($\rho=0,752$; $p=0,020$). Houve uma correlação positiva forte entre

Dificuldade para mastigar (Q23) e as Queixas relacionadas à mastigação ($\rho=0,736$; $p=0,024$) e Desconforto e incapacidade psicológica ($\rho=0,734$; $p=0,024$), sendo que quanto maior o valor observado nestas dimensões, maior o número de alimentos que o paciente tinha dificuldade em mastigar.

Quanto aos usuários de prótese total bimaxilar, houve uma correlação positiva moderada entre as Queixas relacionadas à mastigação e o Desconforto e incapacidade psicológica ($\rho=0,553$; $p=0,011$), Incapacidade social ($\rho=0,646$; $p=0,002$), Dor e desconforto Bucal/Orofacial ($\rho=0,686$; $p=0,001$), mostrando que quanto maior as queixas relacionadas a mastigação, pior eram as outras respostas. Houve uma correlação positiva moderada entre Desconforto e incapacidade psicológica e Incapacidade social ($\rho=0,619$; $p=0,004$) e Dor e desconforto Bucal/Orofacial ($\rho=0,646$; $p=0,002$). Houve uma correlação positiva forte entre a Incapacidade social e Dor e desconforto Bucal/Orofacial ($\rho=0,740$; $p<0,001$). Houve uma correlação negativa moderada entre Impacto da perda dental na vida (Q7) e a Incapacidade Social ($\rho=-0,521$; $p=0,018$), mostrando que a perda dental piorou este domínio. Houve uma correlação positiva moderada entre Papel da reabilitação (Q16) e Desconforto e incapacidade psicológica ($\rho=0,542$; $p=0,014$). Houve uma correlação positiva forte entre Papel da reabilitação e a Incapacidade social ($\rho=0,760$; $p<0,001$). Houve uma correlação positiva fraca entre Papel da reabilitação e Dor e desconforto Bucal/Orofacial ($\rho=0,474$; $p=0,035$).

Houve uma correlação positiva moderada entre Dificuldade para mastigar (Q23) e o Desconforto e incapacidade psicológica ($\rho=0,549$; $p=0,012$). Houve uma correlação positiva moderada entre Dificuldade para mastigar e a Incapacidade social ($\rho=0,727$; $p<0,001$).

Tabela 6 - Correlação entre os domínios e entre os domínios e questões relacionadas à qualidade de vida (questionário de Probst) de usuários de Prótese Total Superior (unimaxilar).

| | | D1 | D2 | D3 | D4 |
|-----|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Pearson Correlation | ,763* | | | |
| D2 | Sig. (2-tailed) | ,017 | | | |
| | N | 9 | | | |
| | Pearson Correlation | ,656 | ,392 | | |
| D3 | Sig. (2-tailed) | ,055 | ,296 | | |
| | N | 9 | 9 | | |
| | Pearson Correlation | ,681* | ,873** | ,521 | |
| D4 | Sig. (2-tailed) | ,043 | ,002 | ,150 | |
| | N | 9 | 9 | 9 | |
| | Pearson Correlation | -,467 | -,283 | -,084 | -,105 |
| Q7 | Sig. (2-tailed) | ,205 | ,460 | ,831 | ,788 |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Pearson Correlation | ,660 | ,567 | ,752* | ,665 |
| Q8 | Sig. (2-tailed) | ,053 | ,111 | ,020 | ,051 |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Pearson Correlation | ,151 | ,567 | -,191 | ,525 |
| Q9 | Sig. (2-tailed) | ,698 | ,111 | ,623 | ,147 |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Pearson Correlation | · ^b | · ^b | · ^b | · ^b |
| Q10 | Sig. (2-tailed) | · | · | · | · |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Pearson Correlation | ,120 | -,065 | -,118 | -,241 |
| Q16 | Sig. (2-tailed) | ,759 | ,868 | ,763 | ,532 |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | Pearson Correlation | ,736* | ,734* | ,244 | ,536 |
| Q23 | Sig. (2-tailed) | ,024 | ,024 | ,526 | ,137 |
| | N | 9 | 9 | 9 | 9 |

Tabela 7 – Correlação entre os domínios e entre os domínios e questões relacionadas à qualidade de vida (questionário de Probst) de usuários de Prótese Total Superior (bimaxilar).

| | | D1 | D2 | D3 | D4 |
|-----|---------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | Pearson Correlation | ,553* | | | |
| D2 | Sig. (2-tailed) | ,011 | | | |
| | N | 20 | | | |
| | Pearson Correlation | ,646** | ,619** | | |
| D3 | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,004 | | |
| | N | 20 | 20 | | |
| | Pearson Correlation | ,686** | ,646** | ,740** | |
| D4 | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,002 | ,000 | |
| | N | 20 | 20 | 20 | |
| | Pearson Correlation | -,414 | -,209 | -,521* | -,395 |
| Q7 | Sig. (2-tailed) | ,070 | ,376 | ,018 | ,085 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson Correlation | ,291 | -,285 | -,067 | -,067 |
| Q8 | Sig. (2-tailed) | ,212 | ,223 | ,780 | ,779 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson Correlation | ,231 | ,132 | ,077 | -,112 |
| Q9 | Sig. (2-tailed) | ,328 | ,579 | ,747 | ,639 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson Correlation | ,170 | ,223 | ,094 | ,433 |
| Q10 | Sig. (2-tailed) | ,475 | ,344 | ,695 | ,057 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson Correlation | ,442 | ,542* | ,760** | ,474* |
| Q16 | Sig. (2-tailed) | ,051 | ,014 | ,000 | ,035 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson Correlation | ,281 | ,549* | ,727** | ,374 |
| Q23 | Sig. (2-tailed) | ,229 | ,012 | ,000 | ,104 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 |

Discussão

O presente estudo teve como objetivo, traçar o perfil epidemiológico, condição de saúde geral e características clínicas dos pacientes que foram atendidos na disciplina de prótese total na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto no período de 2015-2021 por meio de prontuários; buscar o acompanhamento destes mesmos pacientes por meio de entrevista telefônica visando entender como foi o processo da perda dentária além de questões relacionadas ao uso das próteses confeccionadas pelo serviço; e entrevistar os

pacientes atendidos no ano de 2021 na mesma disciplina, examinando o impacto que a perda dos dentes e o uso de prótese total podem ou não ter na qualidade de vida.

Assim como em outros estudos, no Brasil, o sexo mais prevalente que buscam o atendimento junto aos serviços que oferecem o tratamento com próteses totais é o feminino, podendo deduzir um cuidado maior com a saúde por parte das mulheres (Peracini et al., 2010). Levorato et al. (2014) observaram que no Brasil as mulheres buscaram os serviços de saúde 1,9 vezes a mais que os homens, tendo forte associação às questões culturais. Por outro lado, Banerjee et al. (2018) avaliando o efeito do estado nutricional e da ingestão alimentar na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQOL) de pacientes idosos desdentados com próteses totais, verificaram que de 200 participantes, 55% eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino. A diferença entre os resultados pode ser explicada pelo fato da amostra ser constituída por idosos institucionalizados, não dependendo da intenção individual em buscar o tratamento.

Sobre os achados sociodemográficos mais expressivos do estudo 67% possuíam idade entre 51-70 anos e 47% eram casados, 70% moravam com a família, 96% receberam de 1-3 salários mínimos, 69% eram aposentados e 51% possuíam primeiro grau incompleto. Estes achados estão de acordo com a literatura, uma vez que o padrão mais comum entre usuários de prótese total é de indivíduos idosos, do sexo feminino, com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade (Probst et al, 2016). Cabe destacar que, 8% dos indivíduos que relataram receber de 1-3 salários mínimos, dividem a renda com cinco ou mais pessoas e, embora seja uma porcentagem pequena da amostra, esse dado com certeza impacta sobre a dificuldade em prover os cuidados necessários para uma boa saúde oral, visto que produtos de higiene oral possuem um custo elevado e com os recursos financeiros limitados, moradia e alimentação devem ser fatores priorizados.

Com relação a saúde sistêmica, os resultados mostraram que as doenças mais prevalentes foram hipertensão e diabetes. Essa condição merece atenção visto que estes pacientes precisam de certa restrição alimentar na quantidade de açúcares e sódio, e infelizmente, pela dificuldade de mastigar certas classes de alimentos, estes pacientes podem acabar dando preferência a alimentos de fácil mastigação, muitas vezes ricos em carboidratos ou ultra processados, com baixo valor nutricional. A revisão de literatura feita por Felton (2016) concluiu que a perda dentária e o edentulismo estão associados a diversas comorbidades sistêmicas, e ratifica que o paciente desdentado corre o risco de redução de ingestão nutricional e de obesidade. Porém nesse estudo, o autor relata que não pode confirmar se a relação entre edentulismo e comorbidades tem efeito causal ou casual. Como a maioria de edêntulos são idosos, Souza et al. (2017) chamam a atenção que com o aumento da expectativa de vida ocorre também o aumento da prevalência de doenças crônicas como as encontradas nos resultados. Ainda em relação a saúde sistêmica, 42% usavam, diariamente, de 1-3 medicamentos, fazendo necessário domínio do profissional quanto a previsibilidade de interação medicamentosa com as condutas clínicas tomadas.

Uma consequência do edentulismo é a remodelação do rebordo alveolar residual, a qual é maior no período após a extração dos dentes e mais rápida na mandíbula que na maxila (Alsaggaf; Fenlon, 2020). Quanto às características clínicas encontradas no presente estudo, o rebordo mandibular se apresentou mais reabsorvido que o maxilar. Um possível fator de confusão entre os achados é que 88% fizeram a extração parcial dos dentes, podendo ter perdido primeiro os dentes inferiores, porém esta informação não foi levantada. A reabsorção maior do rebordo residual mandibular pode ser uma das causas quanto a dificuldade ao uso da prótese inferior, associada à diferença de anatomia paraprotética entre a maxila e mandíbula, a qual possui menor área de assentamento e

está relacionada a estruturas como língua e movimentação da articulação temporomandibular (Jain; Rathee, 2021).

A satisfação com a prótese está associada a adaptação ou não do paciente ao aparelho protético, além de ser dependente de fatores como a técnica empregada pelo profissional, a capacidade de adaptação do paciente, condições sistêmicas e emocionais quanto às expectativas frente ao tratamento protético (Bellini et al., 2009; Batista et al., 2013; Kurushima et al., 2015). A não satisfação e não sucesso no tratamento reabilitador é uma situação frustrante para o profissional e ainda mais para o paciente (Zarb; Eckert; Mericske-Stern, 2006; Kurushima et al., 2015). Os resultados deste estudo apresentaram que 27% dos entrevistados por ligação não faziam mais o uso da prótese confeccionada pela faculdade, e entre os que ainda as utilizavam, 34% relataram estar parcialmente satisfeitos. Estes resultados vão ao encontro de Rezende et al. (2011) que avaliaram satisfação total, parcial e desistências de tratamentos protéticos em um CEO na cidade de Maringá e verificaram alto índice de insatisfação. Esse resultado chama a atenção, pois, pacientes insatisfeitos com as próteses recebidas no serviço acabam voltando para a fila de espera, impactando no gerenciamento de custos e na capacidade de atendimento da demanda pelo tratamento. De acordo com Rezende, a desistência do uso das próteses recebidas está associada ao não retorno do paciente ao CEO para acompanhamento e ajustes clínicos necessários das próteses. Porém, essa hipótese não foi relacionada com os resultados de presente estudo, visto que as sessões clínicas para ajustes fazem parte do protocolo seguido pela faculdade e, na maioria dos casos, tem-se a adesão dos pacientes. Ademais, embora o uso de próteses totais aparente impactar positivamente na qualidade de vida, esta experiência de não satisfação pode ser frustrante para o paciente, acarretando impacto negativo na qualidade de vida.

O uso de próteses totais convencionais pode estar associado a estomatite protética, hiperplasia por irritação da prótese, úlceras traumáticas e Síndrome de ardência bucal (Budtz-jorgensen, 2013). Essas condições, infelizmente, são na maioria das vezes negligenciadas. Após a alta do tratamento, 83% dos pacientes não fizeram acompanhamento odontológico regular, mesmo existindo queixas, como por exemplo a de uma paciente que relatou, por ligação telefônica, apresentar “manchas vermelhas no céu da boca”, podendo ser diagnosticada com estomatite relacionada à prótese. Para além de diagnosticar e tratar doenças associadas ao uso de próteses, o acompanhamento periódico possibilita a orientação dos pacientes sobre métodos de prevenção e sintomas dessas condições. O acompanhamento profissional dos pacientes a longo prazo pode ainda aumentar a satisfação com o tratamento protético, através de ajustes fisiológicos do aparelho, ou indicação da necessidade de um novo, pois com o decorrer do tempo alterações morfológicas implicam em próteses mal adaptadas. A Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto oferece serviços de atenção em níveis secundário e terciário e, uma vez tendo alta, o paciente deveria fazer seu acompanhamento junto às unidades básicas de saúde de seus municípios. Visto que $\frac{3}{4}$ da população idosa brasileira dependem exclusivamente do SUS para serviços de saúde, e que a maioria dos indivíduos edêntulos são idosos (Lima-Costa et al., 2019), um serviço de acompanhamento odontológico ao tratamento protético poderia vir a ser ofertado pelo SUS com periodicidade semestral ou anual, de forma eficaz, visto que os relatos indicam que os pacientes nem sempre conseguem pelo atendimento e acabam desistindo de procurar.

Assim como na literatura, a perda dos dentes é resultado principalmente de cárie, doença periodontal e traumas, mas, para além dessas causas, já se sabe que diversos são os fatores que podem resultar em perda dentária (Rezende et al. 2011; Marques et al 2017; Shao et al., 2018). Em nosso estudo, por exemplo, embora 48% tenham a causa do

edentulismo relacionada a cárie ou doença periodontal, questões culturais de desigualdade de gênero, violência doméstica e falta de acesso à informação também foram encontradas. Ainda nesse tópico, os achados do estudo sugerem que a causa da perda dentária pode influenciar na satisfação e aceitação do tratamento protético, visto que, traumas associados à perda dos dentes podem dificultar a aceitação da perda dentária, e para Sá et al (2005) a dificuldade em aceitar a perda dentária parece ser fator decisivo para a baixa adaptação a uma nova situação.

Segundo os resultados, 43% dos pacientes tornaram-se edêntulos antes dos 29 anos. Este achado se aproxima do encontrado no estudo de Probst et al. (2016) onde 50,5% da amostra perdeu os dentes antes dos 31 anos. Com o aumento da expectativa de vida, esse dado chama atenção, pois os pacientes que perdem seus dentes na juventude, precisarão fazer uso de próteses totais por mais tempo. Segundo a literatura, o uso de próteses totais é fator local que contribui para o paciente experimentar reabsorção óssea de longo prazo, e quando a reabsorção alveolar é avançada pode comprometer gravemente a capacidade de uso das próteses (Alsaggaf; Fenlon, 2020). O histórico precoce de edentulismo relatado nos participantes do estudo de Costa et al. (2011), levou ao aumento na probabilidade de rebordos inadequados para a reabilitação, com grande deficiência na retenção e estabilidade dos aparelhos protéticos. Este achado pode ser reflexo da falta de políticas públicas no século XX para prevenção de problemas bucais e a extração dental ser a principal conduta terapêutica acessível para a população em geral (Probst et al., 2016)

No presente estudo, 84% dos pacientes relataram ter utilizado até 3 pares de próteses totais e quando questionados sobre a idade de suas próteses atuais, embora a maior parcela (32%) tenha relatado estar usando a mesma prótese por até 10 anos, alguns pacientes relataram usar o mesmo aparelho a 41 anos ou mais, impactando na

desadaptação da prótese ao tecido de suporte e no aparecimento de doenças na cavidade oral (Budtz-jorgensen, 2013). Além disso, uma dentadura instável pode diminuir as forças de mordida máximas, e em pacientes mais ativos socialmente, pode levar ao isolamento social (Jain; Rathee, 2021). A troca periódica das próteses, principalmente as insatisfatórias, possui forte potencial em melhora da qualidade de vida relacionado a saúde oral (Martins et al., 2021).

Outro achado importante deste estudo diz respeito à falta de orientação por parte dos profissionais, já que 88% dos participantes não receberam orientação de como seria ficar desdentado. A literatura mostra que em pacientes edêntulos ocorre diminuição da capacidade mastigatória, prejuízos estéticos e comprometimento da fonação, o que pode influenciar na integração social dos mesmos, levando a impactos negativos na qualidade de vida (Nowjack-Ramer; Sheiham, 2007; Emami et al., 2013; Bakker et al., 2018). Estas consequências do edentulismo precisam ser expostas ao paciente, e para Probst et al. (2016), a correta orientação e conscientização do paciente podem minimizar o impacto da perda dentária. Ademais, Murthy et al. (2021), mostraram em seu estudo que existe uma associação entre a melhor habilidade de comunicação do dentista e melhor satisfação com as próteses.

Ainda sobre falta de orientação por parte dos profissionais e do acesso à informação de cuidados com a saúde oral, 62% dos pacientes não receberam orientação de higiene e saúde oral na infância e 49% não receberam nem antes da perda de todos os dentes. Estudos preveem um aumento no número de edêntulos no Brasil até 2040 como reflexo de falta de informação e atenção à saúde bucal (Cardoso et al., 2015; Carlsson; Omar, 2010; Felton, 2016). Uma medida que poderia ter bons resultados frente a isto, é que, sempre ao extrair elementos dentários condenados por má higiene oral, o profissional

orienta o paciente quanto a necessidade de boa higiene mostrando que a extração de seus dentes não deve ser a solução para futuros problemas relacionados à saúde bucal.

Quando questionados sobre tempo médio de espera entre o pedido de referência (encaminhamento) e início de tratamento na instituição, 29% esperaram entre 1-2 anos, 8% entre 2-3 anos e 9% 3 anos ou mais. Este longo período de espera deve chamar a atenção principalmente de gestores públicos visto que existem pacientes que ficam aguardando o tratamento sem nunca terem utilizado próteses. Há uma hipótese entre os pesquisadores do presente estudo de que quanto maior o tempo de desdentamento sem o uso da prótese, maiores são as dificuldades encontradas na adaptação do aparelho protético. Esta hipótese pode ser suportada pois como consequência indireta da perda dos dentes e mesmo para o uso de próteses temos a atrofia dos músculos mastigatórios (Budtz-Jorgensen, 2013; Jain; Rathee, 2021)

Quanto ao questionário OHIP-EDENT, as análises não indicaram diferenças significativas entre os pacientes totalmente edêntulos que usavam apenas a prótese superior e pacientes que usavam próteses totais bimaxilares, sugerindo que o uso de prótese superior apenas não tem impacto significativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Uma explicação para este achado pode estar nas dificuldades supracitadas quanto ao uso do aparelho inferior (Jain; Rathee, 2021). Entretanto, embora a prótese superior seja importante para a estética e fonação, a ausência da prótese mandibular não deve ser desconsiderada, uma vez que contribui com o desempenho mastigatório. Esse dado, porém, deve ser analisado com cautela uma vez que o número de usuários de prótese superior era limitado.

Para o grupo de usuários de prótese total superior apenas, houve correlação entre as queixas relacionadas a mastigação (D1) com incapacidade psicológica (D2) e com dor e desconforto oral (D4). Apenas para o domínio de incapacidade social (D3) não existiu

correlação com as queixas relacionadas a mastigação (D1). O estudo feito por Sheiham et al., (2001) corrobora com os achados, ao dizer que o status social, depende mais de fatores relacionados a estética e comunicação, do que morder e mastigar. Ainda, incapacidade social apresentou correlação com o sentimento da perda dos dentes, e, segundo a literatura, isto ocorre, pois, muitos pacientes podem ter dificuldade em lidar com o edentulismo em razão de sentimento como vergonha e sensação de incompletude, e a estética bucal comprometida pode vir a ser motivo de ansiedade (Probst, 2016). Ainda, quanto maior os escores dos domínios relacionados a queixas com mastigação e incapacidade psicológica, maiores foram as dificuldades em ingerir diferentes classes de alimentos.

Segundo Souza et al., (2010) o isolamento social é a consequência mais grave da resposta inadequada ao uso próteses totais. Nas estatísticas realizadas com usuários de prótese total superior e inferior, pode-se sugerir que a associação forte entre baixa resolubilidade de próteses totais relatada por parte dos pacientes com dor e desconforto oral, influenciem na incapacidade social. Os pacientes com aparelhos protéticos que não resolvem suas demandas podem se sentir inseguros com o seu uso e a presença de dor constante, aumentar ainda mais a ansiedade destes usuários. A reabilitação oral satisfatória, para além das funções mastigatórias deve proporcionar a reintegração do indivíduo ao convívio social (Costa et al., 2011). Estas associações com a incapacidade social precisam de atenção pois, os pacientes edêntulos com baixa qualidade de vida relacionada a saúde bucal tem maior probabilidade para depressão (Mitri, 2020; Satishkumar et al., 2021). A única associação semelhante para os dois grupos foi em relação as queixas da mastigação com dor e desconforto oral.

Quanto as limitações deste trabalho, pode-se inferir as lacunas de informações existentes nos prontuários, o que acabou por diminuir nossa amostra; a dificuldade

encontrada na realização das ligações, visto que para apenas 13% dos pacientes pretendidos para esse levantamento obteve-se êxito no contato e aceitação em participar; a aplicação única do OHIP-EDENT; o baixo valor de N utilizado nas estatísticas realizadas. Por se tratar de um nicho bem específico e uma amostra limitada, não podemos dizer que este estudo é representativo para a população em geral.

Novos estudos poderiam ser feitos visando continuidade deste trabalho, com N maior e aplicação do OHIP após a troca da prótese e adaptação com os novos aparelhos protéticos. Um ponto a ser explorado, é sobre como a orientação do profissional e o acesso à informação podem contribuir visto que idosos apresentam maior resistência a novos hábitos e a auto percepção de boa saúde oral pode ser prejudicada.

Conclusão

Levando-se em conta todos os achados deste estudo, mesmo com suas limitações, pode-se inferir:

- Em relação ao perfil epidemiológico dos que foram atendidos na disciplina de prótese total na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (2015-2021), temos em sua maioria pacientes idosos, brancos, com idade entre 51-70 anos, do sexo feminino, casados e morando com a família, aposentados, com baixo nível de escolaridade (fundamental incompleto) e renda entre 1-3 salários.
- Para além de doenças orais, a causa do edentulismo é bem variada, podendo ser resultado inclusive da cultura. A perda dentária total precoce preocupa pelo aumento da expectativa de vida. Tristeza e indiferença foram os sentimentos mais decorrentes da perda de todos os dentes. A aceitação da perda dentária é difícil, porém a maioria dos pacientes conseguem superá-la num período de até 6 meses.

- O uso de próteses totais, embora possua limitações, é capaz de resolver os problemas de pacientes edêntulos. O tempo de uso da mesma prótese merece atenção. Infelizmente, mesmo com o uso de próteses, alguns pacientes relatam que a mastigação é dificultada para certas classes de alimentos.
- O edentulismo impacta negativamente a qualidade de vida da maioria dos pacientes.
- O uso de próteses totais pode impactar positivamente a qualidade de vida dos usuários quando o aparelho protético está bem adaptado, possui boa retenção e estabilidade, atende as necessidades estéticas e funcionais do paciente.
- O cirurgião-dentista precisa estar preparado para a realização de procedimentos técnicos de extração dental e reabilitação protética, mas é imprescindível que mantenha uma comunicação eficiente com o paciente quanto a prevenção do edentulismo e suas consequências, bem como para o apoio pós edentulismo.
- Quanto ao material educativo, o formulário Google está disponível para acesso e divulgação em: <https://forms.gle/3e8d12Vb7XaVZpDYA>

Referências bibliográficas

Aguiar CHS, Silveira AS. Meios de retenção e estabilidade em prótese total: Revisão de literatura. ROdontolPlanal Cent. 2018.
https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/135/1/Christopher_Aguiar_0007089.pdf.

Amagai N, Komagamine Y, Kanazawa M, Iwaki M, Jo A, Suzuki H, Minakuchi S. The effect of prosthetic rehabilitation and simple dietary counseling on food intake and oral

health related quality of life among the edentulous individuals: A randomized controlled trial. J Dent. 2017 Oct;65:89-94.

Alsaggaf A, Fenlon MR. A case control study to investigate the effects of denture wear on residual alveolar ridge resorption in edentulous patients. J Dent. 2020 Jul;98:103373.

Bakker MH, Vissink A, Spoorenberg SLW, Jager-Wittenbergh H, Wynia K, Visser A. Are Edentulousness, Oral Health Problems and Poor Health-Related Quality of Life Associated with Malnutrition in Community-Dwelling Elderly (Aged 75 Years and Over)? A Cross-Sectional Study. Nutrients. 2018 Dec 12;10(12):1965.

Banerjee R, Chahande J, Banerjee S, Radke U. Evaluation of relationship between nutritional status and oral health related quality of life in complete denture wearers. Indian J Dent Res. 2018 Sep-Oct;29(5):562-567.

Batista VES, Almeida DAF, Verri FR, Pellizzer EP. Nível de Satisfação dos Pacientes Edêntulos Reabilitados com Prótese Total na Faculdade de Odontologia de Adamantina – FAI. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde. 2013;15(2):135-39.

Bennadi D, Reddy CV. Oral health related quality of life. J Int Soc Prev Community Dent. 2013 Jan;3(1):1-6.

Bellini D, Dos Santos MB, De Paula Prisco Da Cunha V, Marchini L. Patients' expectations and satisfaction of complete denture therapy and correlation with locus of control. J Oral Rehabil. 2009;36(9):682-6.

Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMFK. Grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. RFO UPF 2013;18(2):160-64.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Inclusão de novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluso a prótese sobre o implante). Portaria Ministerial N° 718/SAS de 20/12/2010. [Acesso em 30 de março 2020]. <http://aps.saude.gov.br/ape/brasilsoridente/ortodontia>

Bustz-jorgensen. Sequelas pelo uso de próteses totais convencionais. In: Zarb GA, Bolender CL, Eckert SE, Jacob RF, Fenton AH, Mericske-Stern R. Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos – Próteses Totais Convencionais e Implantossuportadas. 12^a Ed. Elsevier. Trad Editora Santos. 2006, p. 34-50

Cardoso M, Balducci I, Telles DM, Lourenço EJV e Nogueira JL. Edentulismo no Brasil: tendências, projeções e expectativas até 2040. Ciênc. saúde colet. 2016;21(4):1239-45.

Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Rev Port Saúde Pública. 2013;31(2):153-9.

Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. J Oral Rehabil. 2010 Feb;37(2):143-56.

Costa APS, Azevedo MFC, Pontes PALB, Porto CAF, Fernandes FMÂ. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às Próteses totais. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(2):453-60.

Dantas LRO. Impacto do Edentulismo na qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica. J Dent Pub H. 2019;10(1):40-8.

Da Silva MY, Goncalves DE, Martins AKL. Tecnologias educacionais como estratégia para educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. Rev. Saúde Digital Tec. Educ. 2020;5(1):66-82.

Emami E, De Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. Int J Dent. 2013;2013:498305.

Felton DA. Complete Edentulism and Comorbid Diseases: An Update. J Prosthodont. 2016 Jan;25(1):5-20.

Geerts GAVM. Neutral zone or conventional mandibular complete dentures: a randomised crossover trial comparing oral health-related quality of life. J Oral Rehabil. 2017 Sep;44(9):702-708.

Gupta A, Felton DA, Jemt T, Koka S. Rehabilitation of Edentulism and Mortality: A Systematic Review. J Prosthodont. 2019 Jun;28(5):526-535.

Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology*. 2007;24(3):151-61.

Jain P, Rathee M. Stability In Mandibular Denture. [Updated 2021 Oct 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549861/>

Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. 2014 Jul;93(7 Suppl):20S-28S.

Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017 Apr;96(4):380-387.

Kurushima Y, Matsuda K, Enoki K, Ikebe K, Maeda Y. Does case severity make a difference to clinical improvement following complete denture treatment? *Int J Prosthodont*. 2015;28(2):161-6.

Lee KH, Choi YY, Jung ES. Effectiveness of an oral health education programme for older adults using a workbook. *Gerodontology*. 2020 Dec;37(4):374-82.

Levorato, CD et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(04):1263-74

Lima-Costa MF, de Andrade FB, Souza PRB, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E, de Oliveira C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. Am J Epidemiol. 2018 Jul 1;187(7):1345-1353.

Marques FP, Tôrres LHN, Bidinotto AB, Hilgert JB, Hugo FN, De Marchi RJ. Incidência e preditores de edentulismo em idosos do sul do Brasil. Community Dent Oral Epidemiol. 2017;45:160–7.

Martins AMC, Guimarães LS, Campos CH, Küchler EC, Pereira DMS, Maia LC, Antunes LS, Antunes LAA. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. Dent Res J. 2021 Aug 18;18:65.

Michaud PL, de Grandmont P, Feine JS, Emami E. Measuring patient-based outcomes: is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life? J Dent. 2012 Aug;40(8):624-31.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília; 2012 [acessado 14 de maio 2020].
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf ISBN 978-85-334-1987-2.

Mitri R, Fakhoury Sayegh N, Boulos C. Factors associated with oral health-related quality of life among Lebanese community-dwelling elderly. *Gerodontology*. 2020;37(2):200-207.

Mojon P, Thomason JM, Walls AW. The impact of falling rates of edentulism. *Int J Prosthodont*. 2004 Jul-Aug;17(4):434-40.

Murthy V, Sethuraman KR, Rajaram S, Choudhury S. Predicting denture satisfaction and quality of life in completely edentulous: A mixed-mode study. *J Indian Prosthodont Soc*. 2021 Jan-Mar;21(1):88-98.

Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci*. 2006 Mar;48(1):1-7.

Nowjack-Ramer RE, Sheiham A: Numbers of natural teeth, diet, and nutritional status in US adults. *J Dent Res*. 2007;86:1171-1175.

Ortíz-Barrios LB, Granados-García V, Cruz-Hervert P, Moreno-Tamayo K, Heredia-Ponce E, Sánchez-García S. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health*. 2019 10;19(1):141.

Osta NE, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Naaman NBA, Osta LE, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Oct 30;10:131.

Papadaki E, Anastassiadou V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):e721-7.

Peracini A, Andrade IM, Paranhos Hde F, Silva CH, de Souza RF. Behaviors and hygiene habits of complete denture wearers. *Braz Dent J*. 2010;21(3):247-52.

Probst LF, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Guerra LM, Ribeiro-Da Silva M, Tomar S, Ciarântola M, Konkowski IPS, Possobon RF. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cad. Saúde Colet.* 2016;24(3):347-354.

Rezende RI, Mori AA, Gonçalves CL, Pavan AJ. Dental prostheses in public health: results from a dental specialities center in the city of Maringá - PR. *Rev Odontol UNESP*. 2011;40(1):12-17.

Sá CN; Hubner S; Reis SRA; Emotional effects of tooth loss in adults. *R. Fac. Odonto*. 2005;46(2):p. 9-14.

Sabbah W, Slade GD, Sanders AE, Bernabé E. Denture wearing and mortality risk in edentulous American adults: A propensity score analysis. *J Dent*. 2020;10:103360.

Satishkumar CS, Nair SJ, Joseph AM, Suresh S, Muthupandian I, Kumaresan S, Ashekhi A, Nadeem G. Relationship between perceived chewing ability, oral health related quality of life and depressive symptoms among completely edentulous individuals. Indian J Dent Res. 2021 Apr-Jun;32(2):211-215.

Shao R, Hu T, Zhong YS, Li X, Gao YB, Wang YF, Yin W. Socio-demographic factors, dental status and health-related behaviors associated with geriatric oral health-related quality of life in Southwestern China. Health Qual Life Outcomes. 2018 21;16(1):98.

Sheiham A , Steele JG , Marcenes W et al. Prevalência de impactos de disfunções dentais e orais e seus efeitos sobre a alimentação entre idosos; uma pesquisa nacional na Grã-Bretanha . Community Dent Oral Epidemiol 2001;29:195–203.

Silva AER, Echeverria MS, Custódio NB, Cascaes AM, Camargo MBJL, de Oliveira C. Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos. Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(12):4269-76.

Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(3):841-50.

Souza JGS, Costa Oliveira BE, Martins AMEDL. Determinantes contextuais e individuais da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos brasileiros. Qual Life Res. 2017;26:1295–1302.

Souza RF, Leles CR, Guyatt GH, Pontes CB, Della Vecchia MP, Neves FD. Exploratory factor analysis of the Brazilian OHIP for edentulous subjects. *J Oral Rehabil.* 2010 Mar;37(3):202-8.

Souza RF, Patrocínio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *J Oral Rehabil.* 2007 Nov;34(11):821-6.

Suzuki H, Kanazawa M, Komagamine Y, Iwaki M, Jo A, Amagai N, Minakuchi S. The effect of new complete denture fabrication and simplified dietary advice on nutrient intake and masticatory function of edentulous elderly: A randomized-controlled trial. *Clin Nutr.* 2018 Oct;37(5):1441-7.

Walton JN, MacEntee MI. Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *Int J Prosthodont.* 2005;18(6):483-8.

Wu B, Hybels CF, Liang J, Landerman LR, Plassman B. Social Stratification and Tooth Loss Among Middle-Aged and Older Americans from 1988–2004. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(6): 495–502.

Xiaoxian Meng, Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW. Satisfaction with dental appearance among diverse groups of dentate adults. *J Aging Health.* 2007 Oct;19(5):778-91.

Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, Huang ST, Hsu KJ. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. BMC Oral Health. 2015;15:1.

Zarb GA, Eckert SE, Mericske-Stern R. Próteses implantossuportadas para pacientes edêntulos. In: Zarb GA, Bolender CL, Eckert SE, Jacob RF, Fenton AH, Mericske-Stern R. Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos – Próteses Totais Convencionais e Implantossuportadas. 12^a Ed. Elsevier. Trad Editora Santos. 2006, p.483-488.

Zarb GA, Eckert SE. Protocolo Clínico: Próteses Fixas Implantossuportadas. In: Zarb GA, Bolender CL, Eckert SE, Jacob RF, Fenton AH, Mericske-Stern R. Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos – Próteses Totais Convencionais e Implantossuportadas. 12^a Ed. Elsevier. Trad Editora Santos. 2006, p. 510-515.

Zarb GA, Hobkirk J, Eckert S, Jacob R. Complete dentures and implant-supported prostheses. 13rd ed. Mosby, St Louis, 2013. 464p.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Comissão de Graduação

Folha de Informação

Em consonância com a Resolução CoCEx-CoG nº 7.497/2018, informamos que a Comissão de Graduação da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP) em sua 509ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de maio de 2022, **aprovou**, fundamentando-se na sugestão da Subcomissão para Avaliação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) da Unidade, **a inclusão deste trabalho na Biblioteca Digital de Trabalhos Acadêmicos da USP (BDTA)**.

Cumpre-nos destacar que a disponibilização deste trabalho na BDTA foi autorizada pelos autores (estudante e docente orientador) no formulário de indicação de orientador (conforme anexo).

Ribeirão Preto, 22 de junho de 2022.

Prof. Dr. Michel Reis Messora
Presidente da Comissão de Graduação
FORP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Cristina Borsato

Presidente da Subcomissão para Avaliação dos TCCs da FORP

FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE ORIENTADOR(A)

DADOS PESSOAIS

Nome: Vinícius Oliveira Lemos de Pontes

Nº USP: 9789959

Período: 9º período

Telefone de contato: (15) 99729-3193

E-mail USP: vinicius.oliveira.pontes@usp.br

INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Nome do Orientador(a): Cláudia Helena Lovato da Silva

Departamento: DMDP

Área de conhecimento: Prótese Dentária

Subárea: Prótese Total

MODALIDADE

Modalidade:

Pesquisa Científica, Tecnológica e Educacional

ACEITE DO(A) ORIENTADOR(A)

Eu, Prof(a). Dr(a). Cláudia Helena Lovato da Silva, aceito ser orientador(a) do(a) aluno(a) supracitado(a), comprometendo-me a orientar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso em todas as suas etapas.

Declaramos ter pleno conhecimento do Regulamento dos Trabalhos de Conclusão de Curso da FORP, estando, portanto, cientes de que este TCC poderá ser incluído na Biblioteca Digital de trabalhos Acadêmicos (BDTA) da USP.

Vinícius Oliveira L. Pontes

Vinícius Oliveira Lemos de Pontes

Cláudia Helena Lovato da Silva

Cláudia Helena Lovato da Silva