

ANTONIO PARENTI FILHO

***SHORT FORM-36, ESCALA DE AUTO-ESTIMA
ROSENBERG-UNIFESP/EPM, ORAL HEALTH IMPACT PROFILE
EM IDOSOS COM OVERDENTURES MANDIBULARES***

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

**São Paulo
2010**

ANTONIO PARENTI FILHO

***SHORT FORM-36, ESCALA DE AUTO-ESTIMA
ROSENBERG-UNIFESP/EPM, ORAL HEALTH IMPACT PROFILE
EM IDOSOS COM OVERDENTURES MANDIBULARES***

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientador : **Prof^ª. Dr^ª. LYDIA MASA KO FERREIRA**

Co-orientadores: **Prof. LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA**

Prof. JOSÉ LUIS GONÇALVES BRETOS

**São Paulo
2010**

Parenti Filho, Antonio.

ShortForm-36, Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM, *Oral Health Impact Profile* em idosos com *overdentures* mandibulares. / Antonio Parenti Filho. -- São Paulo, 2010.

xvii, 178f.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Short-form 36, Rosenberg-UNIFESP/EPM Self-esteem scale and the impact on oral health profile of elderly submitted to mandibular overdentures.

1. Qualidade de vida; 2. Questionários; 3. Implantes dentários; 4. Arcada edentada. 5. Prótese dentária. 6. Odontologia para Idosos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA PLÁSTICA**

COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

À minha esposa **MILENE** pela família feliz, carinhosa e completa que me propiciou, pela possibilidade do momento mais significativo e belo de minha vida, a paternidade. A incondicionalidade de seu amor, paixão, carinho, companheirismo e cumplicidade. A profissional com garra, conhecimento, competência e sucesso profissional alcançado. Pela forma magnética com que atrai as pessoas a sua volta causando admiração, proximidade, carinho e amizade.

À minha filha **SOFIA** pela compreensão da quebra de compromisso dos domingos exclusivos da família e por outros momentos que o desenvolvimento dessa tese nos impediu de: ficar, brincar, jogar, dançar, estudar, dormir, e estar juntos. Pelos carinhos, abraços, beijos e cosquinhas.

Ao Prof. Dr. **ANTONIO CARLOS RODRIGUES SILVA** (*In memoriam*), pelo reinício na odontologia, generosidade, amizade, cumplicidade, confiança, e pela abertura do caminho da implantodontia em minha vida. Seu bom caráter e honra são exemplos para uma boa formação ética, aspecto fundamental num ser humano

A **MARCIA MATTOS MARQUES** pelo apoio, amizade e pela intimidade familiar que nos cerca e por fazer parte da minha vida.

À Professora Doutora **LYDIA MASA KO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E CHEFE DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA UNIFESP-EPM, minha ORIENTADORA pela oportunidade do aprimoramento profissional e do conhecimento e aprofundamento do tema qualidade de vida. Pela admiração a uma pessoa predestinada, iluminada, que ama o que faz, e o faz de forma digna e completa.

Ao Professor Doutor **LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA**, PROFESSOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, meu CO-ORIENTADOR, pelo bom humor, forma cortês, capacidade, conhecimento, disposição com que sempre recebeu, pelos ensinamentos e incentivo fundamental para a finalização do estudo.

Ao Professor Doutor **JOSE LUIS GONÇALVES BRETOS**, PROFESSOR COLABORADOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, meu CO-ORIENTADOR, pela pessoa humana, capaz e humilde, pela sabedoria do amadurecimento, por ensinar o caminho e a importância do bom senso, pela responsabilidade extrema e pela cortesia de seus retornos.

Ao Professor Doutor **MIGUEL SABINO NETO**, pela forma serena, agradável e cortês com que coordena o programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica e pelos ensinamentos transmitidos, assim como a todos os professores.

Aos **COLEGAS** de pós-graduação e doutorandos **IVAN RENE VIANA OMONTE**, **MARIA JOSÉ BRITO**, **GERALDO MAGELA SALOMÉ**, pela disposição nos esclarecimentos e em especial a **FABIANE MAGALHÃES PIMENTEL FURTADO**.

ÀS SECRETÁRIAS da Disciplina de Cirurgia Plástica **SANDRA**, **MARTA** e **SILVANA** pela disponibilidade, atenção e profissionalismo que sempre tiveram.

Ao **JIMMY ADANS**, pela eficácia, agilidade, competência e formas didáticas, com que orientou os dados estatísticos deste estudo.

À bióloga **RENATA LEITE**, pela iniciativa, pelo apoio logístico e monitoramento do desenvolvimento deste estudo, pela amizade e confiança, pela paixão com que desempenha suas atividades.

Ao amigo **NIÉCIO PEREIRA LEITE**, pelo apoio na área da informática.

À **MYUKI HIRAI**, pela organização final, formatação e revisão do deste estudo. Ao **FRANCISCO GUSTAVO DA SILVEIRA SOUSA JR.** pelo tratamento das imagens.

À **ISABEL MENEZES** pelas orientações para cumprimento das regras de formatação e referências bibliográficas.

Ao Professor **ANTONIO CARLOS BERNARDI RODRIGUES SILVA**, pela amizade, consideração, respeito, pela capacidade de obter, memorizar e passar dados e informações, pelo respeito que tem dos que o cercam, pela forma suave e competente com que coordena a Pós-Graduação em Implantodontia da FUNDECTO/FFO-USP.

À Professora **CLEIDE BERNARDI RODRIGUES SILVA**, pelo espírito materno, pela confiança, pelo afeto, pela capacidade de liderança na coordenação da Pós-Graduação em Implantodontia da FUNDECTO/FFO-USP.

À **ANA PAOLA BERNARDI RODRIGUES SILVA**, pela assistência e apoio logístico e organizacional da Pós-Graduação em de Implantodontia da FUNDECTO/FFO-USP.

À **EQUIPE DE ASSISTENTES** da FUNDECTO/FFO-USP, pelo companheirismo e aos alunos, pelo constante aprimoramento e energia que nos fornecem.

Aos **PACIENTES** que, gentilmente, colaboraram com este estudo.

Ao **SERVIÇO DE PRÓTESE** da FUNDECTO/FFO-USP, representado pelo protético **ALEX AZEVEDO**, Laboratório Qualident, pelo profissionalismo.

A todos os **FUNCIÓNÁRIOS** da FUNDECTO/FFO-USP que, de forma direta ou indireta, colaboraram para este trabalho, em especial a **SALETE** e **JOELMA**.

Do ponto de **LUZ** na **MENTE DE DEUS**

Flua **LUZ** às mentes humanas;

Que a **LUZ** desça à **TERRA**.

Do ponto de amor no **CORAÇÃO DE DEUS**,

Flua **AMOR** aos corações humanos;

Que o **CRISTO**, volte à Terra.

Do centro onde a vontade de **DEUS** é conhecida,

GUIE o **PROPÓSITO** todas as pequenas vontades dos homens;

O **PROPÓSITO** que os mestres conhecem e a que servem.

Do centro a que chamamos a **RAÇA HUMANA**,

Cumpra-se o **PLANO DE AMOR E LUZ**.

E que **ELE** cerre a porta, de onde mora o mal.

Que a **LUZ**, o **AMOR** e o **PODER** restabeleçam o **PLANO NA TERRA**.

E, finalmente, a **VERDADE** autoevidente de que somente através da própria

HUMANIDADE pode o **PLANO DIVINO** realizar-se.

(A GRANDE INVOCAÇÃO)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
LISTAS	x
RESUMO	xvi
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVO	22
3 LITERATURA	24
4 MÉTODOS	56
5 RESULTADOS	72
6 DISCUSSÃO	85
7 CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS	102
NORMAS ADOTADAS	114
ABSTRACT	117
APÊNDICES	119
ANEXOS	142
FONTES CONSULTADAS	175

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Prova do guia cirúrgico com localização da instalação dos implantes regiões 44/43/33/34	60
FIGURA 2.	Visão esquemática do posicionamento dos quatro implantes.....	61
FIGURA 3.	Fresas 2.9mm de diâmetro e implante 3,75mm de diâmetro e 10mm de comprimento	62
FIGURA 4.	Fresagem do osso mandibular e posterior colocação dos implantes.....	62
FIGURA 5.	Fase pos operatória (A) Sutura da mucosa. (B) Prótese provisória com alívios na região dos implantes, parte interna	63
FIGURA 6.	Fase pos operatória (A) Cicatrizadores gengivais. (B) Perfil de emergência gengival após retirada dos cicatrizadores.....	64
FIGURA 7.	Fase protética (A) Base de prova. (B) Montagem dos dentes. (C) Barra metálica fundida com clipe. (D) <i>Overdenture</i> visão interna.....	65

FIGURA 8.	Visão esquemática da reabilitação com encaixes sobre implantes.....	66
FIGURA 9.	Radiografia periapical da região dos implantes.....	66
FIGURA 10.	Comparação dos Grupos na Distribuição do Gênero	133
FIGURA 11.	Comparação dos Grupos na Distribuição da Escolaridade.....	133
FIGURA 12.	Comparação dos Grupos Quanto à Faixa Etária.....	133
FIGURA 13.	Distribuição de Normalidade - Rosenberg e <i>SF-36</i>	137
FIGURA 14.	Distribuição de Normalidade - <i>OHIP-49</i>	137
FIGURA 15.	Comparação das Fases no Grupo Controle - Rosenberg..	138
FIGURA 16.	Comparação das Fases no Grupo Controle - <i>SF-36</i>	138
FIGURA 17.	Comparação das Fases no Grupo Controle - <i>OHIP-49</i>	138
FIGURA 18.	Comparação das Fases no Grupo Estudo - Rosenberg.....	139
FIGURA 19.	Comparação das Fases no Grupo Estudo - <i>SF-36</i>	139
FIGURA 20.	Comparação das Fases no Grupo Estudo - <i>OHIP-49</i>	139
FIGURA 21.	Comparação dos Grupos na 1ª Fase - Rosenberg.....	140

FIGURA 22.	Comparação dos Grupos na 1ª Fase - <i>SF-36</i>	140
FIGURA 23.	Comparação dos Grupos na 1ª Fase - <i>OHIP-49</i>	140
FIGURA 24.	Comparação dos Grupos na 2ª Fase - <i>Rosenberg</i>	141
FIGURA 25.	Comparação dos Grupos na 2ª Fase - <i>SF-36</i>	141
FIGURA 26.	Comparação dos Grupos na 2ª Fase - <i>OHIP-49</i>	141

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Comparação das Fases no Grupo Controle - Rosenberg..	73
TABELA 2.	Comparação das Fases no Grupo Controle - SF-36	74
TABELA 3.	Comparação das Fases no Grupo Controle - <i>OHIP-49</i>	75
TABELA 4.	Comparação das Fases no Grupo Estudo -Rosenberg.....	76
TABELA 5.	Comparação das Fases no Grupo Estudo - <i>SF-36</i>	77
TABELA 6.	Comparação das Fases no Grupo Estudo - <i>OHIP-49</i>	78
TABELA 7.	Comparação dos Grupos na 1ª Fase - Rosenberg.....	79
TABELA 8.	Comparação dos Grupos na 1ª Fase - <i>SF-36</i>	80
TABELA 9.	Comparação dos Grupos na 1ª Fase - <i>OHIP-49</i>	81
TABELA 10.	Comparação dos Grupos na 2ª Fase - Rosenberg.....	82
TABELA 11.	Comparação dos Grupos na 2ª Fase - <i>SF-36</i>	83
TABELA 12.	Comparação dos Grupos na 2ª Fase - <i>OHIP-49</i>	84
TABELA 13.	Comparação dos Grupos na Distribuição do Gênero	131
TABELA 14	Comparação dos Grupos na Distribuição da Escolaridade.....	131
TABELA 15.	Comparação dos Grupos Quanto à Faixa Etária.....	132

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACRÔNIMOS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EPM	Escola Paulista de Medicina
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<i>Medline</i>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OHIP-49	<i>The Oral Health Impact Profile</i>
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QVRS	<i>Health-Related Quality Of Life</i>
SF-36	<i>The Short Form-36 Health Survey</i>
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

UNIDADES DE MEDIDA

%	Porcentagem
(*)	Significância estatística
>	maior
<	menor
N	Tamanho da amostra
IC	Intervalo de Confiança
°	Grau
P, M e G	Pequeno, Médio e Grande
Q1	Quartil 1
Q3	Quartil 3

RESUMO

RESUMO

INTRODUÇÃO: O advento da implantodontia tem possibilitado o sucesso das reabilitações orais, na obtenção de melhor estabilidade, retenção, conforto, estética, fonética, capacidade funcional e do bem-estar, com conseqüente longevidade da saúde bucal. Os questionários validados de qualidade de vida demonstram ser cada vez mais indispensáveis e capazes de mensurar, de forma quantitativa, a qualidade de vida com teor científico, por intermédio de dados estatísticos. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida e a autoestima, em pacientes idosos que substituíram as próteses totais convencionais por *overdentures* mandibulares. **MÉTODOS:** Vinte e sete pacientes (15 grupo estudo e 12 grupo controle) utilizaram *overdentures* mandibulares e foram avaliados com questionários autoaplicáveis e assistidos: *SF-36*; *OHIP-49*; Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM. **RESULTADOS:** Nos testes não paramétricos foram observadas diferenças estatísticas: *OHIP-49* (Wilcoxon), grupo estudo, nos domínios: limitação funcional ($p=0,010$), dor física ($p=0,020$), incapacidade física ($p=0,021$), e incapacidade psicológica ($p=0,040$). *OHIP-49* (Mann-Whitney), 2ª fase, nos domínios: limitação funcional ($p<0,001$), dor física ($p=0,014$), desconforto psicológico ($p=0,005$), incapacidade física ($p=0,022$), incapacidade psicológica ($p=0,007$), incapacidade social ($p=0,031$), deficiência ($p=0,018$), e p total ($p=0,001$). Não foram observadas diferenças estatísticas, na Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM e *SF-36*. **CONCLUSÃO:** Houve impacto positivo na qualidade de vida, exceto da autoestima, de idosos que substituíram as próteses totais convencionais por *overdentures* mandibulares.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com o conceito de qualidade de vida é alvo de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, para valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK *et al.*, 1999). Para DANTAS, SAWADA, MALERBO (2003) qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.

É crescente o número de estudos sobre qualidade de vida na área da saúde, demonstrando que a percepção do indivíduo acerca de si mesmo, do seu estado físico e emocional é indicador importante no delineamento do tratamento (ABLA, 2002; COTO, 2003; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004; FREIRE *et al.*, 2004; ALVES *et al.*, 2005).

Em várias áreas da saúde, passou-se a dar maior valor para questionários que avaliam qualidade de vida e autoestima de uma população. Para que exista teor científico nessas informações, esse instrumento deve ser traduzido e adaptado culturalmente para a população em que será aplicado, bem como a composição de suas propriedades de medidas (reprodutibilidade, validade e responsividade) demonstradas (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

O *The Medical Outcomes Study 36 item Short Form Health Survey (SF-36)* é questionário genérico, multidimensional que avalia tanto

aspectos positivos (bem-estar) como os negativos (doença ou enfermidade) da saúde, traduzido, adaptado e validado por CICONELLI *et al.* (1999).

A escala de auto-estima Rosenberg, desenvolvida por ROSENBERG (1965), adaptada e validada para a língua Portuguesa (Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM) por DINI, QUARESMA, FERREIRA, em 2004, é um instrumento específico que avalia a autoestima por meio de um questionário.

O *Oral Health Impact Profile (OHIP)*, desenvolvido por SLADE & SPENCER (1994), tem como propósito medir disfunções, desconfortos e incapacidades atribuídas às condições orais por auto-relato dos pacientes. O *OHIP* abrange as patologias relativas à saúde bucal dos pacientes adultos, foi traduzido e adaptado culturalmente à língua portuguesa por PIRES, FERRAZ, DE ABREU (2006).

O aumento da longevidade gerou a preocupação maior com o bem-estar físico e psicológico dos pacientes, principalmente os mais idosos, que são os que normalmente têm perda total dos dentes e do osso adjacente (MAC ENTEE, 2007). Novos conceitos de reabilitação oral, por meio de implantes foram e estão sendo desenvolvidos inclusive para idosos.

Aspecto de relevância principalmente quando trabalhamos com idosos é a avaliação da cognição. Com o intuito de avaliar distúrbios cognitivos por meio de entrevista, FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH (1975) desenvolveram o Mini Exame do Estado Mental, adaptado à cultura brasileira por BERTOLUCCI *et al.* (1994), de grande interesse para pesquisas com idosos.

Os pacientes edêntulos passaram a ter como opção a colocação de implantes para a melhoria da sua função oral, em especial, os com maxilar inferior bem absorvido. Um alto grau de sucesso vem sendo documentado em estudos com próteses suportadas por implantes (FONTIJN-TEKAMP *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2002; AWAD *et al.*, 2003a).

Vários conceitos de prótese total sobre implantes para pacientes de mandíbula edêntula foram idealizados, porém, as próteses de encaixe sobre implantes, através de sistemas de encaixes (*attachments*) tipos bola e cliques implantorretido e muco-suportado, são uma ótima solução (SPIEKERMANN *et al.*, 2000). Entende-se por *overdenture* qualquer prótese dental removível apoiada e cobrindo um ou mais remanescentes de dentes naturais ou implantes dentais e que é parcialmente suportada por esses elementos.

Qualidade de vida é tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo/benefício do cuidado prestado (KATZ, 1987).

Com o avanço do uso da implantodontia no planejamento de próteses totais, fica clara a importância de se demonstrar alterações na qualidade de vida que possam advir da aplicação de novas técnicas. Portanto, este estudo avaliou a qualidade de vida e autoestima em pacientes que substituíram próteses totais convencionais por *overdentures* mandibulares.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida e autoestima, em idosos que substituíram as próteses totais convencionais por *overdentures* mandibulares.

LITERATURA

3 LITERATURA

3.1 QUALIDADE DE VIDA (QV) E AUTOESTIMA (AE)

ROSENBERG (1965) entrevistou grupo de 5024 adolescentes, do 3º e 4º colegial, de 10 escolas no Estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América (EUA), com o intuito de entender como se enxergavam. Os dados foram utilizados para o desenvolvimento de uma escala de autoestima, denominada escala de autoestima (ROS). O questionário *The Rosenberg Self-Esteem Scale* é um instrumento específico, com propriedades psicométricas somente para uma característica, a autoestima, que pode ser avaliada e quantificada objetivamente, baseando-se em experiências sociais.

FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH (1975) desenvolveram o Mini-Exame do Estado Mental, para avaliar distúrbios cognitivos por meio de entrevista. A sensibilidade e a validade do Mini Mental foram avaliadas em 206 pacientes com demência, desordens afetivas, pseudodemência, esquizofrenia, distúrbios de personalidade e 63 idosos normais com idades semelhantes. Concluíram que o Mini Mental foi válido para identificar os pacientes com distúrbio cognitivo daqueles sem essa condição.

ROSENBERG (1977) avaliou a influência da classe social na autoestima de crianças e adultos. Não encontrou associação entre a classe social dos pais (medida pela *Hollingshead Index of Social Position*) e a autoestima entre as crianças. Encontraram uma leve correlação entre os adolescentes e

uma correlação moderada entre os adultos, baseados em suas próprias classes sociais.

STEWART, HAYS, WARE (1988) avaliaram, em estudo observacional, a confiabilidade e validade do *The Medical Outcomes Survey (MOS) Short-Form General Health Survey (SF-36)* em uma população de pacientes de diversos sistemas de saúde e médicos de diferentes especialidades, totalizando uma amostra de 11.186 adultos, com idade que variou de 18 a 103 anos (média de 47 anos), medindo 6 aspectos da saúde. Concluíram ser um instrumento prático e aplicável a várias populações.

SLEVIN *et al.* (1988) aplicaram questionários genéricos de medida de qualidade de vida (QV), e específicos para medir a ansiedade e a depressão, em grupo de 108 pacientes e seus respectivos médicos, e por diferentes médicos em épocas não distantes. Os médicos deveriam preencher os questionários anotando o que acreditavam que seus pacientes responderiam. Demonstração em que os escores dos médicos e seus pacientes coincidiram em menos de 30%, sendo também muito diferentes entre os próprios médicos. Concluíram que a QV deve ser avaliada pelo próprio paciente.

RYFF (1989) avaliou, por meio de entrevistas, 171 indivíduos com média de idade de 73,5 anos para estabelecer os fatores que determinam a autoestima em idosos. Concluiu que, entre os fatores determinantes, estão a capacidade de sentir-se querido e ter um bom relacionamento com o companheiro, autoconfiança, autoaceitação, autoconhecimento e saber aceitar as mudanças.

O *International Quality of Life Assessment (IQOLA)* é um projeto que se iniciou em 1991, para desenvolver as traduções de um questionário validado do estado de saúde para aplicação em ensaios clínicos multidimensionais e de outros estudos internacionais de saúde (WARE *et al.*, 1995). Anteriormente, em 1988, o *SF-36* só estava disponível em forma de desenvolvimento e, em 1990, em forma padrão. Em 1991, uma série de estudos nos EUA havia documentado a sua aceitabilidade, confiabilidade e validade, e pesquisas indicaram que era aplicável em populações heterogêneas nos EUA. Ainda em 1991, em Paris, teve lugar a primeira reunião do projeto *IQOLA*. Participaram França, Alemanha, Itália, Países Baixos e Suécia. Em 1992, aderiram ao projeto Austrália, Bélgica, Canadá, Japão, Espanha e Reino Unido e, posteriormente, em 1993, Dinamarca e Noruega. Por conseguinte, o *SF-36* tem aumentado excepcionalmente e as traduções feitas em mais de 60 países.

FLETCHER, DICKINSON, PHILP (1992), em revisão da literatura de 60 artigos sobre os instrumentos para a medida de QV em idosos, avaliaram os instrumentos multidimensionais *Nottingham Health Profile (NHP)* e *Sickness Impact Profile (SIP)* e os unidimensionais *Life Satisfaction Index (LIS)*, *Southampton Self-esteem Scale (SES)*, *Affect Balance (ABS)* e *Philadelphia Geriatric Moral Scale (PGMS)*. Concluíram que é indicada a associação de mais de um tipo de instrumento para a avaliação da QV em idosos.

WARE & SHERBOURNE (1992) descreveram o desenvolvimento do instrumento genérico de avaliação da QV *SF-36* e analisaram o conceito

estrutural e a lógica utilizada na seleção e na construção de cada aspecto avaliado.

JENKINSON, CULTER, WRIGHT (1993), para avaliar a consistência interna e a validade do *SF-36*, encaminharam o questionário *SF-36* e outros questionários sobre o estilo de vida e saúde para 13042 indivíduos, com idade entre 18 e 64 anos de acordo com a faixa etária e classe social. Os resultados forneceram evidências da consistência interna e da validade do *SF-36* para a utilização na população em geral. O *SF-36*, quando comparado com outros instrumentos de avaliação, mostrou-se vantajoso: é menor que o SIP e mais sensível que o NHP.

MCHORNEY *et al.* (1994) avaliaram a validade e a consistência interna do *SF-36*. Além de verificar o índice de respostas completas do questionário, realizaram estudos com 3445 pacientes, que responderam a questionários com 245 itens nos quais os do *SF-36* estavam incluídos. As respostas foram comparadas com as obtidas de 24 subgrupos distintos e formados segundo os critérios sociodemográficos e clínicos. O índice de respostas completas para cada aspecto do *SF-36* variou de 88% a 96% e tendeu a ser menor em pacientes mais idosos, de classe social mais baixa e com nível de instrução inferior. Os resultados apoiaram o uso do *SF-36* em pesquisa de QV em diversas populações e mostraram quais dessas populações poderiam apresentar dificuldade de avaliação, quando se utilizava um instrumento padronizado de avaliação da QV.

LYONS, PERRY, LITTLEPAGE (1994) avaliaram o *SF-36* para o uso em uma população idosa, entrevistando uma casuística aleatória de 827 adultos, de *West Glamorgan*, na Inglaterra. Duzentos e dezesseis

indivíduos tinham entre 65 a 89 anos, com média de idade de 73,9 anos. Concluíram que o *SF-36* foi adequado para uso em uma população idosa, quando aplicado por meio de entrevista.

BERTOLUCCI *et al.* (1994) adaptaram o Mini Exame do Estado Mental para a cultura brasileira. O estudo foi realizado com 530 indivíduos livres de doenças neurológicas ou psiquiátricas, classificados segundo a idade e a escolaridade, cujo desempenho foi comparado com 94 indivíduos com déficit cognitivo comprovado, testados quanto a especificidade e sensibilidade, com escores diferenciados de acordo com variáveis como idade e escolaridade. Constataram que nessa casuística a idade não interferiu nos escores alcançados, entretanto, a escolaridade levou a diferenças estatísticas significantes. Concluíram que deveriam ser utilizados níveis de corte diferenciados para diferentes níveis de escolaridade para minimizar erros diagnósticos: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade.

FARQUHAR (1995) avaliou a definição de QV dos idosos com 65 anos ou mais de idade, em uma comunidade do sudoeste da Inglaterra. Em uma revisão de literatura, demonstrou que os idosos podem falar e pensar sobre a QV, realçando o quanto pode variar para diferentes grupos de idade da população idosa, em diferentes áreas geográficas.

ALMEIDA (1988) modificou a tradução proposta por BERTOLUCCI (1994), na seção orientação espacial, os itens que, na versão original, eram *state, country, town, hospital, floor*, foram traduzidos e adaptados para estado, cidade, bairro, prédio da entrevista e andar do prédio; os objetos para registro e nomeação que no original eram *apple, penny, table* foram

adaptados para carro, vaso, bola. Já na seção atenção e cálculo foram solicitados os testes de subtração serial de sete, e a soletração da palavra **mundo** de trás para frente, considerando-se, para totalização, o teste de maior valor.

CICONELLI *et al.* (1999) avaliaram a adaptação do *SF-36* para a cultura brasileira e as propriedades de medida (reprodutibilidade validade), em pacientes com artrite reumatóide. Concluíram que a versão traduzida do *SF-36* é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da QV de pacientes brasileiros portadores de artrite reumatóide. O *SF-36* foi administrado por meio de entrevista a 50 pacientes e as dimensões que apresentaram menores médias foram: capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos e dor.

WARE (2000) apresentaram os alicerces conceituais do *SF-36*, discutindo detalhadamente cada domínio. Realizaram uma atualização das pesquisas referentes ao *SF-36* descrevendo a construção, o desenvolvimento, os estudos psicométricos e como o questionário tem sido traduzido em mais de 40 países. Esse projeto, denominado *IQOLA*, foi responsável pela coordenação da tradução e validação do *SF-36* em diversos países.

DANTAS, SAWADA, MALERBO (2003) levantaram os trabalhos publicados entre 1993 e 2001 sobre o tema QV em universidades públicas do Estado de São Paulo. Relatam que as duas universidades que mais produziram trabalhos sobre o tema foram a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Universidade de São Paulo (USP). Relataram, ainda,

que os instrumentos genéricos de avaliação eram os mais usados, dentre os quais o *SF-36* era o principal.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) testaram a validade de construção e a sensibilidade da Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM, em 55 pacientes submetidas à lipoaspiração de abdome. Concluíram que a escala tem validade de construção e é um instrumento sensível para medir a autoestima em pacientes submetidas à lipoaspiração do abdome; traduziram para a língua portuguesa a Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM, adaptando-a ao contexto cultural brasileiro e testando as propriedades de medidas (reprodutibilidade e validade), para a medida de resultados em cirurgia plástica.

LOURENÇO & VERAS (2006) realizaram um estudo em que 303 indivíduos (≥ 65 anos) foram submetidos à avaliação geriátrica com vários instrumentos, inclusive o Mini-Exame do Estado Mental. O melhor ponto de corte para indivíduos analfabetos foi 18/19, e para aqueles com instrução escolar foi 24/25. Para o rastreamento cognitivo de idosos, atendidos em ambulatórios gerais pelo Mini-Exame do Estado Mental, a escolaridade deverá ser considerada para adoção do ponto de corte mais adequado.

3.2 SAÚDE BUCAL

REISINE (1988) descreveu que os modelos utilizados para medir as condições de saúde bucal são baseados, na maioria das vezes, no modelo biomédico, que enfatiza os processos biológicos de etiologia e tratamento da doença. Esse modelo negligencia o contexto social da experiência da

doença e é dirigido, apenas, para a sua presença ou ausência. Os indicadores clínicos são colhidos, mas são incapazes de captar as várias dimensões do nível de saúde bucal.

LOCKER (1988) mencionou que quando a ciência refere-se à saúde bucal, não enfoca cavidade bucal, mas sim no indivíduo e no caminho pelo qual as doenças e condições bucais podem interferir no bem-estar e na QV de uma pessoa. Nota-se, portanto, que a distinção entre saúde e doença possuem outras relevantes implicações.

YEWE-DYER (1993) definiu saúde bucal como um estado da boca e estruturas associadas, em que a doença está contida e a doença futura inibida, a oclusão é suficiente para mastigação dos alimentos e os dentes são de uma aparência socialmente aceitável. Essa definição permanece amplamente vinculada ao paradigma biomédico. Isto é, saúde significa somente ausência de doença e o enfoque está na boca.

LOCKER & MILLER (1994) relataram que os indicadores clínicos são importantes para levantamentos de saúde bucal e necessidades de tratamento, devendo-se, no entanto, reconhecer suas limitações. Devem associar-se a indicadores psicossociais, determinando com mais clareza, uma medida multidimensional do estado de saúde bucal.

GLIKLICH, GOLDSMITH, FUNK (1997) avaliaram a necessidade de um instrumento específico para avaliação de QV em pacientes com doenças em cabeça e pescoço. Foi feita a comparação entre os instrumentos *SF-36*, *Head & Neck Survey*, *The University of Washington Quality of Life (UW-QOL)* e *Performance Status Scale – Head & Neck (PSS-HN)* e concluíram

que para pacientes com doenças em cabeça e pescoço é necessário aplicar questionários genéricos e específicos de QV e saúde.

3.3 QUALIDADE DE VIDA (QV) RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

SLADE & SPENCER (1994) consideraram que a QV era um componente essencial para os resultados de saúde. Os autores inferiram que, se até a década de 80, havia ausência de índices para medir QV relacionada com a saúde bucal, na década de 90, foi desenvolvida uma variedade de instrumentos que acessam o impacto de condições bucais, de bem-estar e de QV. Desenvolveram o questionário *OHIP-49*, fundamentado em uma escala de impacto social das doenças orais. Quarenta e nove declarações originais descrevendo as consequências das disfunções orais foram inicialmente compiladas a partir de 535 declarações obtidas em entrevistas com 64 pacientes odontológicos. A importância das declarações, de cada uma das sete subescalas conceituais, foi avaliada por 328 pessoas. Concluíram ser um instrumento válido e confiável para a medição detalhada do impacto social da doença oral e conquistar benefícios potenciais para a tomada de decisão clínica e pesquisa.

SLADE (1997) citou que o crescente reconhecimento de que a QV exerce interferências com os cuidados orais, criou a necessidade de uma gama de instrumentos para medir a QV associada à saúde bucal. Esse estudo procurou obter um subconjunto de itens da saúde bucal (*OHIP-49*) — um questionário de 49 itens que mede a percepção das pessoas sobre o impacto das condições bucais no seu bem-estar. Foram realizadas análise interna de confiabilidade, análise fatorial e análise de regressão para se

produzir um subconjunto (*OHIP-14*). A análise de regressão revelou um ótimo conjunto de 14 perguntas, com alta confiabilidade (alfa-0,88). Os resultados sugeriram que o *OHIP-14* apresentou boa confiabilidade, validade e precisão. De acordo com o autor, o termo QV associado à saúde bucal tem sido frequentemente adotado para definir avaliações subjetivas de saúde bucal, como parte de um instrumento multidimensional para o alcance de aspectos subjetivos de saúde, a avaliação do impacto da doença e do tratamento na vida dos pacientes. Qualidade de vida representa a mais ampla gama da experiência humana.

WOOD-DAUPHINEE (1999) relatou que a QV relacionada com a saúde bucal é um tema controverso amplamente discutido nos últimos anos. Os cientistas sociais, economistas, pesquisadores clínicos, indústria farmacêutica e, em menor escala, os médicos estão envolvidos em um debate sobre o seu significado, sua medição e sua utilidade como um resultado dos cuidados de saúde. Atualmente, a maioria concorda que os instrumentos de QV ligada à saúde bucal podem complementar informações das medidas tradicionais, do ponto de vista clínico, e provir um quadro claro dos resultados de tratamento considerando-se a opinião do paciente. Para que isso ocorra, o instrumento a ser aplicado deve ser cuidadosamente escolhido, de acordo com o propósito do estudo.

ALLEN & LOCKER (2002) desenvolveram uma versão abreviada do *OHIP*, adequada para uso em pacientes edêntulos, com a finalidade de verificar suas propriedades de medida. Os dados foram coletados a partir de adultos mais idosos em uma experimentação clínica longitudinal de próteses implantorretidas em *Newcastle Dental Hospital*, no Reino Unido.

Todos os pacientes completaram um *OHIP* no início e pós-tratamento. Usando um método de redução de impacto, uma versão reduzida do *OHIP* (chamado *OHIP-EDENT*) foi derivada de ambos os conjuntos de dados. As propriedades de validade e responsividade dessa versão modificada foi comparada com o *OHIP-14* e do *OHIP-49*. A versão modificada abreviada do *OHIP*, derivada desse estudo apresentou propriedades de medida comparáveis com a versão completa de 49 itens. Concluíram que essa versão reduzida e modificada poderia ser mais apropriada para uso em pacientes edêntulos que a atual versão sintetizada.

PIRES, FERRAZ, DE ABREU (2006) traduziram, adaptaram e validaram para a cultura brasileira o questionário *OHIP-49*. Utilizaram metodologia constituída na tradução, adaptação e avaliação das propriedades de medidas, verificadas nas aplicações do questionário, por meio de entrevistas com integrantes do programa Idade da Prata na Universidade Estadual de Montes Claros. Duas questões foram identificadas e modificadas na fase de adaptação cultural. A reprodutibilidade demonstrou ser boa e com significância estatística. A consistência interna revelou-se quase que perfeita, com os coeficientes α de Cronbach iguais a 0,96 e 0,90 para as dimensões das entrevistas e para o total de itens, respectivamente. A validade construtiva, demonstrada pela comparação das dimensões do questionário com os parâmetros clínicos como presença de lesão cariiosa, número de dentes perdidos e índices de cárie (C.O.P.D. ¹) obteve

¹ C \Rightarrow Cáries; O \Rightarrow Obturado; P \Rightarrow Perdido; D \Rightarrow Dente.

significância estatística. Também foram identificadas correlações significantes entre dimensões similares do *OHIP-49* e do *SF-36* ($p \leq 0,05$). A versão em português do *OHIP-49* demonstrou ser um parâmetro reprodutível e válido para avaliar impactos das condições bucais na QV de brasileiros.

JAGGER *et al.* (2006) quantificaram o impacto da saúde bucal na QV de pacientes que apresentavam dificuldades com as suas próteses dentais removíveis. Duzentos e dez pacientes, aguardando uma consulta de avaliação inicial com especialistas, foram convidados a preencher o *OHIP-14*. Cento e sessenta e três (78%) questionários foram preenchidos corretamente e foram analisados. Em geral, a prevalência de impacto foi elevada em todas as subescalas, indicando que os problemas relacionados com as próteses tiveram impacto negativo na QV.

FERNANDES *et al.* (2006) validaram do *OHIP-14* em uma amostra de pacientes atendidos por dentistas clínico-gerais. Pacientes com ausência dos terceiros molares (dentes do siso) foram recrutados a partir de seis clínicas gerais em Tayside, na Escócia, e monitorados por um ano para avaliar o desenvolvimento de problemas relacionados à compactação. O *OHIP-14* foi aplicado no início e após um ano. Foi analisado por três métodos de pontuação: uma pontuação resumida, uma pontuação ponderada e padronizada e o número total de problemas relatados. Duzentos e setenta e oito pacientes responderam ao questionário no início do estudo e 169 no final. O *OHIP-14* é uma medida válida e confiável de QV relacionada com a saúde bucal na prática da odontologia geral. O

método de pontuação resumida demonstrou um desempenho tão bom ou melhor que os outros métodos estudados.

MACENTEE (2007) analisou a literatura relativa à avaliação e medição da QV, influenciada pela saúde bucal. Relatou a difícil interpretação da relevância clínica das medições, a partir de questionários ou entrevistas estruturadas que usam as opções de resposta pré-determinada para indicar a QV ligada a saúde dos idosos. Auxiliou, também, a constituir um novo modelo de saúde bucal, que é coerente com os conceitos atuais do envelhecimento e da deficiência. O novo modelo de saúde bucal oferece a possibilidade de desenvolvimento de entrevistas e questionários, usando uma linguagem com a sensibilidade necessária para revelar as estratégias positivas que os idosos adotam para controlar sua saúde e QV.

LEE *et al.* (2007) pesquisaram e dividiram o estado de saúde bucal em duas partes: a doença clínica e percepções subjetivas dos pacientes, e, em seguida, discutiram o impacto que esses dois itens exerciam sobre a QV relacionada com a saúde. Uma casuística composta por 1600 idosos com idade superior a de 65 anos. O *SF-36* foi utilizado para medir a QV relacionada com a saúde e o *OHIP-49* para medir a percepção subjetiva dos indivíduos de seu estado de saúde bucal. Os resultados indicaram que as percepções subjetivas dos indivíduos sobre sua condição de saúde bucal teve um impacto maior do que a questão clínica na sua QV.

SUTINEN *et al.* (2007) avaliaram a diferença entre o período de um mês e o período de 12 meses após a aplicação do *OHIP-14*. O *OHIP-14* foi aplicado em duas casuísticas de indivíduos finlandeses adultos, em estudo randomizado, que compreenderam pacientes aguardando a cirurgia

ortognática e trabalhadores não pacientes. Verificou-se que, apesar de um período de referência padronizada de 12 meses, o uso de um mês como período de referência não parece influenciar as respostas.

SOUZA *et al.* (2007) avaliaram e validaram uma versão brasileira do *OHIP-EDENT* para avaliar os edêntulos — um inventário de medição da QV relacionada com a saúde de indivíduos desdentados totais. A casuística foi composta de 65 usuários de próteses totais (23 homens, idade média de 69,1 anos. A tradução do *OHIP-EDENT* foi aplicada em duas ocasiões, com período de intervalo de três meses. Um processo de validação preliminar foi conduzido por uma abordagem qualitativa e entrevista. A versão brasileira do *OHIP-EDENT* é adequada para avaliar a QV relacionada à saúde.

JOHN *et al.* (2008) investigaram os efeitos do *OHIP-49*, em pacientes que necessitavam de tratamento protético. Foi aplicado em 21 pacientes, em três ocasiões pré-tratamento. Concluíram que a avaliação da QV associada à saúde bucal deve ser feita em curtos espaços de tempo, pois, a saúde bucal sofre alterações rapidamente. A grande relevância encontra-se nas muitas condições orais com sintomas agudos, sendo que os tratamentos causam efeitos imediatos sobre a QV, que precisam ser medidos.

AWAD *et al.* (2008a) avaliaram o efeito da redução do número de itens em cada domínio, um de cada vez, na confiabilidade, agilidade e validade do *OHIP* em populações de edêntulos. Os dados utilizados nesse estudo foram obtidos através de dois ensaios clínicos randomizados, comparando-se *overdentures* mandibulares implantorretidos e próteses removíveis convencionais, entre 102 indivíduos com idades entre 35 e 65 anos de

idade, e 60 indivíduos com idade superior a 65 anos. Indivíduos de ambos os ensaios foram convidados a preencher o *OHIP-49* antes do tratamento e aos dois meses pós-tratamento. Os resultados indicaram que, em geral, a resposta de domínio não foi afetada pela redução do número de itens utilizados por domínio. Entretanto, houve uma diminuição na confiabilidade, e na construção de validade de alguns domínios na faixa etária de 65 anos e os mais velhos do grupo. Isso ocorre, principalmente, ao reduzir-se de dois para um item por domínio.

KIEFFER & HOOGSTRATEN (2008) avaliaram o efeito de alterar a ordem dos itens do *OHIP*. Duas versões foram distribuídas aleatoriamente entre os calouros de psicologia. Utilizando o teste de Mann-Whitney as diferenças entre as duas versões do *OHIP*, quando os itens gerais foram apresentados primeiro, foram encontradas nas escalas de incapacidade psicológica, incapacidade social. Intercorrelações na subescala de ambas as versões do *OHIP* foram comparadas para verificar se a ordem dos itens também influenciaria a estrutura dos fatores. Diferenças de significância estatística entre a intercorrelação de subescalas, o que indica uma estrutura de fator diferente para ambas as versões. Concluiu-se que o *OHIP* parece ser suscetível a efeitos de ordem, o que implica que a ordem original do *OHIP* deve ser mantida.

3.4 QUALIDADE DE VIDA (QV): PRÓTESES TOTAIS CONVENCIONAIS X *OVERDENTURES* MANDIBULARES

BOERRIGTER *et al.* (1995) estudaram o resultado do travamento com prótese total, com e sem apoio de implante, com avaliação subjetiva do

paciente. Trinta e dois homens e 118 mulheres participaram do estudo. A altura média da mandíbula foi de 13,52mm. Os pacientes foram divididos, aleatoriamente, em dois grupos: a) Pacientes tratados com *overdentures* mandibular e uma nova prótese removível maxilar superior convencional; b) Pacientes tratados com próteses convencionais superior e inferior. A satisfação da prótese foi avaliada através de questionários sobre queixas relacionadas a um índice de satisfação geral. Na avaliação de três anos, os índices relacionados à satisfação apresentaram escores significativamente melhores para o grupo com implantoterapia.

AWAD *et al.* (2000) realizaram um ensaio clínico randomizado com aplicação do *OHIP* entre dois grupos de pacientes edêntulos. Um grupo (N=54) recebeu *overdentures* mandibulares implantossuportadas, e o outro grupo (N=48) recebeu próteses convencionais. As avaliações foram realizadas pré-tratamento e dois meses após. Esse estudo sugere que as *overdentures* oferecem melhora significativa em relação ao tratamento convencional da QV.

AWAD *et al.* (2003b) compararam a satisfação dos pacientes idosos em relação a saúde bucal e QV com *overdentures* suportadas com dois implantes e próteses removíveis convencionais. Sessenta pacientes edêntulos, com idade entre 65 e 75 anos foram divididos, aleatoriamente, em dois grupos tratados com próteses maxilares convencionais e *overdentures* implantossuportadas por dois implantes com encaixe bola. *OHIP* em sua forma abreviada (*OHIP-EDENT*) foram utilizados como indicadores de saúde bucal sobre a QV, que sugere que a *overdenture*

implantossuportada por dois implantes fornecem melhor função e saúde bucal sobre a QV, em comparação à prótese removível convencional.

HEYDECKE *et al.* (2003) comparam a saúde bucal e a QV dos idosos (com idade entre 65-75 Anos) que receberam *overdentures* mandibulares ou próteses removíveis convencionais. Sessenta edêntulos foram selecionados. Trinta receberam *overdentures* mandibulares implantossuportadas por dois implantes e uma prótese removível convencional maxilar; os outros 30 receberam novas próteses removíveis mandibulares e maxilares convencionais. Todos preencheram o *OHIP-20* e o *SF-36* antes do tratamento e seis meses após. Embora nenhuma diferença significativa tenha sido encontrada nos dois grupos, no questionário *SF-36*, o *OHIP-20* constatou-se diferença de significância estatística. Portanto, as *overdentures* mandibulares retidas por dois implantes ofereceram condições gerais de saúde e de QV melhores.

ATT & STAPPERT (2003) relataram que a implantoterapia tem encontrado uma maneira de resolver a estabilidade e a retenção, aumentando a funcionalidade das próteses e melhorando a satisfação do paciente. Foi realizada avaliação através do *OHIP-14*. Duas próteses implantossuportadas, superior e inferior com barras rígidas de retenção foram fabricadas após a colocação de dois implantes em cada arcada. A estética do paciente fonética e mastigação foram devidamente restauradas. Em comparação às próteses removíveis convencionais as *overdentures* oferecem a melhor funcionalidade e conforto para os pacientes.

STRASSBURGER, HEYDECKE, KERSCHBAUM (2004) executaram uma busca na literatura odontológica, para identificar e classificar os artigos

sobre a influência de prótese dental e tratamento com implantes, na satisfação do paciente e QV, relacionados à saúde bucal, de acordo com o seu nível de evidência. Uma busca de literatura foi realizada para artigos publicados de 1990 a fevereiro de 2003. As questões mais frequentemente utilizadas foram: função mastigatória (86%), estética (77%) e satisfação geral (67%). Concluíram que os instrumentos validados, como o *OHIP*, eram cada vez mais utilizados. Poucos estudos com alto nível de evidência foram encontrados.

HEYDECKE *et al.* (2005) realizaram um estudo clínico controlado randomizado, com o propósito de determinar o impacto entre *overdentures* de dois implantes e próteses removíveis convencionais totais, no aspecto das atividades social e sexual. Cento e dois pacientes, com idade entre 35-65 anos, foram selecionados. O questionário de impacto social avaliou a atividade social e sexual na fase inicial e dois meses após o tratamento. A saúde bucal relacionada com a QV foi medida com o *OHIP*. As pessoas com *overdenture* sentiram-se menos inquietos com o beijo e menos desconfortáveis durante a atividade sexual, do que as pessoas com prótese removível total comum. Concluíram que os edêntulos desenvolvem um impacto negativo na vida social e sexual. *Overdentures* mandibulares propiciam maior melhoria do desconforto nas atividades íntimas do que as próteses removíveis convencionais.

JAGGER *et al.* (2006), em ensaio clínico controlado randomizado, levantaram a hipótese de que as *overdentures* mandibulares implantorretidas eram significativamente melhores do que as próteses totais convencionais. Com a finalidade de comparar essas duas opções de

tratamento reabilitador 118 pacientes edêntulos, selecionados aleatoriamente, foram divididos em dois grupos: um grupo (n=58) tratados com próteses totais convencionais e outro grupo (n=33) com *overdentures* implantorretidas. Os pacientes responderam a um questionário de 49 itens do *OHIP* previamente ao tratamento e após três meses. O mecanismo de conexão foi o sistema bola, instalado sobre dois implantes inseridos na região interforaminal. Os resultados foram comparados antes e após o tratamento. As próteses totais convencionais mandibulares apresentaram a maior causa de insatisfação, porém, não houve diferença de significância estatística pós-tratamento, entre grupos.

ASSUNÇÃO *et al.* (2007) compararam a satisfação e a QV uma população de idosos usuários de próteses removíveis mandibulares convencionais ou *overdentures* implantorretidas. Trinta e quatro pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo I - Usuários de próteses totais; Grupo II - Usuários de próteses totais superiores e de *overdentures* implantorretidas mandibulares. Os pacientes foram submetidos a um questionário baseado no *OHIP* e QV relacionada com a saúde bucal para avaliar seus níveis de satisfação e QV com suas próteses. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em relação ao conforto, estética, mastigação, capacidade, satisfação geral, dor, funcionais, fonéticas, sociais, psicológicas e limitações. Comparando-se a estabilidade da prótese inferior, o grupo II apresentou os melhores resultados. Embora a estabilidade da prótese total mandibular implantorretida fosse melhor se comparada a uma prótese convencional, os níveis de QV e satisfação foram semelhantes em ambos os grupos.

BARBIERI & RAPOPORT (2009) recuperaram a integração familiar e social, a manutenção da saúde geral, elevando a expectativa de vida. Compararam o impacto da reabilitação oral com próteses implanto-muco-suportadas e com próteses totais convencionais na QV de 36 indivíduos (18 homens e 18 mulheres) que tiveram perda dental no arco inferior e receberam reabilitação oral com próteses totais removíveis, sendo substituídas por próteses implanto-muco-suportadas. A idade média dos indivíduos foi de 60,98 anos. Um formulário no formato de entrevista - 14) foi respondido por duas vezes, avaliando-se a alteração da condição bucal, ou seja, verificaram se a substituição da prótese total removível pela implanto-muco-suportada, interferiram na sua QV. Concluíram que a QV do paciente melhorou após a substituição de próteses totais removíveis por próteses totais implanto-muco-suportadas.

HOBKIRK *et al.* (2009) comparam, prospectivamente, o tratamento de *overdentures* implantorretidas mandibulares com próteses removíveis totais convencionais. Relataram resultados após sete anos do uso de próteses, utilizando questionários adicionais. Pacientes com *overdentures* implantorretidas continuaram satisfeitos com a sua prótese removível mandibular e sua dieta, do que aqueles que utilizavam próteses removíveis totais convencionais. Cerca de 50% do grupo de implantes que responderam ao questionário tinham suas próteses removíveis refeitas. Os outros 50% mantiveram-se satisfeitos com suas próteses removíveis originais. Concluíram que *overdentures* mandibulares com dois implantes intraósseos, permitiram melhor função do que próteses totais convencionais.

ELLIS *et al.* (2010) comparam o impacto do aconselhamento dietético personalizado, na satisfação dos pacientes com suas próteses e QV, relacionados com a saúde bucal em pacientes usando *overdentures* implantossuportada mandibular ou próteses removíveis convencionais. Nesse estudo prospectivo, composto por 28 pacientes com *overdentures* implantorretida mandibular por dois implantes, e 26 pacientes com próteses removíveis convencionais, preencheram, antes e seis meses após a prestação de aconselhamento nutricional dietético personalizado, o questionário de satisfação de próteses, bem como os 20 itens OHIP-20. Os resultados mostraram que aos seis meses, após a prestação de aconselhamento nutricional individualizado, o grupo *overdentures* obteve satisfação significativamente maior do que o grupo convencional para o conforto de prótese.

ASSUNÇÃO *et al.* (2010), em revisão de literatura, estudaram a satisfação de pacientes idosos quanto ao tratamento com próteses totais convencionais e *overdentures*. Observou-se na maioria dos artigos a superioridade da terapia *overdenture* mandibular implantorretida sobre a confecção de próteses totais em relação à satisfação do paciente e à QV. Embora o tratamento com implantes apresentassem maior satisfação do paciente e melhoria da QV, não foi possível estabelecer uma comparação direta entre os estudos devido a diferenças nas metodologias adotadas.

THOMASON (2010) realizou meta-análise de estudos relativamente ao efeito do tratamento com implante de edentulismo com reabilitação por *overdentures* mandibulares. A faixa etária variou de 35 a 80 anos, e todos os pacientes usavam próteses totais convencionais maxilar e mandibular,

ou implantorretida mandibular e próteses removíveis convencionais maxilares. Os principais resultados foram satisfação geral e QV relacionadas à saúde bucal e as medidas de QV geral de saúde. Estudou-se o efeito tratamento sobre a satisfação do paciente em geral, em seis estudos com uma população de 588 participantes (n=322 *overdentures* mandibulares; n=266 próteses removíveis convencionais). Para o efeito da prótese mandibular na QV relacionada à saúde bucal, a meta-análise incluiu somente estudos usando o *OHIP* como instrumento de medição. Concluiu-se que a satisfação do paciente, em geral, associada à saúde bucal são maiores com as *overdentures* mandibulares do que com as próteses removíveis convencionais, porém, a heterogeneidade dos resultados foi observada.

3.5 *Overdenture*

CRUM & ROONEY (1978) compararam dois grupos de pacientes edentados totais inferiores, sendo um grupo portador de próteses totais convencionais e outro portador de *overdentures*. Observaram que os pacientes que utilizavam *overdentures*, durante um período de cinco anos, apresentaram uma média de perda óssea de 0,6mm, e os de próteses convencionais, em torno de 5,9mm. Observaram, ainda, que a eficiência mastigatória dos pacientes com *overdentures* foi de 80% e de próteses totais convencionais de 60%, em relação aos dentes naturais.

BURNS *et al.* (1995) encontraram em sua pesquisa resultados que indicaram a *overdenture* como um tratamento que oferecia os melhores resultados para pacientes edêntulos totais, pois, além de diminuir a

reabsorção óssea, também, possuía boa estabilidade e retenção. Pacientes com próteses totais muito antigas e, portanto, mal adaptadas e com a oclusão desbalanceada pelo desgaste dos dentes, apresentaram maior taxa de reabsorção óssea, pois as cargas mastigatórias incidiram sobre o rebordo de maneira deletéria. Esse mecanismo promoveu uma reabsorção óssea mais veloz. Os autores avaliaram, em 17 pacientes com próteses totais convencionais pré-existentes, a retenção e estabilidade das próteses após a colocação de dois implantes mandibulares, bem como transformação da prótese total convencional em uma *overdenture*. O estudo indicou uma clara superioridade da *overdenture* quando comparada às próteses totais convencionais originais, tanto na estabilidade e na retenção das próteses, quanto na diminuição da reabsorção alveolar.

GOTFREDSEN & HOLM (2000) observaram que as próteses fixas eram consideradas as mais estáveis, propiciando melhor função, recompondo os arcos dentais o mais próximo possível da dentição natural. Entretanto, a higienização dos pilares de uma *overdenture* era muito mais fácil e essa prótese, em muitos casos, poderia ser mais estética, além do que, vários pacientes edentados totais que utilizavam próteses totais por anos, encontraram dificuldades de adaptação para usar uma prótese fixa sobre implantes durante o sono. Porém, em um estudo longitudinal comparativo de cinco anos, verificaram que as *overdentures* apresentaram menor índice de complicação e menos manutenção dos suportes do que as próteses fixas. Concluíram que as *overdentures* implantossuportadas deveriam ser a primeira proposta de tratamento para os pacientes totalmente edentados.

STRONG & CALLAN (2001) propuseram o uso de quatro implantes ferulizados com uma barra, que proporciona melhor estabilidade, aumento da resistência às forças laterais e de deslocamento, bem como, melhor distribuição das tensões na interface implante-osso. Afirmaram que o tratamento cirúrgico e restaurador, somente resultaria em sucesso quando estabelecido um tratamento harmônico em conjunto com o laboratorial. As *overdentures* implantossuportadas demonstraram ser um tratamento de sucesso para pacientes totalmente edentados.

AWAD *et al.* (2003a) realizaram ensaio clínico randomizado, que comparou a eficácia relativa das *overdentures* mandibulares retidas por dois implantes e uma barra de ligação, com próteses removíveis convencionais. Edêntulos adultos com idade entre 35 e 65 anos foram divididos aleatoriamente em dois grupos, nos quais 48 receberam uma prótese convencional mandibular e 54 uma *overdenture* com dois implantes e uma barra. Uma escala analógica visual foi aplicada antes do tratamento e dois meses após. O grupo implante obteve avaliações significativamente mais elevadas no conforto, estabilidade e facilidade de mastigação.

HASHEM, CLAFFEY, O'CONNELL (2006) estudaram a experiência da dor e da ansiedade, após a colocação de implantes dentais por meio de questionários e medidores salivares. Dezoito pacientes (12 mulheres e 6 homens) que receberam 30 implantes foram selecionados para o estudo. Após a colocação do implante, a maioria dos pacientes relatou uma interferência de leve a moderada com as atividades diárias e de sintomas pós-operatórios. Nenhum dos pacientes referiu altos níveis de qualquer sintoma. A média da dor diminuiu significativamente com o tempo, mas

foram maiores no primeiro dia pós-operatório, embora tenha reduzido para cerca de metade do nível máximo, no segundo ou terceiro dia. Pacientes de autoavaliação indicaram que a colocação do implante é um procedimento leve a moderadamente dolorosa e provoca ansiedade. Algumas limitações das atividades diárias e os sintomas são esperados particularmente durante os primeiros três dias pós-operatórios.

CARRADORI *et al.* (2007) analisou alterações que poderiam ou não se manifestar no ciclo mastigatório de pacientes com prótese total convencional superior e *overdentures* mandibulares, com e sem a retenção da barra, simulando, nessa última condição, uma prótese apenas mucossuportada. Foram selecionados nove pacientes com idade entre 35 e 58 anos, sem histórico ou sintomatologia de disfunção temporomandibular e que foram reabilitados na Clínica da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FUNDECTO). Os resultados não apresentaram diferenças significantes para os registros com e sem barra.

STOKER, WISMEIJER, VAN WAAS (2007), realizaram estudo de oito anos de seguimento de um ensaio clínico randomizado, sobre cuidados posteriores e análise de custo com três tipos de *overdentures* mandibulares implantorretidos. Cento e dez indivíduos receberam, aleatoriamente, um dos três tipos de *overdentures* implantorretidos e foram avaliados relativamente ao pós-tratamento e custos. Os custos iniciais constituíram 75% dos custos totais e foram significativamente maiores no grupo com uma barra de quatro implantes, comparando-se ao grupo com uma barra de dois implantes e ao grupo com encaixe do tipo bola de dois implantes.

Concluiu-se que uma *overdenture* com uma barra de dois implantes poderia ser a mais eficiente em longo prazo.

SIADAT *et al.* (2008) avaliaram o efeito da idade, gênero e história protética passada (período de edentulismo, número de próteses totais antes do tratamento com implantes, e o número de consultas de ajuste) sobre avaliações dos pacientes sobre a satisfação (conforto, higiene, conservação, aparência, fala, mastigação e satisfação global). No estudo retrospectivo, 55 pacientes tratados com *overdentures* mandibulares retidos por implantes preencheram os critérios de inclusão no estudo. Cada paciente foi convidado a preencher um questionário para avaliar seu grau de satisfação com a prótese e outros aspectos da satisfação, tais como conforto, estética, funcionalidade e higiene. Os pacientes mostraram-se satisfeitos com a estética e o conforto. Números de consultas de ajuste apresentaram correlação positiva com conforto e correlação negativa com a satisfação da estética. Concluiu-se que a satisfação foi correlacionada com a idade, gênero e história protética passada dos pacientes reabilitados com *overdentures* implantossuportados.

MEIJER *et al.* (2009) estudam prospectiva e comparativamente a avaliação da taxa de sobrevivência, a condição dos tecidos peri-implantares, a satisfação do paciente e cuidados pós-cirúrgicos e protéticos com o uso de uma *overdenture* mandibular durante dez anos de seguimento. Três grupos de 30 pacientes edêntulos foram tratados com dois implantes osseointegrados na região interforaminal da mandíbula. Os parâmetros clínicos e radiográficos foram avaliados imediatamente após a conclusão do tratamento protético e após 1, 5 e 10 anos de carga funcional.

A taxa de sobrevivência de dez anos foi de 93%. Concluíram que dois implantes colocados na região ligada a uma barra forneceram uma base adequada para o apoio de um *overdenture* mandibular em paciente edêntulo. Após dez anos não houve mudanças relevantes entre os três sistemas de implantes.

HECKMANN *et al.* (2009) estudaram a melhoria e a estabilidade, em longo prazo, sobre a adaptação neuromuscular em *overdentures*. A adaptabilidade funcional do sistema neuromuscular em pacientes edêntulos foi estudada em quatro diferentes estados de reabilitação: (1) próteses totais convencionais; (2) próteses totais completas e novas; (3) *overdentures* mandibulares; (4) *overdentures* mandibulares em uso há dez anos. Em cada estado da reabilitação foi avaliada a adaptação neuromuscular durante a atividade mastigatória. Alterações significativas entre os estados (2) e (3) indicaram que o *overdenture* foi acompanhado por um aumento imediato dos parâmetros neuromusculares, trazendo evidências de adaptação neuromuscular próximos aos valores de dentados saudáveis.

SAHA & RAY-CHAUDHURI (2009) relataram que a prótese inferior removível implantossuportada é considerada o padrão ouro na reabilitação oral de edêntulos na mandíbula. A simplicidade, mínima invasividade, previsibilidade, eficácia e acessibilidade é uma opção atrativa de tratamento. Os métodos comumente utilizados para ancoragem dos *overdentures* sobre implantes utilizam barras e diferentes tipos de encaixes, no entanto, sugerem que nenhum método é significativamente superior ao outro.

DELLA-VECCHIA *et al.* (2009) estudaram a autopercepção da QV, ligada à saúde, de dois usuários de próteses totais convencionais ou implantorretidas. Uma entrevista foi conduzida com os dois pacientes, por meio de um questionário baseado no *OHIP-EDENT*, com respostas em formato aberto. Um portava uma *overdenture* mandibular com próteses totais convencionais de maxilar e o outro, um par de próteses fixas. Evidenciou-se que as próteses totais fixas sobre implantes restauraram efetivamente o conforto físico e psicossocial. Limitações relativas ao tratamento foram percebidas, como a retenção de alimentos sob próteses fixas apesar de não influenciarem a QV de forma pronunciada.

SEMPER, HEBERER, NELSON (2010) realizaram estudo para determinar a existência de uma relação entre o comprimento da barra de extensão distal e a quantidade de perda óssea marginal ao redor dos implantes nas barras de retenção das *overdentures*. Quarenta e oito pacientes edêntulos totais foram tratados com 313 implantes dentais, sendo 30 próteses de maxila, 172 implante, e 36 de mandíbula, 141 implantes. O número e o comprimento de implantes não se correlacionaram com a perda óssea. Concluíram que as extensões de barra distal, de até 12mm, são opção de tratamento adequada.

ANDREIOTELLI, ATT, STRUB (2010) realizaram revisão de literatura sobre as controvérsias quanto ao sistema de ancoragem utilizado, e indicações para maxila e mandíbula. A busca foi focada em ensaios clínicos randomizados, controlados e prospectivos com períodos de acompanhamento de pelo menos cinco anos em artigos publicados entre 1980 e 2008. Constataram que as *overdentures* implantossuportadas ou

implantorretidas na mandíbula fornecem resultados previsíveis com uma maior estabilidade e retenção. Evidência científica mostrou maior taxa de sobrevivência de implantes na mandíbula e maior frequência de complicações protéticas para *overdentures* nos maxilares superiores.

RENTSCH-KOLLAR, HUBER, MERICSKE-STERN (2010) acompanharam, por dez anos, 147 pacientes com um total de 314 implantes, com *overdenture* sobre implantes em mandíbula. Avaliaram complicações e manutenção da prótese. As próteses foram conectadas aos implantes por meio de sistema de retenção do tipo barra-clipe ou encaixe bola (*o'ring*). A manutenção regular foi fornecida com, pelo menos, uma ou duas visitas programadas por ano. Complicações com os dispositivos de retenção representaram a maior parte do problema, bem como a conexão do tipo bola, mais prevalente comparado ao outro sistema, relacionado à troca das borrachas de retenção. Concluiu-se que, apesar das circunstâncias específicas do envelhecimento da população, é possível a prestação de cuidados em longo prazo, resultando em bom prognóstico e baixo risco para essa modalidade de tratamento.

ARAGON *et al.* (2010) avaliaram desempenho dos alunos de odontologia na confecção de um *overdenture* mandibular de dois implantes em comparação com as próteses removíveis convencionais para determinar se foram bem sucedidas. Vinte alunos e 20 pacientes foram divididos em dois grupos: prótese total e *overdenture*. O progresso dos alunos foi avaliado em cada consulta e dada pontuação de avaliação clínica. O sucesso da prótese foi verificado com a aplicação de um formulário que avaliou a qualidade da prótese removível. O desempenho dos dois grupos não foi

diferente em termos estatísticos, portanto, os alunos fabricaram, com sucesso, os dois tipos de prótese.

RENTSCH-KOLLAR, HUBER, MERICSKE-STERN (2010) relataram que a *overdenture* mandibular é uma modalidade de tratamento popular bem documentado na literatura. Estudos de acompanhamento com um longo período de observação são difíceis de executar, devido ao aumento da idade dos pacientes. Os dados resumem observação clínica em longo prazo. No período compreendido entre 1984 a 2008, 147 pacientes com o total de 314 implantes, haviam completado um período de acompanhamento com mais de dez anos. O estudo demonstrou que as *overdentures* são uma solução favorável para pacientes edêntulos com manutenção regular. Apesar das circunstâncias específicas em uma população em envelhecimento é possível uma prestação de cuidados, em longo prazo, resultando em bom prognóstico e baixo risco para essa modalidade de tratamento, trazendo longevidade a esse tipo de reabilitação.

BRENNAM *et al.* (2010) avaliaram e compararam a satisfação do paciente e QV relacionados com a saúde bucal, em pacientes tratados com *overdentures* implantossuportadas e próteses fixas completas sobre implantes. A partir de uma base de dados de pacientes submetidos a tratamento com implantes, durante o período de seis anos, uma casuística de 62 pacientes identificados, tiveram, pelo menos, quatro implantes colocados em um arco edêntulo e foi reabilitado com *overdenture* ou uma prótese total fixa. Os pacientes foram examinados e um questionário estruturado, autoaplicável e de respostas múltiplas, incluindo o impacto de *OHIP-14*, foi adotado. A satisfação do paciente foi muito elevada, tanto no

grupo com *overdentures*, como no de prótese fixa. O grupo *overdenture* teve menor satisfação com a capacidade de mastigação e estética. Na capacidade de executar medidas de higiene oral, o grupo de prótese fixa demonstrou menor satisfação. Uma vez que as preferências dos pacientes e do dentista influenciaram no tipo de prótese fornecida, sugeriu-se que fatores relacionados ao paciente foram os principais determinantes da satisfação e dos resultados do tratamento.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DA PESQUISA

Este foi um estudo prospectivo longitudinal, analítico, controlado, sem mascaramento (aberto), não aleatorizado (consecutivo) interinstitucional, realizado através de dados, obtidos de forma autoadministrado assistido, com utilização de questionários (ANEXOS 1, 2, 3) e por entrevista (ANEXO 4); coletados dados sociodemográficos, preenchida ficha clínica e anamnese (APÊNDICE 1).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) / Hospital São Paulo (APÊNDICE 2), com anuência do CEP da Universidade de São Paulo (USP) (APÊNDICE 3), e concordância do corpo diretivo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia / Fundação da Faculdade de Odontologia - Universidade de São Paulo (FUNDECTO/FFO-USP (APÊNDICE 4).

Todos os pacientes receberam e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 5). Assinaram o termo: o paciente, uma testemunha e o pesquisador deste estudo, Dr. Antonio Parenti Filho. Receberam, ainda, Termo de Autorização para Documentação Fotográfica (APÊNDICE 6) que foi assinada exclusivamente pelo paciente.

4.2 CASUÍSTICA

De 2008 a 2010 foram selecionados 27 pacientes da pós-graduação FUNDECTO/FFO-USP. Foram estabelecidos grupos estudo e controle, de forma não aleatória (consecutiva).

Foi realizada análise estatística dos dados sociodemográficos, utilizando o Teste de Igualdade de Duas Proporções, em relação ao gênero e escolaridade, e o Teste de Mann Whitney para idade (APÊNDICE 7 E ANEXO 5).

O grupo estudo foi composto por 15 indivíduos e o controle por 12. Todos os pacientes usavam próteses totais removíveis (dentaduras) inferiores e superiores, e mostraram interesse pelo tratamento com *overdentures*.

Para a seleção dos pacientes foram adotados os seguintes critérios:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade de 60 a 85 anos.
- Próteses totais convencionais inferiores e superiores há pelos menos um ano.
- Consentimento por escrito da pesquisa.
- Ambos os gêneros.
- Pacientes alfabetizados.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mandíbula com osso insuficiente na região anterior, em que não fossem possíveis a instalação de implantes com comprimento de 10mm, e diâmetro de 3,75mm, constatado através de exames tomográficos.
- Qualquer tipo de enxertia óssea e/ou implantes osseointegrados.
- Insucesso anterior com implantes osseointegrados.
- Contraindicação médica, devido ao estado geral de saúde e doenças sistêmicas.
- Capacidade cognitiva insuficiente, constatada através do Mini-Mental (ANEXO 4) Nota de corte 24/25.

4.3 PROCEDIMENTOS OPERATÓRIOS (FASES OPERATÓRIAS)

4.3.1 Fase pré-operatória

Os pacientes receberam e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 5), redigido em linguagem simples e clara, e com o Termo de Autorização para Documentação Fotográfica (APÊNDICE 6), foram coletados dados sociodemográficos, preenchida ficha clínica, e realizada anamnese (APÊNDICE 1) e aplicação do mini-mental (ANEXO 4), pelo pesquisador. Foram considerados os seguintes pontos de corte: 24/25, para indivíduos com presença de instrução formal prévia.

Foram solicitados os seguintes exames complementares:

EXAMES COMPLEMENTARES

- Radiografia panorâmica.
- Tomografia do da mandíbula.
- Exames laboratoriais de sangue e urina (APÊNDICE 8).

Após a realização destes exames foi feita uma moldagem inicial com moldeira metálica de estoque (inox) e alginato (*Jeltrate Dust Less*), e, a partir desta, modelos vazados em gesso pedra (tipo II *asfer*) para o estudo e o planeamento cirúrgico-protético, com confecção e prova do guia cirúrgico em resina acrílica (*Jet Clássico*) (FIGURA 1). Agendada a cirurgia, foi aplicada a 1ª fase dos questionários, com intervalo de uma semana.



FIGURA 1. Prova do guia cirúrgico com localização da instalação dos implantes regiões 44/43/33/34.

A área de eleição foi entre o 1º pré-molar inferior direito e o 1º pré-molar inferior esquerdo, nas regiões 44/43/33/34 (FIGURA 2), na qual foi elaborado o planeamento de instalação de quatro implantes.

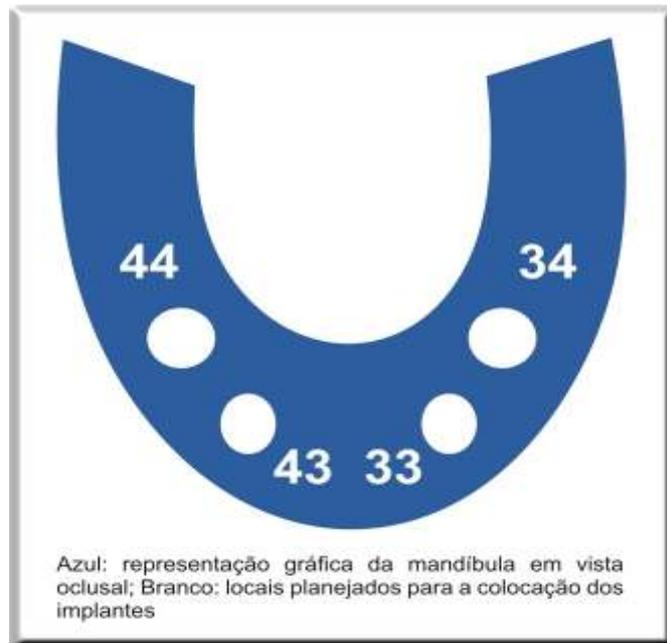


FIGURA 2. Visão esquemática do posicionamento dos quatro implantes.

Inicialmente, foram indicados dois comprimidos de amoxicilina (*Medley*) 500mg via oral, 3 horas antes da cirurgia para a colocação dos implantes.

4.3.2 Fase operatória

Foram utilizados quatro implantes de titânio (Dentoflex) nacionais, osteointegrados. O procedimento cirúrgico foi executado com anestesia local (Mepi-Levo/20, DFL), incisão na altura do rebordo da crista alveolar mandibular na região anterior, com lâmina de bisturi (nº 15 - Solidor), descolamento da mucosa e periósteo, e utilização das fresas cirúrgicas (Dentoflex - 2.9mm) (FIGURA 3), para confecção do local de colocação dos implantes, e posterior travamento dos implantes, conforme planejamento

definido anteriormente (FIGURA 4), e sutura final (fio 3.0 / Seda *Silk*, *Ethicon*).



FIGURA 3. Fresas 2.9mm de diâmetro e implante 3,75mm de diâmetro e 10mm de comprimento.

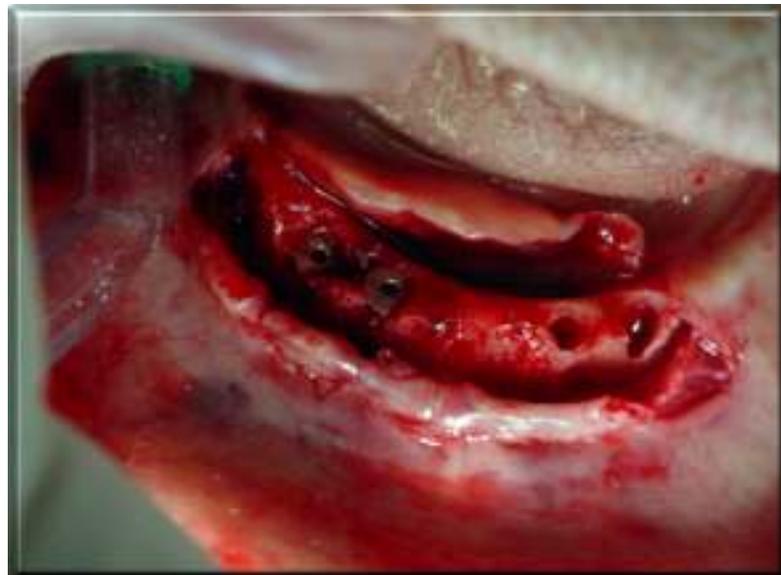


FIGURA 4. Fresagem do osso mandibular e posterior colocação dos implantes.

4.3.3 Fase pós-operatória:

Após a mucosa já suturada (fio 3.0 / Seda *Silk*, *Ethicon*) para a cobertura total dos implantes (FIGURA 5A), foi retomada a fase medicamentosa, com administração de antibióticos (Amoxicilina / 500mg, *Medley*) anti-inflamatórios (Piroxicam 20mg / Endoterapica do Brasil) e antisséptico bucal (Clorexidina / Periogard, Colgate) (APÊNDICE 9), durante sete dias. Foram fornecidas orientações pós-cirúrgicas por escrito (APÊNDICE 10). A prótese de uso do paciente (FIGURA 5B) foi desgastada na região em que foram instalados os implantes, com brocas multifacetadas, de baixa rotação (tipo Carbide), para uso provisório e como protetor da área cirúrgica.

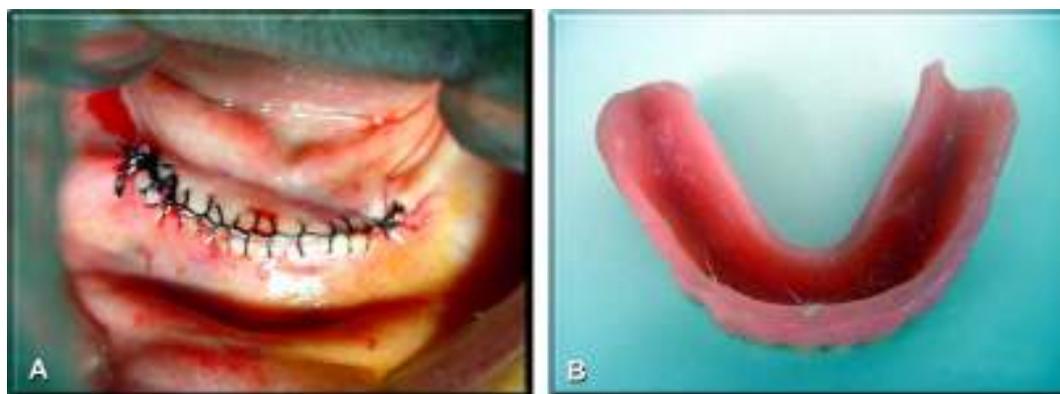


FIGURA 5. Fase pós-operatória: (A) Sutura da mucosa. (B) Prótese provisória com alívios na região dos implantes, parte interna.

4.3.4 Fase pré-Protética

Após quatro meses da cirurgia de colocação dos implantes, foi realizada avaliação clínica e procedimento cirúrgico com anestesia local (Mepi-Levo/20, DFL), incisão gengival, com lâmina de bisturi (nº 15 - Solidor) para abertura gengival e retirada dos parafusos de cobertura do

implante (*cover-screw* - Dentoflex) e sua substituição por cicatrizadores gengivais (Dentoflex - 3mm de altura, 3,75mm de diâmetro) e posterior sutura. (fio 3.0 - Seda *Silk*, *Ethicon*). Após uma semana foi removida a sutura (FIGURA 6A) e, após mais uma semana, percebia-se o perfil de emergência gengival (FIGURA 6B).

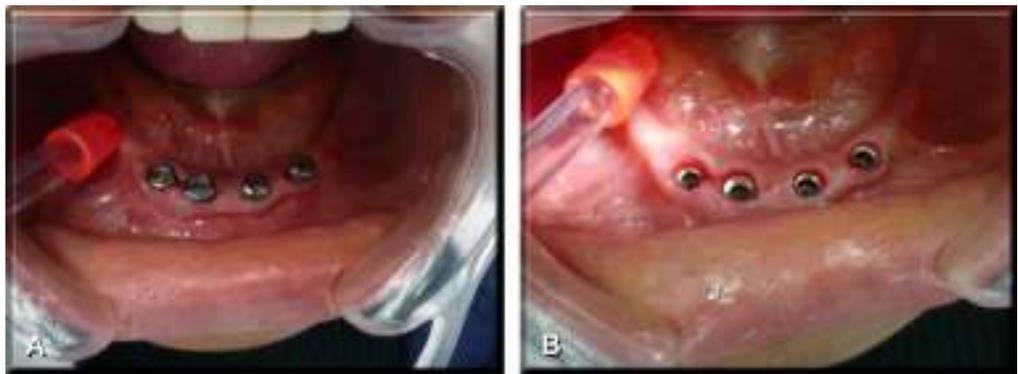


FIGURA 6. Fase protética: (A) Cicatrizadores gengivais. (B) Perfil de emergência gengival após retirada dos cicatrizadores. (C) Visão esquemática da abertura de implantes e colocação de cicatrizadores Fonte: Spiekermann Hubertus (2000).

4.3.5 Fase Protética

Quinze dias após a cirurgia de abertura dos implantes (fase pré-protética), foi iniciada a fase protética. Foi realizada a instalação dos transferentes de moldagem nos implantes, após a retirada dos cicatrizadores. A moldagem superior e inferior realizou-se através de moldeiras acrílicas (Jet Clássico) individuais, com silicone (Zetaplus/Zhemack). Após a retirada da moldeira inferior da boca do paciente, retirou-se os transferentes e adaptou-se os análogos dos implantes. Após removidos e reposicionados estes análogos/transferentes na moldagem, foi vazado gesso pedra (tipo III Asfer) e obtido modelo de trabalho para desenvolvimento da reabilitação protética na região superior,

para prótese total convencional e inferior para *overdenture*. Desenvolveu-se uma placa base em resina acrílica e cera (*SS White*) (FIGURA 7A), para referência de mordida e estabelecimento da dimensão vertical, verificada linha do sorriso, cor e forma dos dentes para montagem em articulador semiajustável (Bioart) (FIGURA 7A). A devida checagem e ajuste oclusal foi realizada na boca do paciente. Iniciou-se a confecção da barra metálica (Níquel-Cromo), por meio da esplintagem dos quatro implantes (FIGURA 7C). A barra, já fundida, foi instalada para captura dos encaixes tipo clipe e bola (*o'ring*) (Dentoflex) diretamente na boca do paciente (FIGURA 7C). Foram utilizados dentes (Natusdent) conexões protéticas (Dentoflex) nacionais. Prova final da peça. A entrega foi realizada após os últimos ajustes e polimento final da peça, e finalmente ativação funcional da *overdenture*, sem incômodos ou desconfortos para o paciente.

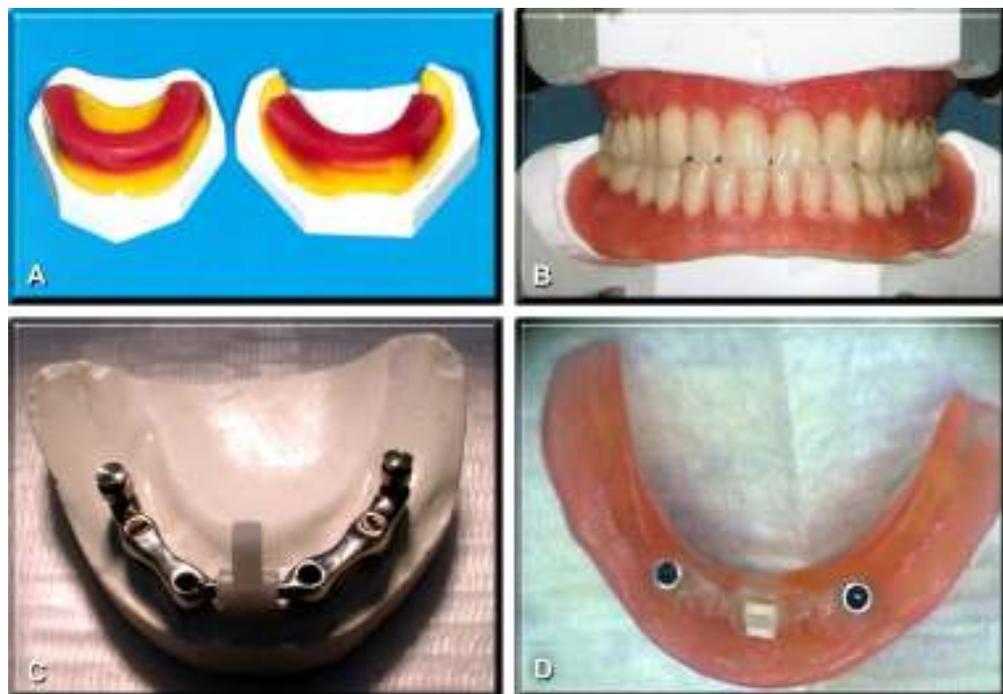


FIGURA 7. Fase protética: (A) Base de prova. (B) Montagem dos dentes. (C) Barra metálica fundida com clipe. (D) *Overdenture* visão interna oclusal.

4.3.6 Fase Pós-protética

Sessenta dias após a entrega da prótese em função (FIGURA 8), já totalmente adaptada, sem desconfortos e com função mastigatória, foram realizados exames radiográficos (Kodak) (FIGURA 9) de controle dos níveis ósseos ao redor dos implantes e exame clínico com espelho bucal e sonda, com a aplicação da 2ª e última fase dos questionários.

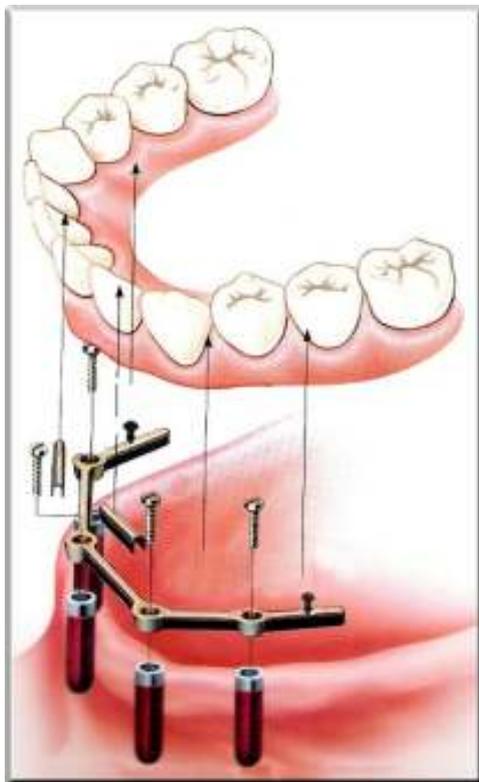


FIGURA 8. Visão esquemática da reabilitação com encaixes sobre implantes.



FIGURA 9. Radiografia periapical da região dos implantes.

FONTE: SPIEKERMANN HUBERTUS (2000).

4.4 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E AUTO-ESTIMA (APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS)

4.4.1 Questionário *Short Form-36 (SF-36)*

Utilizou-se questionário genérico *SF-36* (ANEXO 1) para avaliação da QV, constituído de uma questão comparativa e mais 35 itens distribuídos em dez questões, que enfatizam a percepção do indivíduo sobre sua saúde, abrangendo oito domínios:

a)	Estado geral de saúde: avalia a percepção que o indivíduo tem de sua própria saúde e sua expectativa em relação ao futuro desta.
b)	Capacidade funcional: avalia como o indivíduo realizou suas tarefas diárias habituais, como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, entre outros.
c)	Aspectos físicos: avalia como a saúde física interferiu com as atividades domésticas ou profissionais habituais.
d)	Aspecto emocional: avalia como o estado emocional interferiu nas atividades diárias domésticas ou no trabalho.
e)	Aspectos sociais: avalia o quanto às atividades sociais habituais do indivíduo foram afetadas por seu estado físico ou emocional.
f)	Dor: avalia o indivíduo em relação à dor.
g)	Vitalidade: avalia o grau de energia e disposição do indivíduo para realizar suas tarefas diárias.
h)	Saúde mental: avalia a interferência de sentimentos como ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade no cotidiano do indivíduo.

Para avaliação dos resultados do *SF-36* é foi atribuída uma pontuação para cada questão, e estes valores foram posteriormente transformados em uma escala de 0 a 100 (ANEXO 1), em que zero

corresponde ao pior estado de saúde e cem à melhor, sendo cada dimensão (domínio) analisada em separado (CICONELLI, 1999).

Para cada item há uma nota atribuída, depois, cada grupo de questões é agrupado e somado dentro de um dos oito domínios. O valor de cada domínio é subtraído de um valor correspondente pré-determinado, multiplicado por 100 e dividido por outro valor correspondente descrito em variação do escore (ANEXO 1). O resultado é um valor de 0 a 100 para cada domínio, quanto mais elevado, maior a QV naquele domínio (a questão nº 2 não entra no cálculo de nenhum domínio).

4.4.2 Questionário de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM

No questionário de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM (ANEXO 2) há, para cada uma das dez questões, quatro alternativas mas, para cada uma, há uma escala de valores diferentes que atribui de “A” a “D” valores de 0 a 3 nas questões nº 1, 3, 4, 7, e 10, ou valores de 3 a 0 nas questões 2, 5, 6, 8 e 9. Estes valores são somados e o valor final varia de 0 a 30, em que zero é a maior autoestima mensurável por este questionário, e 30 é a menor autoestima mensurável (ANEXO 2) (ROSENBERG, 1965).

4.4.3 Questionário *Oral Health Impact Profile (OHIP)*

Foi utilizado também o questionário *OHIP* versão brasileira (ANEXO 3), desenvolvido por SLADE & SPENCER (1994), traduzido para a língua portuguesa e adaptado para a cultura brasileira por PIRES, FERRAZ, ABREU (2006).

O instrumento foi estruturado da seguinte maneira: as questões foram dispostas às dimensões da seguinte maneira: as respostas relativas às frequências com que o indivíduo experimentou cada uma das 49 questões por um período de referência, por exemplo, 12 meses, foram categorizadas em uma escala de frequência do tipo Likert em: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Foi incorporada a opção **não sei** para cada questão e para as questões 12, 13 e 27, específicas para quem tem os próprios dentes, e 17, 18 e 30, específicas para usuários de próteses removíveis, também foi acrescida a opção **não se aplica**.

Para a entrada de dados, as respostas são codificadas em 0 (nunca ou não se aplica), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (frequentemente), 4 (sempre). Respostas **não sei** e espaços em branco são considerados valores perdidos, subsequentemente recodificados com o valor médio de todas as respostas válidas à questão correspondente. Entretanto, caso mais de nove respostas são deixadas em branco ou assinaladas em **não sei**, o questionário é descartado (ANEXO 3).

As aplicações dos questionários ocorreram em dois momentos distintos, sendo a primeira na fase pré-operatória e o segundo na fase pós-protética, conforme resumos abaixo:

RESUMO DAS FASES OPERATÓRIAS		
FASE PRÉ-OPERATÓRIA	FASE OPERATÓRIA	FASE PÓS-OPERATÓRIA
7 dias antes do início do tratamento	Início do tratamento	0-7 dias após a instalação dos implantes
	Cirurgia propriamente dita (Instalação dos implantes)	Medicamentos
1ª aplicação questionários QV		

RESUMO DAS FASES PROTÉTICAS			
FASE PRÉ-PROTÉTICA	FASE PROTÉTICA		FASE PÓS-PROTÉTICA
4 meses após cirurgia propriamente dita (Instalação dos implantes)	7 dias após abertura dos implantes	2 meses após início da fase protética	60 dias após entrega da prótese em função
Cirurgia para troca do parafuso de cobertura do implante pelo cicatrizador	Moldagem modelos	Prótese final	
			2ª aplicação questionários QV

CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	
FASE PRÉ-OPERATÓRIA	FASE PÓS-PROTÉTICA
7 dias antes do início do tratamento	8 meses e uma semana após a 1ª aplicação do questionário
1ª aplicação questionários QV	2ª aplicação questionários QV

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a avaliação dos resultados, obtidos com a aplicação dos questionários *SF-36*, Escala de Autoestima Rosenberg-UNIFESP/EPM e *OHIP-49*, segundo os tempos estabelecidos, foram usados os testes não paramétricos para amostras não independentes de Wilcoxon e Mann-Whitney (APÊNDICE 11 e ANEXO 6). Para a avaliação dos dados sociodemográficos, comparando grupo estudo e grupo controle, foram utilizados o Teste de Igualdade de Duas Proporções, para gênero e escolaridade, e Teste de Mann-Whitney para idade (APÊNDICE 7). O nível de significância estabelecido foi de $\leq 0,05$ (5%).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Na TABELA 1, observou-se a comparação do grupo controle entre a 1ª fase de aplicação dos questionários (fase pré-operatória, sem intervenção) e a 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-protética, sem intervenção). Não houve diferença estatística (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 1. Comparação das Fases no Grupo Controle - Rosenberg.

CONTROLE	ROSENBERG	
	1º FASE	2º FASE
Média	7,1	6,0
Mediana	7,0	6,5
Desvio Padrão	4,3	3,9
Q1	4,5	2,5
Q3	10,8	9,8
N	10	10
IC	2,6	2,4
<i>p</i>-valor	0,147	

Teste de Wilcoxon

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra;
IC = Intervalo de Confiança.

Na TABELA 2, apresentou-se a comparação do grupo controle entre a 1ª fase de aplicação dos questionários (fase pré-operatória, sem intervenção) e a 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-protética, sem intervenção). Não se observou diferença estatística em nenhum dos sete domínios (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 2. Comparação das Fases no Grupo Controle - SF-36.

SF-36 (CONTROLE)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	p-valor
Estado Geral de Saúde	1ª Fase	72,5	77,0	25,8	77,0	80,8	10	16,0	0,622
	2ª Fase	67,3	76,0	27,0	67,0	80,8	10	16,7	
Capacidade Funcional	1ª Fase	80,0	77,5	13,1	70,0	92,5	10	8,1	0,443
	2ª Fase	75,0	80,0	24,3	66,3	93,8	10	15,0	
Aspectos Físicos	1ª Fase	92,5	100,0	12,1	81,3	100,0	10	7,5	0,461
	2ª Fase	80,0	100,0	42,2	100,0	100,0	10	26,1	
Aspecto Emocional	1ª Fase	93,3	100,0	14,1	100,0	100,0	10	8,7	0,197
	2ª Fase	76,7	100,0	41,7	75,0	100,0	10	25,9	
Aspectos Sociais	1ª Fase	76,3	81,3	26,0	62,6	100,0	10	16,1	0,888
	2ª Fase	78,8	100,0	31,8	50,0	100,0	10	19,7	
Vitalidade	1ª Fase	61,5	70,0	17,2	50,0	73,8	10	10,6	0,341
	2ª Fase	67,0	70,0	16,0	52,5	80,0	10	9,9	
Saúde Mental	1ª Fase	63,6	64,0	16,4	56,0	75,0	10	10,2	0,171
	2ª Fase	71,6	68,0	17,0	64,0	87,0	10	10,5	
Dor	1ª Fase	63,7	61,0	25,2	43,5	90,0	10	15,6	0,176
	2ª Fase	74,6	79,0	14,9	61,0	88,5	10	9,2	

Teste de Wilcoxon

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

A TABELA 3 correspondeu à comparação do grupo controle entre a 1ª fase de aplicação dos questionários (fase pré-operatória, sem intervenção) e a 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-protética, sem intervenção). Observou-se diferença estatística somente no domínio incapacidade física $p=0,007$ (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 3. Comparação das Fases no Grupo Controle - *OHIP-49*.

<i>OHIP-49</i> (CONTROLE)	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	<i>p</i> -valor	
Limitação Funcional	1ª Fase	17,8	19,0	3,4	15,8	20,0	10	2,1	0,343
	2ª Fase	16,8	17,5	3,1	16,3	18,8	10	1,9	
Dor Física	1ª Fase	20,1	18,0	11,0	12,3	26,0	10	6,8	0,358
	2ª Fase	17,8	17,0	6,3	14,3	21,0	10	3,9	
Desconforto Psicológico	1ª Fase	15,7	16,0	2,8	14,3	17,0	10	1,8	0,292
	2ª Fase	14,6	14,0	3,4	12,0	16,0	10	2,1	
Incapacidade Física	1ª Fase	20,6	20,5	7,0	19,0	25,5	10	4,3	0,007
	2ª Fase	16,0	17,0	5,5	12,3	17,0	10	3,4	
Incapacidade Psicológica	1ª Fase	12,8	13,0	4,5	12,0	14,0	10	2,8	0,108
	2ª Fase	10,2	12,5	5,6	4,5	14,8	10	3,4	
Incapacidade Social	1ª Fase	4,2	3,5	4,2	0,5	5,8	10	2,6	0,916
	2ª Fase	4,8	3,0	4,4	2,0	9,0	10	2,8	
Deficiência	1ª Fase	6,3	5,0	4,7	2,8	8,3	10	2,9	0,119
	2ª Fase	5,0	4,5	4,5	1,0	7,0	10	2,8	
TOTAL	1ª Fase	96,2	91,0	28,2	77,0	119,0	10	17,5	0,102
	2ª Fase	88,8	94,5	22,2	71,5	102,8	10	13,8	

Teste de Wilcoxon

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

A TABELA 4 referiu-se à comparação do grupo estudo entre a 1ª fase da aplicação dos questionários (fase pré-operatória, sem intervenção) e a 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-protética, com intervenção). Não se observou diferença significativa (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 4. Comparação das Fases no Grupo Estudo - Rosenberg.

CONTROLE	ROSENBERG	
	1º FASE	2º FASE
Média	5,3	4,8
Mediana	5,0	5,0
Desvio Padrão	4,0	4,5
Q1	2,3	0,0
Q3	7,3	8,5
N	12	12
IC	2,3	2,5
<i>p</i>-valor	0,323	

Teste de Wilcoxon

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

Na TABELA 5, verificou-se a comparação do grupo estudo entre a 1ª fase da aplicação dos questionários (fase pré-operatória, sem intervenção) e a 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-protética, com intervenção). Não se observou diferença significativa (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 5. Comparação das Fases no Grupo Estudo - SF-36.

<i>SF-36</i> (ESTUDO)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	<i>p</i> -valor
Estado Geral de Saúde	1ª Fase	77,8	81,0	17,5	67,0	89,5	12	9,9	0,090
	2ª Fase	64,0	62,0	25,8	52,0	83,3	12	14,6	
Capacidade Funcional	1ª Fase	86,3	95,0	18,0	78,8	100,0	12	10,2	0,203
	2ª Fase	72,9	80,0	31,8	63,8	96,3	12	18,0	
Aspectos Físicos	1ª Fase	89,6	100,0	19,8	93,8	100,0	12	11,2	0,102
	2ª Fase	75,0	100,0	35,4	50,0	100,0	12	20,0	
Aspecto Emocional	1ª Fase	88,9	100,0	21,7	91,7	100,0	12	12,3	0,414
	2ª Fase	80,5	100,0	30,0	58,3	100,0	12	17,0	
Aspectos Sociais	1ª Fase	93,8	100,0	8,4	87,5	100,0	12	4,8	0,054
	2ª Fase	83,3	93,8	24,0	75,0	100,0	12	13,6	
Vitalidade	1ª Fase	67,5	77,5	26,2	52,5	85,0	12	14,8	0,757
	2ª Fase	65,8	67,5	28,7	47,5	90,0	12	16,2	
Saúde Mental	1ª Fase	68,3	88,0	33,9	48,0	93,0	12	19,2	0,171
	2ª Fase	72,0	80,0	32,4	60,0	97,0	12	18,3	
Dor	1ª Fase	75,3	84,0	15,7	62,0	85,5	12	8,9	0,310
	2ª Fase	70,0	77,0	21,5	51,8	85,5	12	12,1	

Teste de Wilcoxon

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

A TABELA 6 representou a comparação do grupo estudo entre a 1ª fase da aplicação dos questionários (fase pré-operatória, sem intervenção) e a 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-protética, com intervenção). Observou-se diferença significativa nos domínios limitação funcional $p=0,010$; dor física $p=0,020$; incapacidade física $p=0,021$; incapacidade psicológica $p=0,040$; p -total= $0,021$. (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 6. Comparação das Fases no Grupo Estudo - *OHIP-49*.

<i>OHIP-49</i> (ESTUDO)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	<i>p</i> -valor
Limitação Funcional	1ª Fase	15,3	16,5	8,6	8,8	21,0	12	4,9	0,010
	2ª Fase	5,8	5,5	5,5	1,8	8,3	12	3,1	
Dor Física	1ª Fase	13,4	14,0	8,2	8,8	17,5	12	4,6	0,020
	2ª Fase	8,5	6,5	7,4	2,0	12,5	12	4,2	
Desconforto Psicológico	1ª Fase	10,3	9,5	6,5	6,3	16,3	12	3,7	0,090
	2ª Fase	5,9	3,0	6,8	0,0	10,3	12	3,8	
Incapacidade Física	1ª Fase	15,5	16,0	9,2	11,5	19,5	12	5,2	0,021
	2ª Fase	8,1	6,5	7,4	1,5	14,3	12	4,2	
Incapacidade Psicológica	1ª Fase	7,5	7,0	6,1	2,0	10,5	12	3,5	0,040
	2ª Fase	3,3	2,0	3,7	0,0	6,0	12	2,1	
Incapacidade Social	1ª Fase	3,3	0,5	5,9	0,0	3,3	12	3,4	0,340
	2ª Fase	1,4	0,0	2,5	0,0	2,3	12	1,4	
Deficiência	1ª Fase	3,3	1,5	5,7	0,0	3,8	12	3,2	0,260
	2ª Fase	1,7	0,0	2,6	0,0	3,5	12	1,5	
TOTAL	1ª Fase	68,6	66,0	43,9	40,8	85,0	12	24,8	0,021
	2ª Fase	34,8	27,5	31,3	7,5	56,5	12	17,7	

Teste de Wilcoxon

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

Na TABELA 7, observou-se a comparação entre grupo estudo (sem intervenção) e grupo controle (sem intervenção), na 1ª fase de aplicação dos questionários (fase pré-operatória). Não houve diferença significativa (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 7. Comparação dos Grupos na 1ª Fase - Rosenberg.

CONTROLE	ROSENBERG	
	1º FASE	2º FASE
Média	7,1	5,3
Mediana	7,0	5,0
Desvio Padrão	4,3	4,0
Q1	4,5	2,3
Q3	10,8	7,3
N	10	12
IC	2,6	2,3
<i>p</i>-valor	0,320	

Teste de Mann-Whitney.

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra;
IC = Intervalo de Confiança.

A TABELA 8 correspondeu à comparação entre grupo estudo (sem intervenção) e grupo controle (sem intervenção) na 1ª fase de aplicação dos questionários (fase pré-operatória). Não se observou diferença significativa em nenhum dos oito domínios (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 8. Comparação dos Grupos na 1ª Fase - SF-36.

SF-36 (1ª FASE)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	p-valor
Estado Geral de Saúde	Controle	72,5	77,0	25,8	77,0	80,8	10	16,0	0,739
	Estudo	77,8	81,0	17,5	67,0	89,5	12	9,9	
Capacidade Funcional	Controle	80,0	77,5	13,1	70,0	92,5	10	8,1	0,151
	Estudo	86,3	95,0	18,0	78,8	100,0	12	10,2	
Aspectos Físicos	Controle	92,5	100,0	12,1	81,3	100,0	10	7,5	1,000
	Estudo	89,6	100,0	19,8	93,8	100,0	12	11,2	
Aspecto Emocional	Controle	93,3	100,0	14,1	100,0	100,0	10	8,7	0,718
	Estudo	88,9	100,0	21,7	91,7	100,0	12	12,3	
Aspectos Sociais	Controle	76,3	81,3	26,0	62,6	100,0	10	16,1	0,110
	Estudo	93,8	100,0	8,4	87,5	100,0	12	4,8	
Vitalidade	Controle	61,5	70,0	17,2	50,0	73,8	10	10,6	0,246
	Estudo	67,5	77,5	26,2	52,5	85,0	12	14,8	
Saúde Mental	Controle	63,6	64,0	16,4	56,0	75,0	10	10,2	0,233
	Estudo	68,3	88,0	33,9	48,0	93,0	12	19,2	
Dor	Controle	63,7	61,0	25,2	43,5	90,0	10	15,6	0,381
	Estudo	75,3	84,0	15,7	62,0	85,5	12	8,9	

Teste de Mann-Whitney

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

A TABELA 9 relacionou-se à comparação entre grupo estudo (sem intervenção) e grupo controle (sem intervenção) na 1ª fase de aplicação dos questionários (fase pré-operatória). Observou-se diferença significativa nos domínios incapacidade psicológica $p=0,020$ e deficiência $p= 0,049$ (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 9. Comparação dos Grupos na 1ª Fase - *OHIP-49*.

<i>OHIP-49</i> (1ª FASE)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	<i>p</i> -valor
Limitação Funcional	Controle	17,8	19,0	3,4	15,8	20,0	10	2,1	0,691
	Estudo	15,3	16,5	8,6	8,8	21,0	12	4,9	
Dor Física	Controle	20,1	18,0	11,0	12,3	26,0	10	6,8	0,147
	Estudo	13,4	14,0	8,2	8,8	17,5	12	4,6	
Desconforto Psicológico	Controle	15,7	16,0	2,8	14,3	17,0	10	1,8	0,055
	Estudo	10,3	9,5	6,5	6,3	16,3	12	3,7	
Incapacidade Física	Controle	20,6	20,5	7,0	19,0	25,5	10	4,3	0,086
	Estudo	15,5	16,0	9,2	11,5	19,5	12	5,2	
Incapacidade Psicológica	Controle	12,8	13,0	4,5	12,0	14,0	10	2,8	0,020
	Estudo	7,5	7,0	6,1	2,0	10,5	12	3,5	
Incapacidade Social	Controle	4,2	3,5	4,2	0,5	5,8	10	2,6	0,305
	Estudo	3,3	0,5	5,9	0,0	3,3	12	3,4	
Deficiência	Controle	6,3	5,0	4,7	2,8	8,3	10	2,9	0,049
	Estudo	3,3	1,5	5,7	0,0	3,8	12	3,2	
TOTAL	Controle	96,2	91,0	28,2	77,0	119,0	10	17,5	0,060
	Estudo	68,6	66,0	43,9	40,8	85,0	12	24,8	

Teste de Mann-Whitney

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

Na TABELA 10 apresentou-se a comparação entre grupo estudo (com intervenção) e grupo controle (sem intervenção) na 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-operatória). Não se observou diferença significativa (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 10. Comparação dos Grupos na 2ª Fase - Rosenberg.

CONTROLE	ROSENBERG	
	1º FASE	2º FASE
Média	6,0	4,8
Mediana	6,5	5,0
Desvio Padrão	3,9	4,5
Q1	2,5	0,0
Q3	9,8	8,5
N	10	12
IC	2,4	2,5
<i>p</i>-valor	0,443	

Teste de Mann-Whitney

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra;
IC = Intervalo de Confiança.

A TABELA 11 correspondeu à comparação entre grupo estudo (com intervenção) e grupo controle (sem intervenção) na 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-operatória). Não se observou diferença significativa em nenhum dos oito domínios (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 11. Comparação dos Grupos na 2ª Fase - SF-36.

SF-36 (2ª FASE)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	p-valor
Estado Geral de Saúde	Controle	67,3	76,0	27,0	67,0	80,8	10	16,7	0,596
	Estudo	64,0	62,0	25,8	52,0	83,3	12	14,6	
Capacidade Funcional	Controle	75,0	80,0	24,3	66,3	93,8	10	15,0	0,765
	Estudo	72,9	80,0	31,8	63,8	96,3	12	18,0	
Aspectos Físicos	Controle	80,0	100,0	42,2	100,0	100,0	10	26,1	0,472
	Estudo	75,0	100,0	35,4	50,0	100,0	12	20,0	
Aspecto Emocional	Controle	76,7	100,0	41,7	75,0	100,0	10	25,9	0,968
	Estudo	80,5	100,0	30,0	58,3	100,0	12	17,0	
Aspectos Sociais	Controle	78,8	100,0	31,8	50,0	100,0	10	19,7	0,914
	Estudo	83,3	93,8	24,0	75,0	100,0	12	13,6	
Vitalidade	Controle	67,0	70,0	16,0	52,5	80,0	10	9,9	0,791
	Estudo	65,8	67,5	28,7	47,5	90,0	12	16,2	
Saúde Mental	Controle	71,6	68,0	17,0	64,0	87,0	10	10,5	0,446
	Estudo	72,0	80,0	32,4	60,0	97,0	12	18,3	
Dor	Controle	74,6	79,0	14,9	61,0	88,5	10	9,2	0,639
	Estudo	70,0	77,0	21,5	51,8	85,5	12	12,1	

Teste de Mann-Whitney

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

Na TABELA 12, observou-se a comparação entre grupo estudo (com intervenção) e grupo controle (sem intervenção) na 2ª fase de aplicação dos questionários (fase pós-operatória). Houve diferença significativa nos sete domínios e p -total=0,001; limitação funcional $p \leq 0,001$; dor física $p=0,014$; desconforto psicológico $p=0,005$; incapacidade física $p=0,022$; incapacidade psicológica $p=0,007$; incapacidade social $p=0,031$; e deficiência $p=0,018$ (Intervenção = Cirurgia + Prótese).

TABELA 12. Comparação dos Grupos na 2ª Fase - OHIP-49.

OHIP-49 (2ª FASE)		MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	Q1	Q3	N	IC	p-valor
Limitação Funcional	Controle	16,8	17,5	3,1	16,3	18,8	10	1,9	<0,001
	Estudo	5,8	5,5	5,5	1,8	8,3	12	3,1	
Dor Física	Controle	17,8	17,0	6,3	14,3	21,0	10	3,9	0,014
	Estudo	8,5	6,5	7,4	2,0	12,5	12	4,2	
Desconforto Psicológico	Controle	14,6	14,0	3,4	12,0	16,0	10	2,1	0,005
	Estudo	5,9	3,0	6,8	0,0	10,3	12	3,8	
Incapacidade Física	Controle	16,0	17,0	5,5	12,3	17,0	10	3,4	0,022
	Estudo	8,1	6,5	7,4	1,5	14,3	12	4,2	
Incapacidade Psicológica	Controle	10,2	12,5	5,6	4,5	14,8	10	3,4	0,007
	Estudo	3,3	2,0	3,7	0,0	6,0	12	2,1	
Incapacidade Social	Controle	4,8	3,0	4,4	2,0	9,0	10	2,8	0,031
	Estudo	1,4	0,0	2,5	0,0	2,3	12	1,4	
Deficiência	Controle	5,0	4,5	4,5	1,0	7,0	10	2,8	0,018
	Estudo	1,7	0,0	2,6	0,0	3,5	12	1,5	
TOTAL	Controle	88,8	94,5	22,2	71,5	102,8	10	13,8	0,001
	Estudo	34,8	27,5	31,3	7,5	56,5	12	17,7	

Teste de Mann-Whitney

Q1 = Quartil 1; Q3 = Quartil 3; N = Tamanho da Amostra; IC = Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 QUALIDADE DE VIDA E QUESTIONÁRIOS

Vários são os conceitos de QV, porém, sempre relacionados à percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde, correspondendo aos grandes domínios: social, físico, psicológico, econômico e espiritual (WARE *et al.*, 1995).

O reconhecimento da necessidade de monitoração e avaliação do tratamento, pelo ponto de vista do paciente, fez surgir vários instrumentos criados com a finalidade de medir, subjetivamente, as condições de bem-estar dos indivíduos, demonstrando se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as estão praticando. As aplicações repetidas podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais (CICONELLI *et al.*, 1999).

Na odontologia, ainda é muito pouco difundida a idéia de QV. A utilização de questionários validados oferece suporte científico, por meio de dados estatísticos, para mensurar o bem-estar físico, emocional e psíquico denominado QV (DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004)).

A utilização do *SF-36*, da Escala de Auto-Estima Rosenberg - UNIFESP/EPM e do *OHIP*, em estudos brasileiros e nesta pesquisa, fundamentou-se no interesse de adotar-se questionários já disponíveis para a língua portuguesa, de abrangência internacional, cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e responsividade já foram

demonstradas (WARE & SHERBOURNE, 1992; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

O *SF-36* e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg são questionários desenvolvidos para avaliação da saúde na área médica. Porém, é essencial que questionários direcionados à saúde bucal sejam desenvolvidos, traduzidos e adaptados com ênfase para estes de abrangência internacional (SLADE & SPENCER, 1994).

Neste sentido, o questionário mais indicado, entre os validados disponíveis para a odontologia, foi o *OHIP-49*. Estudos realizados por PIRES, FERRAZ, DE ABREU (2006) observaram diferença de significância estatística entre as condições clínicas orais e o resultado do instrumento genérico *SF-36*. Esta constatação revela a especificidade do *OHIP-49*, já que se destina a medir o efeito dos problemas bucais sobre a QV. Foram demonstradas co-relações de significância estatística entre os resultados obtidos na aplicação simultânea do *OHIP-49* e *SF-36*, o que não ocorreu neste estudo. FLETCHER, DICKINSON, PHILP (1992) indicaram a associação de mais de um tipo de instrumento para avaliação de QV em idosos, enquanto GLIKLICH, GOLDSMITH, FUNK (1997) recomendam a aplicação de questionários genéricos e específicos em doenças da cabeça e pescoço.

O *OHIP-49* foi utilizado para capturar impactos que possam ser atribuídos a desordens bucais específicas ou síndromes. É a medida mais eficaz, já desenvolvida, para avaliar mudanças na QV decorrentes de alterações na saúde bucal (PIRES, FERRAZ, DE ABREU, 2006). Impactos são avaliados por meio de eventos adversos relativos às condições bucais. Na avaliação deste instrumento, a ausência destes sinais adversos indicam

melhor QV. A forma de aplicação pareceu adequada uma vez que o *OHIP-49* foi aplicado em vários estudos em diferentes formas autoaplicadas: distribuídas pessoalmente, pelo correio e por entrevistas pessoais pelo telefone (SLADE *et al.*, 1998).

A utilização da Escala de Rosenberg-UNIFESP/EPM forneceu dados específicos, de grande importância na QV, sobre autoestima e, ainda, algumas vantagens: capacidade de detectar pequenas alterações na autoestima, propriedades psicométricas, formato curto e de fácil entendimento (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

Devido à grande abrangência dos questionários genéricos, multidimensionais e de formas simplificadas, surgiram o *SF-12*, *SF-20* e o *OHIP-14*, *OHIP-20* e *OHIP-EDENT*, que são os *short forms* dos questionários correspondentes, com aplicação mais focada e com menor número de domínios (FERNANDES *et al.*, 2006).

A visão crítica é necessária no momento de avaliar-se qual ferramenta considera-se mais interessante, um instrumento validado, traduzido e adaptado culturalmente, com a vantagem da sua universalidade e credibilidade, ou a criação de outro mais focado para o segmento desejado, porém de uso restrito nacional (WARE & SHERBOURNE, 1992). WOOD-DAUPHINEE (1999) relatou a importância do cuidado no momento da escolha do instrumento, de acordo com o objetivo do estudo.

O bom direcionamento na escolha de um instrumento, com o necessário conhecimento da classificação em genéricos e específicos, é de fundamental importância. Os genéricos são direcionados a uma grande

variedade de população, pois considera os aspectos ligados à função e disfunção, bem como o desconforto emocional e físico. Os específicos avaliam, individual e especificamente, determinados aspectos da QV. Os dados podem ser obtidos por meio de entrevista ou autoaplicáveis, de acordo com o grau de instrução e entendimento da casuística (CICONELLI *et al.*, 1999).

A opinião do paciente é quantificada e tomada como base para decisões e indicações de futuros tratamentos, baseados no propósito final, que é a satisfação do paciente. Um paciente satisfeito é um paciente feliz, e um paciente feliz é a recompensa do bom profissional. A utilização de instrumentos válidos de medida, para determinar a percepção do indivíduo, após o tratamento, é reflexo verdadeiro da opinião do paciente, quanto às suas expectativas, frustrações ou satisfações, independente da interferência dos procedimentos clínicos (BRENNAN *et al.*, 2010).

O momento é o de dar importância à formação técnica e clínica, vinculada do lado humano. De que importa se um procedimento ou intervenção clínica segue todos os critérios pré-estabelecidos, sem que se saiba qual é a visão do paciente, de que modo o paciente se sente, se houve melhoras no seu bem-estar. É interessante discutir e conhecer o lado humano dos pacientes, suas aflições, seus desejos, suas dores, seus sentimentos, suas emoções, em fim o seu perfil. É uma negativa a tecnicidade do conhecimento como forma pura (RYFF, 1989; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

CASUÍSTICA

Os dados sociodemográficos foram avaliados pelo teste estatístico da Igualdade de Duas Proporções para gênero e escolaridade e Mann-Whitney para a idade. Não foi evidenciada diferença estatística, demonstrando a homogeneidade da casuística.

As características do estudo prospectivo, longitudinal, controlado, analítico, sem mascaramento (aberto), não aleatorizado (consecutivo), foram suficientes, exequíveis e adequadas para o estudo proposto.

Inicialmente, houve uma possibilidade para a extinção do grupo controle, considerando-se a possibilidade do indivíduo ser o controle de si mesmo (SLEVIN *et al.*, 1988). Porém, para possibilitar maior teor e respectivo resultado científico, incluiu-se o grupo controle. Contudo, notou-se, também, as limitações do grupo controle, devido a dificuldade de pareamento de características individuais entre grupo estudo e grupo controle, estado psicológico do indivíduo, influenciável, uma vez que no estudo não existiam características de nenhum tipo de mascaramento. Além disto, as dificuldades relativas à idade avançada dos pacientes fizeram com que o tempo fosse bastante significativo para os participantes deste estudo, caso pertencessem ao grupo controle. O sentimento destes pacientes referiu-se ao constante incômodo com a dificuldade mastigatória e instabilidade da prótese, o que poderia ocasionar ferimentos na boca, impedindo o uso da mesma prótese. Houve grande dificuldade de estabelecer-se este grupo, uma vez que o tratamento destes pacientes

deveria iniciar-se posteriormente, e os pacientes que procuram este procedimento têm urgência, devido às dificuldades de alimentação.

No grupo controle perdeu-se o contato de uma paciente, e de mais outro que realizou atendimento com profissional particular. No grupo estudo houve impedimento de três pacientes, devido a um falecimento, um acidente vascular cerebral e um câncer metastático.

A qualidade da casuística foi objeto de esmerado cuidado. Todos aqueles que preencheram os critérios de inclusão e de exclusão compuseram a casuística. Os pacientes interessados foram selecionados por ordem de chegada, consecutiva e não randomizada. Alguns critérios de inclusão e exclusão limitaram bastante o *n*. No critério de exclusão, por exemplo, a mandíbula com altura e largura mínimas, insuficientes para instalação de quatro implantes, bem como doenças sistêmicas foram características frequentes no paciente idoso. A capacidade cognitiva também foi uma dificuldade adicional quando trabalhamos com idosos (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

A aplicação do mini-mental faz parte dos critérios diagnósticos propostos por várias associações internacionais. Neste estudo, o questionário foi preenchido por todos os pacientes, representando um dos critérios de exclusão. A deficiência de cognição, quanto aos procedimentos e métodos adotados, pode exercer influência negativa nos resultados obtidos. LOURENÇO & VERAS (2006) mencionaram a importância da confirmação de distúrbios cognitivos, comportamentais, funcionais e ocupacionais, por um informante confiável — cuidador, parente, amigo, e outros.

APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA

Os questionários foram preenchidos por autoaplicação assistida. O paciente preencheu em domicílio, trazendo as dúvidas que foram sanadas sem interferência do autor do estudo (ROSENBERG, 1965).

O preenchimento foi cansativo para os pacientes, devido ao grande número de itens, porém, forneceu maior conteúdo à pesquisa. Os questionários, de teor científico comprovado, não pareceram de tão fácil preenchimento e entendimento no que se refere às respostas, principalmente as da escala de autoestima de Rosenberg- UNIFESP/EPM, como: concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente.

Um dado importante, notado nos questionários, foi o de que o *SF-36* referia-se às últimas quatro semanas, enquanto o *OHIP-49* reportava-se ao ano anterior, e o ROS-EPM/UNIFESP não fazia referência temporal, o que gerou dúvidas em alguns pacientes, principalmente na segunda fase dos questionários.

As instruções para o entrevistado foram lidas para o paciente, porém, sem explicações adicionais. O paciente levou consigo os questionários e foi orientado a preenchê-lo sozinho, em local calmo, com boa iluminação. A sequência de testes foi rigorosamente a mesma para todos, sem cronometragem do tempo necessário para sua aplicação (ROSENBERG, 1965).

BERTOLUCCI *et al.* (1994) estabeleceram as seguintes notas de corte: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média, e 26 para alta escolaridade. Para este estudo, foi utilizada a tradução do MEEM proposta por

BERTOLUCCI *et al.* (1994) e modificada por ALMEIDA (1988), com a nota de corte de 19/20 sem escolaridade e 23/24 para os que possuíam com histórico escolar (LOUREÇO & VERAS, 2006).

RESULTADOS

A comparação de resultados, quando se utiliza questionários genéricos (com vários domínios), torna-se bastante difícil. Portanto, para a metodização, foi estabelecida a comparação genérica em relação ao *p* total, e não aos domínios.

Relevante foi, também, a informação de que na literatura consultada, não foram encontrados estudos de QV em idosos, com *overdenture* sobre quatro implantes, mas com apenas dois.

Conforme os resultados deste estudo, constatou-se a superioridade da terapia *overdenture* implantorretida na mandíbula, sobre a confecção de próteses totais, em relação à satisfação do paciente e QV. Dentro da literatura consultada por este estudo, a maioria dos artigos de revisão de literatura e pesquisa baseada em evidência fundamentou este achado, à exemplo de ASSUNÇÃO *et al.* (2010).

A meta-análise, que inclui somente estudos usando o *OHIP* como instrumento de medição, mostrou que a satisfação do paciente, em geral e relacionada à saúde bucal, com critério de inclusão idade 35 a 80 anos, são maiores com as *overdentures* mandibulares do que as próteses removíveis

convencionais, conforme ocorreu neste estudo; porém a heterogeneidade dos resultados foi observada (THOMASON, 2010).

Na literatura consultada, observou-se que nem sempre existiram diferenças de significância estatística para a QV, quando se comparou *overdentures* mandibulares e próteses removíveis convencionais (ASSUNÇÃO *et al.*, 2007; JAGGER *et al.*, 2006). Porém, é muito comum encontrar-se, em outros métodos de avaliação específicos, melhoras na funcionalidade, conforto, estabilidade e mastigação (ATT & STAPPERT, 2003; BABIERI & RAPOPORT, 2009; DELLA-VECCHIA *et al.*, 2009; HOBILIRK *et al.*, 2009; ELLIS *et al.*, 2010).

A escolha do instrumento de avaliação é, também, muito relevante. Os questionários genéricos como o *SF-36*, aplicado em estudos associados à saúde bucal não trouxeram resultados com significância estatística (HEYDECKEG *et al.*, 2003).

Apesar das correlações de significância estatística constatadas na aplicação simultânea do *SF-36* e *OHIP-49*, a especificidade deste último é muito importante, já que se destina a medir os efeitos dos problemas bucais sobre a QV (PIRES, FERRAZ, DE ABREU, 2006).

Para análise dos resultados, foram aplicados testes estatísticos não paramétricos, pois as suposições iniciais para a utilização de testes paramétricos, como a normalidade da distribuição e homocedasticidade e homogeneidade das variâncias, não foram consideradas satisfatórias.

O teste de Wilcoxon é definido na seguinte hipótese: os tratamentos não têm efeito; não há diferença entre os grupos; os tratamentos têm efeito; há diferença entre os grupos. Neste estudo não se apresentaram diferenças de significância estatística no teste de Wilcoxon referentes ao *SF-36* e Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM na comparação entre fases (1º e 2º) do grupo controle, porém, no *OHIP-49* (incapacidade física) observou-se diferença de significância estatística.

Este resultado, talvez, indicasse que o grupo controle, uma vez que não houve mascaramento, (aberto) a incapacidade física poderia ter piorado, porém parece que o simples fato de ter dado início ao tratamento, com o preenchimento dos dois questionários (fase de questionários) com a iminência da cirurgia para a colocação de implantes e a correspondente expectativa desta, tenha sido suficiente para uma melhora neste domínio.

Imediatamente após o preenchimento dos questionários da 2ª fase do grupo controle, os pacientes iniciaram a reabilitação oral. Destaca-se que todos os pacientes do grupo controle receberam, após o cumprimento dos prazos do protocolo da pesquisa, tratamento exatamente igual ao do grupo estudo.

Em relação ao grupo estudo, o teste de Wilcoxon, quando analisado no formato de estatística descritiva pela média, mostrou que houve discreta melhora da autoestima. Quando se avaliou os dados estatísticos obtidos no *OHIP-49* observou-se que quatro domínios apresentaram diferença e melhora estatística:

MASTIGAÇÃO, FONÉTICA, ESTÉTICA, OLFATO E PALADAR E DIGESTÃO E LIMITAÇÕES AO COMER	
Limitação Funcional	$p = 0,010$
Incapacidade Física	$p = 0,021$
DORES NA BOCA, GENGIVA, MAXILARES E PROBLEMAS CAUSADOS POR PRÓTESES	
Dor Física	$p = 0,020$
VERGONHA, DEPRESSÃO, INCÔMODO, DIFICULDADE EM RELAXAR	
Incapacidade Psicológica	$p = 0,040$

Interessante citar que o desconforto psicológico também teve melhora ($p=0,09$) bem próximo ao nível de significância. Os outros domínios apresentaram melhora quando analisados pela média.

Estes dados confirmam a conclusão da maioria de estudos que percebem estas melhoras, quando as próteses removíveis convencionais são substituídas por *overdenture*, além de ressaltar a especificidade do *OHIP* para medir a QV em relação à saúde bucal em relação ao *SF-36* (SLADE & SPENCER, 1994).

O teste de Mann-Whitney, com casuísticas independentes compara sempre duas a duas as variáveis.

Na primeira fase da análise, entre grupo controle e grupo estudo, sem nenhuma intervenção, na Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM, verificou-se a diferença em todos os domínios dos *SF-36*, porém, sem significância estatística. No *OHIP* houve significância estatística na

incapacidade psicológica e deficiência, porém, em relação ao p -total não ocorreu.

Na análise da segunda fase, em que se conclui a intervenção e concentra-se o maior interesse para este estudo, na comparação entre grupo controle e grupo estudo, foi constatada discreta melhora na autoestima e em três domínios do *SF-36*, aspecto emocional, social e saúde mental, porém, sem significância estatística.

No estudo estatístico do *OHIP-49* todos os domínios mostraram melhora com significância estatística:

DOMÍNIOS	p =VALOR
Limitação Funcional	< 0,001
Dor Física	0,014
Desconforto psicológico	0,005
Incapacidade física	0,022
Incapacidade psicológica	0,007
Incapacidade social	0,031
Deficiência	0,018
p-total 0,001	

Estes resultados sugerem que houve acentuada melhora, em todos os aspectos de qualidade vida, sejam psicológicos, físicos ou sociais.

Estes elementos constataram que, a impressão inicial positiva que se teve durante conversas com os pacientes sobre sua satisfação geral, bem como de maneira informal com pessoas próximas a estes pacientes, é real,

o que motiva e alicerça profissionais e pesquisadores. Foi muito gratificante trabalhar com idosos. Pode-se perceber que pequenos gestos ou mesmo um auxílio mínimo promovem resultados maravilhosos sob a ótica do paciente.

MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Antes de iniciada a avaliação dos resultados foi definido, para este estudo, um nível de significância de 0,05 (5%). Todos os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho foram constituídos com 95% de confiança estatística.

Foram utilizadas técnicas estatísticas não paramétricas, considerando-se que as condições, isto é, as suposições para a utilização de técnicas e testes paramétricos, como a normalidade verificada pelo teste de Anderson-Darling e homocedasticidade, ou seja, homogeneidade das variâncias constatadas por meio do teste de Levene, não foram encontradas, principalmente a normalidade neste conjunto de dados.

Comparou-se os resultados após a realização das análises intragrupos, ou os momentos (fases). Nestas análises como os dados foram pareados, o mesmo indivíduo foi considerado estudo e controle de si mesmo. Aplicou-se o teste de Wilcoxon.

Posteriormente, foram invertidas as análises, pois foram comparados os grupos em cada uma das fases, separadamente. Nestas análises utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

6.2 PERSPECTIVAS

Espera-se que questionários internacionais genéricos e específicos, focados nos vários segmentos e especialidades odontológicas, sejam desenvolvidos, traduzidos e adaptados à cultura brasileira e que a odontologia utilize, cada vez mais, estes instrumentos, ressaltando a importância do conhecimento capaz de medir a percepção de saúde do paciente para avaliar o benefício das intervenções.

Bem como o desenvolvimento de novas formas de encaixes, por meio de outros *designs* das barras e novas formas de *attachments*, assim como a diminuição do valor da reabilitação protética, uma vez que os idosos possuem baixas remunerações.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Houve impacto positivo na qualidade de vida, exceto da autoestima, de idosos que substituíram as próteses totais convencionais por *overdentures* mandibulares.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abla LEF, Sabino Neto M, Garcia EB, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following augmentation mammoplasty. *Rev Bras Mastol.* 2010;20:22-26.

Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont.* 2002 Sep-Oct;15(5):446-50.

Almeida OP. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3-B);605-12. Available from: URL: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>.

Alves MC, Abla LE, Santos Rde A, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following rhytidoplasty. *Ann Plast Surg.* 2005 May;54(5):511-4; discussion 515-6..

Andreiotelli M, Att W, Strub JR. Prosthodontic complications with implant overdentures: a systematic literature review. *Int J Prosthodont.* 2010 May-Jun;23(3):195-203.

Aragon CE, Cornacchio AL, Ibarra LM, Saad MN, Zibrowski E. Implant overdentures: dental students' performance in fabrication, denture quality, and patient satisfaction. *J Dent Educ.* 2010 Sep;74(9):993-1001.

Assunção WG, Barão VA, Delben JA, Gomes EA, Tabata LF. A comparison of patient satisfaction between treatment with conventional complete dentures and overdentures in the elderly: a literature review. *Gerodontology.* 2010 Jun;27(2):154-62.

Assunção WG, Zardo GG, Delben JA, Barão VA. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among elderly edentulous patients: satisfaction and quality of life.

Gerodontology. 2007 Dec;24(4):235-8.

Att W, Stappert C. Implant therapy to improve quality of life. Quintessence Int. 2003 Sep;34(8):573-81.

Awad MA, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine JS. Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. J Dent Res. 2000 Sep;79(9):1659-63.

Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. Int J Prosthodont. 2003a Mar-Apr;16(2):117-22.

Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, Locker D, Klemetti E, Chehade A, et al. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. Int J Prosthodont. 2003b Jul-Aug;16(4):390-6.

Barbieri CH, Rapoport A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2009;38(2):84-7.

Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status] [Article in Portuguese]. Arq Neuropsiquiatr. 1994 Mar;52(1):1-7.

-
- Boerrigter EM, Geertman ME, Van Oort RP, Bouma J, Raghoobar GM, van Waas MA, et al. Patient satisfaction with implant-retained mandibular overdentures. A comparison with new complete dentures not retained by implants--a multicentre randomized clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Oct;33(5):282-8.
- Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ.* 1992 Jul 18;305(6846):160-4.
- Brennan M, Houston F, O'Sullivan M, O'Connell B. Patient satisfaction and oral health-related quality of life outcomes of implant overdentures and fixed complete dentures. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2010 Jul-Aug;25(4):791-800.
- Burns DR, Unger JW, Elswick RK Jr, Giglio JA. Prospective clinical evaluation of mandibular implant overdentures: Part II--Patient satisfaction and preference. *J Prosthet Dent.* 1995 Apr;73(4):364-9.
- Carradori A, Tamaki R, Nakamae AEM, Furuyama RJ, Nishyama R, Guimarães AS. Estudo comparativo do efeito da retenção a barra no ciclo mastigatório de pacientes usuários de *overdenture*. *RPG Rev Pos-Grad.* 2007;14(3):234-40.
- Chen L, Xie Q, Feng H, Lin Y, Li J. The masticatory efficiency of mandibular implant-supported overdentures as compared with tooth-supported overdentures and complete dentures. *J Oral Implantol.* 2002;28(5):238-43.

-
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
- Crum RJ, Rooney GE Jr. Alveolar bone loss in overdentures: a 5-year study. *J Prosthet Dent.* 1978 Dec;40(6):610-3.
- Dantas RA, Sawada NO, Malerbo MB. [Research on quality of life: review of the scientific production of public universities from the state of Sao Paulo] [Article in Portuguese]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003 Jul-Aug;11(4):532-8.
- Della-Vecchia MP, Regis RR, Muglia VA, Souza RF. Qualidade de vida associada à saúde bucal em portadores de próteses totais convencionais e implantorretidas: relato de dois casos. *Rev Odontol UNESP [Internet].* 2009 [cited 2010 Oct 23];38(3):198-203. Available from: URL: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v38n3a10.pdf>.
- Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást, (1997).* 2004;19(1):41-52.
- Ellis JS, Elfeky AF, Moynihan PJ, Seal C, Hyland RM, Thomason M. The impact of dietary advice on edentulous adults' denture satisfaction and oral health-related quality of life 6 months after intervention. *Clin Oral Implants Res.* 2010 Apr 1;21(4):386-91.
- Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1439-46.

-
- Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Feb;34(1):53-62.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 1999;21(1):19-28. Available from: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>.
- Fletcher AE, Dickinson EJ, Philp I. Review: audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age Ageing*. 1992 Mar;21(2):142-50.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.
- Fontijn-Tekamp FA, Slagter AP, Van Der Bilt A, Van'T Hof MA, Witter DJ, Kalk W, Jansen JA. Biting and chewing in overdentures, full dentures, and natural dentitions. *J Dent Res*. 2000 Jul;79(7):1519-24.
- Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2004;38(6):335-9.
- Gliklich RE, Goldsmith TA, Funk GF. Are head and neck specific quality of life measures necessary? *Head Neck*. 1997 Sep;19(6):474-80.

-
- Gotfredsen K, Holm B. Implant-supported mandibular overdentures retained with ball or bar attachments: a randomized prospective 5-year study. *Int J Prosthodont.* 2000 Mar-Apr;13(2):125-30.
- Hashem AA, Claffey NM, O'Connell B. Pain and anxiety following the placement of dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2006 Nov-Dec;21(6):943-50.
- Heckmann SM, Heussinger S, Linke JJ, Graef F, Pröschel P. Improvement and long-term stability of neuromuscular adaptation in implant-supported overdentures. *Clin Oral Implants Res.* 2009 Nov;20(11):1200-5.
- Heydecke G, Thomason JM, Lund JP, Feine JS. The impact of conventional and implant supported prostheses on social and sexual activities in edentulous adults Results from a randomized trial 2 months after treatment. *J Dent.* 2005 Sep;33(8):649-57.
- Hobkirk JA, Abdel-Latif HH, Howlett J, Welfare R, Moles DR. Prosthetic treatment time and satisfaction of edentulous patients treated with conventional or implant-stabilized complete mandibular dentures: a case-control study (part 2). *Int J Prosthodont.* 2009 Jan-Feb;22(1):13-9.
- Jagger R, Barker E, Dhaliwal N, Allen F. Assessment of the oral health related quality of life of patients awaiting initial prosthetic assessment. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 2006 Sep;14(3):111-5.
- Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ.* 1993 May 29;306(6890):1437-40.

-
- John MT, Reissmann DR, Schierz O, Allen F. No significant retest effects in oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile. *Acta Odontol Scand*. 2008 Jun;66(3):135-8.
- Katz S. The science of quality of life. *J Chronic Dis*. 1987;40(6):459-63.
- Kieffer JM, Hoogstraten J. Item-order effects in the Oral Health Impact Profile (*OHIP*). *Eur J Oral Sci*. 2008 Jun;116(3):245-9.
- Lee IC, Shieh TY, Yang YH, Tsai CC, Wang KH. Individuals' perception of oral health and its impact on the health-related quality of life. *J Oral Rehabil*. 2007 Feb;34(2):79-87.
- Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent*. 1994 Summer;54(3):167-76.
- Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988 Mar;5(1):3-18.
- Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):712-9. Available from: URL: <http://www.crde-unati.uerj.br/cipi/pdf/meem.pdf>.
- Lyons RA, Perry HM, Littlepage BN. Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Ageing*. 1994 May;23(3):182-4.
- MacEntee MI. Quality of life as an indicator of oral health in older people. *J Am Dent Assoc*. 2007 Sep;138 Suppl:47S-52S. Erratum in: *J Am Dent Assoc*. 2008 Mar;139(3):252-3.

-
- McHorney CA, Ware JE, Jr., Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (*SF-36*): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994 Jan;32(1):40-66.
- Meijer HJ, Raghoobar GM, Batenburg RH, Vissink A. Mandibular overdentures supported by two Branemark, IMZ or ITI implants: a ten-year prospective randomized study. *J Clin Periodontol*. 2009 Sep;36(9):799-806.
- Pires CP, Ferraz MB, de Abreu MH. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res*. 2006 Jul-Sep;20(3):263-8.
- Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annu Rev Public Health*. 1988;9:1-19.
- Rentsch-Kollar A, Huber S, Mericske-Stern R. Mandibular implant overdentures followed for over 10 years: patient compliance and prosthetic maintenance. *Int J Prosthodont*. 2010 Mar-Apr;23(2):91-8.
- Rosenberg M. Contextual dissonance effects: nature and causes. *Psychiatry*. 1977 Aug;40(3):205-17.
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press; 1965. Available from: URL: <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf>.
- Ryff CD. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 1989 Jun;4(2):195-201.

Saha S, Ray-Chaudhuri A. Mandibular implant-retained complete overdenture using retentive abutments: a case report. *Dent Update*. 2009 Apr;36(3):154-8.

Semper W, Heberer S, Nelson K. Retrospective analysis of bar-retained dentures with cantilever extension: marginal bone level changes around dental implants over time. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2010 Mar-Apr;25(2):385-93.

Siadat H, Alikhasi M, Mirfazaelian A, Geramipannah F, Zaery F. Patient satisfaction with implant-retained mandibular *overdentures*: a retrospective study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2008 May;10(2):93-8.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994 Mar;11(1):3-11.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284-90.

Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*. 1988 Jan;57(1):109-12.

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.

Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care*. 1988 Jul;26(7):724-35.

Stoker GT, Wismeijer D, van Waas MA. An eight-year follow-up to a randomized clinical trial of aftercare and cost-analysis with three types of mandibular implant-retained overdentures. *J Dent Res*. 2007 Mar;86(3):276-80.

Strassburger C, Heydecke G, Kerschbaum T. Influence of prosthetic and implant therapy on satisfaction and quality of life: a systematic literature review. Part 1--Characteristics of the studies. *Int J Prosthodont*. 2004 Jan-Feb;17(1):83-93.

Strong SM, Callan DP. Combining maxillary bar overdenture attachment systems: a case report. *Dent Today*. 2001 Jan;20(1):78-80, 82-4.

Sutinen S, Lahti S, Nuttall NM, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, et al. Effect of a 1-month vs. a 12-month reference period on responses to the 14-item Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci*. 2007 Jun;115(3):246-9.

Thomason JM. The use of mandibular implant-retained overdentures improve patient satisfaction and quality of life. *J Evid Based Dent Pract*. 2010 Mar;10(1):61-3.

Ware JE Jr. SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3130-9.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.

Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol.* 1999 Apr;52(4):355-63.

Yewe-Dyer M. The definition of oral health. *Br Dent J.* 1993 Apr 10;174(7):224-5.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

BIREME. Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS: descritores em ciências da saúde [citado em 01 abr 2006]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

Hernani MLG. Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo; 1990.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication [Internet]. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct; cited 2010 May 23]. Available from: URL: <http://www.icmje.org>.

Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses: guia prático. Ferreira LM, coordenadora; Goldenberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, organizadores. São Paulo: Livraria Médica Editora; 2008.

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2009 Oct 21; cited 2010 May 23]. Available from: URL: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2a ed. rev. atual. São Paulo; 2005.

Vieira RM. A composição e a edição do trabalho científico: dissertações, monografias e teses. São Paulo: Lovise, 1995.

ABSTRACT

ABSTRACT

INTRODUCTION: The advent of endosseous dental implants has allowed the success of oral rehabilitation in order to obtain a better stability, retention, comfort, aesthetic, phonetic, functional capacity and well-being, with consequent longevity of oral health. The validated questionnaires about quality of life are proving to be increasingly indispensable and able to measure quantitatively the quality of life, as scientific content, through statistical data. **OBJECTIVES:** To evaluate the quality of life and self-esteem in elderly patients who have replaced conventional dentures for mandibular overdentures. **METHODS:** Twenty-seven patients (15 in study group and 12 in control group) were submitted to mandibular overdentures and were evaluated through questionnaires of quality of life in a self-administered attended: *SF-36*, *OHIP-49* and Rosenberg-UNIFESP/EPM Self-Esteem Scale. **RESULTS:** In the Wilcoxon test, a non-parametric test, statistical differences were observed, to the *OHIP-49*, in the study group to the following domains: functional limitation ($p=0,010$), physical pain ($p=0,020$), physical disability ($p=0,021$), and psychological disability ($p=0,040$). In the Mann Whitney test, also a non-parametric test, statistical differences were observed, to the *OHIP 49*, second phase, to the following domains: functional limitation ($p<0.001$), physical pain ($p=0,014$), psychological discomfort ($p=0,005$), disability ($p=0,022$), psychological disability ($p=0,007$), social disability ($p=0,031$), disability ($p=0,018$), and total p ($p=0,001$). There were no statistical differences in the Rosenberg-UNIFESP/EPM Self-esteem Scale and *SF-36*. **CONCLUSION:** There was a positive impact on quality of life, except in relation to self-esteem, in elderly who have replaced conventional dentures for mandibular overdentures.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. FICHA CLÍNICA E ANAMNESE

I. DADOS PESSOAIS, SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS			
1. NOME:		SEXO: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	RG:	CPF:
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Fundamental			
PROFISSÃO:			
COR:	PESO APROXIMADO:	ALTURA APROXIMADA:	
2. ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
 TELEFONE RESIDENCIAL:	 TELEFONE COMERCIAL:	 CELULAR:	
 EMAIL:			

II. SAÚDE BUCAL

1. Higiene

Satisfatória Insatisfatória Suficiente Ideal

2. Arcada inferior (edêntula):

- Tempo de perda total dos dentes inferiores

- Tempo do uso de prótese total inferior

- Tempo de confecção da última prótese total

- O que mais lhe incomoda na sua prótese total inferior atual

Estética Estabilidade Retenção Capacidade Mastigatória

Outras. Quais:

4. Grau de satisfação com a prótese total atual:

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

5. Arcada superior (condição atual):

APÊNDICE 1. FICHA DE ANAMNESE

O presente questionário, que atende às exigências legais terapêuticas, tem a finalidade de ajudar o cirurgião dentista a conhecer os aspectos de saúde geral que podem influir no seu tratamento odontológico ou na medicação a ser prescrita. O que você declarar neste questionário torna-se informação **CONFIDENCIAL**, guardada por força do **SIGILO PROFISSIONAL** (artº 9º do Código de Ética Médica).

III. QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE			
Por favor, responda SIM, NÃO e NÃO SEI, às perguntas, marcando com um X.			
1. No momento está em tratamento médico?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei	
2. Está tomando alguma medicação?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei	
3. Você já fez cirurgia hospitalar?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei	
4. Você ou alguém próximo na família tem ou teve:			
▪ Asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Bronquite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Doenças Infecto-Contagiosas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Gastrite/Úlcera	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Hepatite A/B/C	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Herpes Bucal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei

5. Você tem ou já teve:			
▪ Problemas de pressão arterial (alta/baixa)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Problemas de sangramento ao se ferir	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Alergias a alimentos, medicamentos e outros	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Doenças venéreas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Sinusite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Candidíase	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
▪ Osteoporose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
6. Alguma vez precisou de transfusão de sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei			
7. Alguma vez tomou penicilina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei			
8. Você está ou pode estar grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei			
9. Ingere bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Com que frequência? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
10. Fuma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Quantos por dia? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
De que tipo? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
11. Usa drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
De que tipo? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
12. Usa antidepressivos/ansiolíticos/calmanes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
13. Tem alterações psicológicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
14. Já possui implante/enxerto ósseo na boca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Outras informações que você julga importantes:			

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Declaro que todas as respostas acima são verdadeiras.

ASSINATURA: _____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

APÊNDICE 2. FOLHA DE APROVAÇÃO DO PROTOCOLO CEP.1237/07

	Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina	Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo
São Paulo, 31 de agosto de 2007 CEP 1237/07		
<p>Ilmo(a). Sr(a).</p> <p>Pesquisador(a) ANTÔNIO PARENTI FILHO</p> <p>Co-Investigadores: Lydia Masako Ferreira (orientadora), Eduardo Felipe Abia, Antonio Parenti Filho</p> <p>Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo</p> <p>Patrocinador: Recursos Próprios.</p>		
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL		
<p>Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Qualidade de vida e auto-estima em pacientes idosos de mandíbula edêntula com próteses totais removíveis de encaixe sobre implantes (overdentures)".</p>		
<p>CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - questionário.</p>		
<p>RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco.</p>		
<p>OBJETIVOS: Avaliar as prováveis alterações na qualidade de vida e auto-estima, em pacientes idosos que substituíram as próteses totais convencionais por próteses totais removíveis de encaixe sobre implantes ("overdentures") na mandíbula edêntula.</p>		
<p>RESUMO: Estudo com característica descritiva transversal, realizado através de dados obtidos por meio de entrevista com utilização de questionário, anamnese e dados sócio demográficos. Serão selecionados 10 pacientes de cursos de pós-graduação do setor de implantodontia cadastrados em seus respectivos ambulatórios clínicos, nas seguintes entidades: Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da USP, Universidade Camilo Castelo Branco, Faculdade de Ciências da Saúde, Instituto de Pós Graduação e Atualização em Odontologia. O grupo controle terá 10 indivíduos que usam próteses totais removíveis inferiores. Serão incluídos pacientes de mandíbula edêntula que usam próteses totais convencionais inferiores há pelo menos um ano, com idade acima de 60 anos. Será aplicado um questionário para avaliação da qualidade de vida e auto-estima: SF-36 e questionário de Rosenberg. Os questionários serão respondidos em 3 fases: uma antes da cirurgia, uma pré-prótese e após a instalação da prótese.</p>		
<p>FUNDAMENTOS E RACIONAL: O implante dentário inovou a odontologia reabilitadora, mesmo não sendo a solução para todos os casos de perda dental. Vários conceitos de prótese total sobre implantes para pacientes de mandíbula edêntula foram realizados. Este estudo visa avaliar a qualidade de vida e auto-estima de pacientes idosos que substituíram as próteses totais convencionais por próteses totais removíveis de encaixe sobre implantes.</p>		
<p>MATERIAL E MÉTODO: Descreve o procedimento cirúrgico, bem como apresenta o instrumento a ser utilizado na coleta de dados.</p>		
<p>TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96. Apresenta termo de autorização de imagens.</p>		
<hr/> Rua Botucatu, 572 - 1º andar - conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162		

	Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina	Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo
---	--	---

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 91,00.
CRONOGRAMA: 24 meses.
OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.
ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 30/8/2008 e 30/8/2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP N 1237/07

Rua Botucatu, 572 - 1º andar - conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1092 - 5539.7162

APÊNDICE 3. CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA - USP

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa**

DECLARAÇÃO
CEP 1237/07 de 31 de agosto de 2007

Informamos a Vossa Senhoria, que diante de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, estamos cientes da aprovação do projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida e auto-estima em pacientes idosos de mandíbula edêntula com próteses totais removíveis de encaixe sobre implantes (overdentures)" de sua autoria, não havendo nenhuma oposição por parte deste CEP, com relação a sua realização.

Sendo o que se nos apresentava, valemo-nos da oportunidade para reiterar-lhe os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

São Paulo, 11 de dezembro de 2007.


Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador

APÊNDICE 4. FUNDECTO - FFO - USP

<p>FFO fundecto Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia</p>	<p>FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO DA ODONTOLOGIA CONVÊNIO FIRMADO COM A FACULDADE DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p>	
Diretoria	Of. nº. 028	São Paulo, 21 de junho de 2010.
<p>Diretor Presidente Prof. Dr. Xílio Batista de Paiva Diretor Vice Presidente Prof. Dr. Leonardo Eloy Rodrigues Filho Diretor Secretário Prof. Dr. Miriam Laccalle Turbiana Diretor Tesoureiro Prof. Dr. Rodolfo Francisco H. Melari Diretor Vigil Prof. Dr. Atsuy Edson Moleiros Nakamae</p>	Prezado Professor,	
<p>Gerente Adm. Financeiro Luiz Carlos Pinto Costa</p>	<p>Reportando-nos a sua solicitação, através da qual nos é solicitada autorização para ter acesso aos prontuários dos pacientes do Curso de Implantodontia, para realização da pesquisa "Qualidade de vida e auto-estima em pacientes idosos de mandíbula edêntula com próteses totais removíveis de encaixe sobre implantes (overdentures)", informamos que sua solicitação foi aprovada.</p>	
<p>Secretaria Leila Cristina Maria</p>	Atenciosamente	
<p>Expediente Jornal Diretor Responsável Prof. Dr. Reinaldo Brito e Dias</p>	<p> Prof. Dra. Miriam Laccalle Turbiana Diretor Secretário</p> <p> Prof. Dr. Xílio Batista de Paiva Diretor Presidente</p>	
<p>Colaboradora C. D. Leticia Netto Bezerra</p>		
Comissão de Cursos		
<p>Presidente Comissão de Cursos Prof. Dr. Carlos Eduardo Franco</p>		
<p>Membros: Prof. Dr. Cláudio Mendes Pennub Prof. Dr. Edgard Crosato Prof. Dr. José Rino Neto Prof. Dr. Ivo Contín Prof. Dra. Miriam Laccalle Turbiana Prof. Dr. Oswaldo Crivello Júnior</p>		
Conselho Curador		
<p>Presidente Conselho Curador Prof. Dr. Michel Nicolau Yousef</p>		
<p>Membros: Prof. Dr. Carlos Eduardo Auri Prof. Dr. Carlos Eduardo Franco Prof. Dr. Carlos Gil Prof. Dr. Edgard Crosato Prof. Dr. Giorgio De Michel Prof. Dr. Jorge Abrão Prof. Dr. Reinaldo Brito e Dias Prof. Dr. Welkyr Antonio Jorge</p>	<p>Ilus^o. Sr. Prof. Dr. Antonio Parenti Filho</p>	
<p>Av. Valdemar Ferreira, 475 - Butantã - 05501-000 - São Paulo SP - BRASIL Tels/Fax: +55 11 3816-2084/3817-5850- site: www.fundecto.org.br/e-mail: fundecto@fundecto.com.br CNPJ: 52.448.750/0001-24 - CCM: 9.066.882-0</p>		

APÊNDICE 5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. O estudo é um trabalho de pesquisa que pretende avaliar de maneira científica através de 03 questionários que serão respondidos pelos pacientes, qualidade de vida e auto-estima em pacientes que substituirão próteses totais convencionais por dentaduras com encaixe sobre implantes.
2. Os pacientes que fizerem parte deste estudo participarão exclusivamente preenchendo os questionários de qualidade de vida e auto-estima.
3. Os questionários serão respondidos em 02 fases, uma antes da cirurgia e outra, após a instalação da prótese.
4. Não haverá nenhum desconforto ou risco para os pacientes uma vez que só serão preenchidos questionários de pesquisa.
5. Não haverá nenhum ônus para o paciente exceto exames laboratoriais, radiográficos, os implantes e a prótese.
6. Não haverá benefícios diretos para o paciente, estando este somente colaborando para pesquisa de projeto científico.
7. Não existem outros tipos de procedimentos mais vantajosos pelos quais o paciente possa optar, uma vez que o procedimento realizado não tem nenhuma alteração de protocolo, já realizado há anos com comprovação científica.
8. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Antonio Parenti Filho estabelecido a Rua Tutóia 653, Paraíso São Paulo, CEP 040003-007, fone 3885-6176.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj.14 - tel.: 5571-7162 – e-mail: <cepunifesp@epm.br>.
9. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.
10. Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.
11. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.
12. Não existe a possibilidade de dano pessoal adicional diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo, uma vez que ele é uma simples

avaliação através de questionários com procedimentos clínicos cientificamente comprovados e sem alterações.

13. É compromisso do pesquisador utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com o Dr. Antonio Parenti Filho sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas adicionais.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu atendimento neste serviço.

_____ **DATA:** ____/____/____
ASSINATURA DO PACIENTE

_____ **DATA:** ____/____/____
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

_____ **DATA:** ____/____/____
DR. ANTONIO PARENTI FILHO

**APÊNDICE 6. TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA
DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA**

Eu, _____,
RG nº. _____, consinto, de livre e espontânea vontade,
que seja feita documentação científica do meu caso clínico para o protocolo
“qualidade de vida e auto-estima em pacientes idosos de mandíbula atrésica
que usam próteses totais removíveis de encaixe sobre implantes
overdentures”, por meio de fotos, slides e filmes. Permito ainda, que o Dr.
Antonio Parenti Filho responsável pelo protocolo faça uso dessa
documentação para divulgação científica deste trabalho em congressos,
simpósios, jornadas, bem como qualquer evento científico de interesse.
Permito ainda a utilização desta documentação para publicação científica
em revistas, jornais e periódicos, especializados no assunto desde que de
forma impessoal e anônima sem qualquer ônus para o Dr. Antonio Parenti
Filho.

São Paulo, de de 20__.

ASSINATURA DO PACIENTE

APÊNDICE 7. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS DEMOGRÁFICOS (GÊNERO, ESCOLARIDADE E IDADE)

Os resultados iniciaram-se com o teste de Igualdade de Duas Proporções para comparar-se os grupos quanto à distribuição da frequência relativa (percentuais) das variáveis qualitativas de Gênero (TABELA 13) e Escolaridade (TABELA 14).

TABELA 13. Comparação dos Grupos na Distribuição do Gênero.

GÊNERO	CONTROLE		ESTUDO		<i>p</i> -VALOR
	N	%	N	%	
Feminino	9	90%	8	67%	0,193
Masculino	1	10%	4	33%	

TABELA 14. Comparação dos Grupos na Distribuição da Escolaridade.

ESCOLARIDADE	CONTROLE		ESTUDO		<i>p</i> -VALOR
	N	%	N	%	
Básico	6	60%	8	67%	0,429
Médio	4	40%	4	33%	0,867

Concluiu-se que, embora existissem diferenças entre os grupos quanto da distribuição de Gênero e Escolaridade, não foram observadas diferenças de significância estatística.

Na comparação dos grupos para a Idade foi aplicado o teste de Mann-Whitney (TABELA 15).

TABELA 15. Comparação dos Grupos Quanto à Faixa Etária.

IDADE	CONTROLE	ESTUDO
Média	67,5	70,3
Mediana	66,0	69,0
Desvio Padrão	5,6	7,3
Q1	66,0	64,5
Q3	69,0	75,0
N	6	12
IC	4,5	4,1
<i>p</i> -valor	0,481	

Verificou-se que o grupo estudo foi composto por pacientes de idade superior, com média de 70,3 anos contra 67,5 anos do grupo controle. Porém, esta diferença entre os grupos não apresentou significância estatística.

FIGURA 10. Comparação dos Grupos na Distribuição do Gênero.

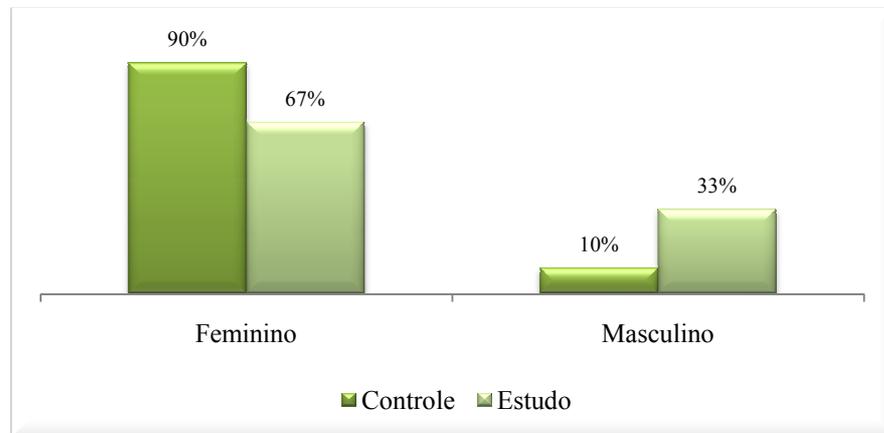


FIGURA 11. Comparação dos Grupos na Distribuição da Escolaridade.

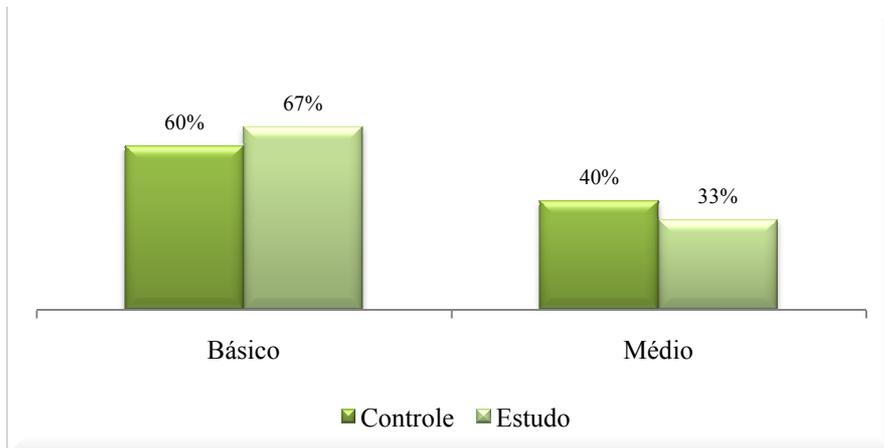
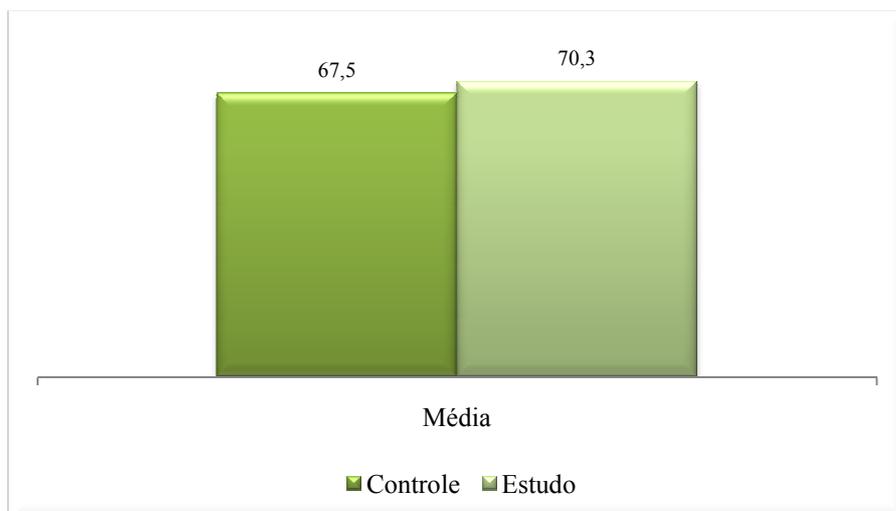


FIGURA 12. Comparação dos Grupos Quanto à Faixa Etária.



APÊNDICE 8.
GUIA DE SOLICITAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS (SANGUE E URINA)

**GUIA DE SOLICITAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS
(SANGUE E URINA)**

Solicito os seguintes exames laboratoriais para planejamento cirúrgico de implantes odontológicos.

SANGUE

- Hemograma completo
- Coagulograma TS/TC e TP/TTPA
- Glicemia
- Cálcio / Fósforo
- Fosfatase Alcalina
- Creatinina
- HIV (AIDS)
- HBSAG (Hepatite B) Anti HBS
- HCV (Hepatite C)

URINA

- Tipo I

PACIENTE:

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

APÊNDICE 9. PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

RECEITUÁRIO	
USO INTERNO	
<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina: Tomar 02 comprimidos 3 horas antes da cirurgia e 01 comprimido a cada 08 horas, 03 vezes ao dia, durante 07 dias. Piroxican: Tomar 01 comprimido ao dia, durante 07 dias. Dipirona Sódica: Tomar 30 gotas sempre que tiver dor, não excedendo 04 vezes ao dia. 	<p>24 comprimidos 500mg (antibiótico)</p> <p>Comprimidos 20mg (analgésico e anti-inflamatório)</p> <p>Gotas (analgésico de ação rápida)</p>
USO EXTERNO	
<ul style="list-style-type: none"> Clorexidina (antisséptico bucal): Fazer bochechos 04 vezes ao dia, durante a fase de cicatrização na proporção de 15 ml de água/15 ml anti-séptico bucal. Caso a língua fique escura, dilua a solução. Quando houver exposição do implante na gengiva, não se preocupe, higienize com gase e antisséptico. 	

APÊNDICE 10. CUIDADOS CIRÚRGICOS

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Alimente-se bem com comidas leves, traga os medicamentos com você no momento da cirurgia.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

1. Não fazer esforços físicos, permanecendo em repouso por pelo menos 24 horas.
2. Não permaneça durante longos períodos sob sol intenso.
3. Dormir com a cabeça mais alta do que o corpo para evitar edemas (inchaços) se possível com 2 travesseiros.
4. Evite tabaco, álcool e mantenha uma boa higiene no local.
5. Nas primeiras horas a alimentação deve ser pastosa e gelada (sorvetes, vitaminas, etc.) posteriormente evitar qualquer força mastigatória sobre o implante.
6. Siga corretamente as orientações sobre o uso de provisórios. Caso esteja machucando comunique-se imediatamente conosco.
7. Fazer compressas com bolsa (gel) gelada nas primeiras horas, com intervalos de 10 minutos. Gelado evita ou diminui a possibilidade de edemas (inchaços). Use somente nas primeiras horas pós-cirúrgicas, nunca use gelado após a instalação do edema.
8. Tomar os medicamentos prescritos e na forma indicada sem alterações, conforme receitas anexas.
9. Pequenos edemas (inchaços) podem ocorrer após as primeiras 48 horas, caso isso ocorra faça compressas de bolsa gel quente, com intervalos de 15 minutos. O quente aumenta a possibilidade de diminuir o edema. Comunique-se conosco imediatamente.
10. A remoção dos pontos deve ser realizada 7 (sete) dias após a cirurgia.
11. Para uma boa e rápida recuperação, siga corretamente as instruções acima. Esperamos sua breve convalescença.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

APÊNDICE 11. FIGURAS (GRÁFICOS)

FIGURA 13. Distribuição de Normalidade - Rosenberg e SF-36.

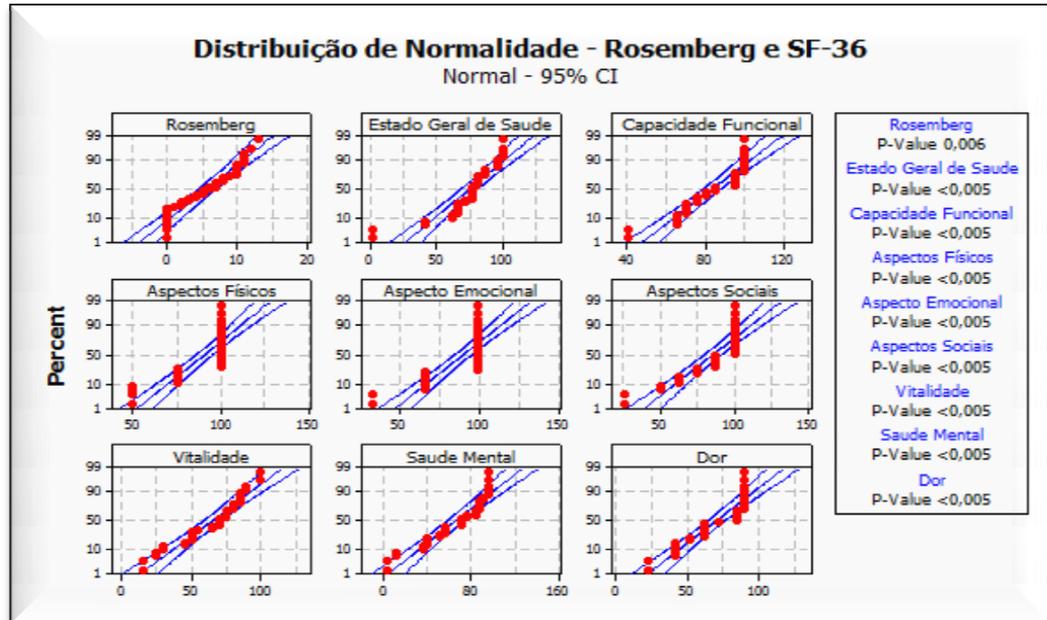


FIGURA 14. Distribuição de Normalidade - OHIP-49.

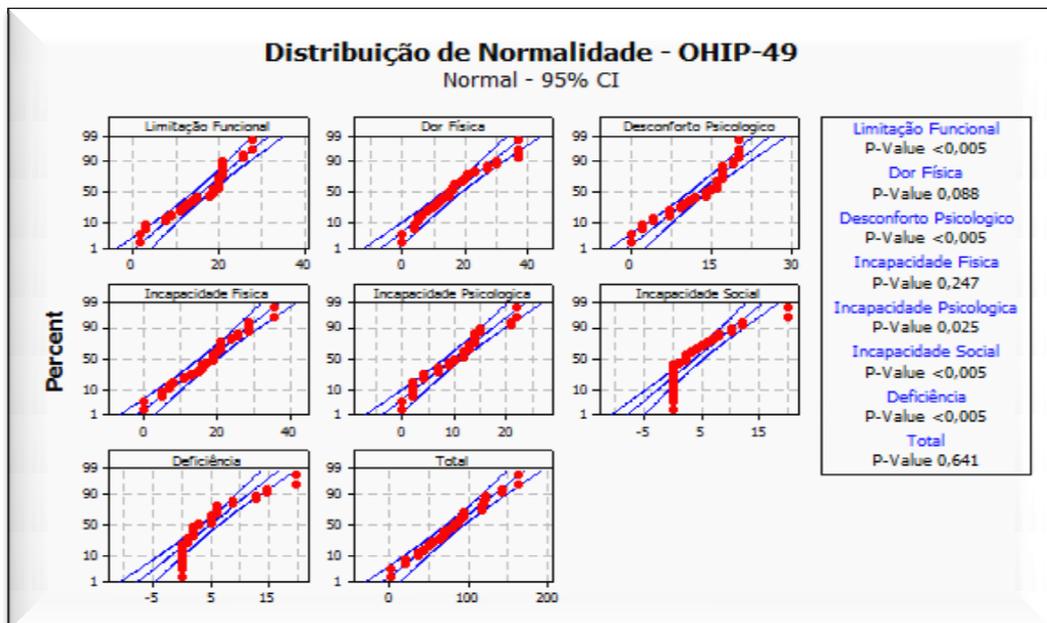


FIGURA 15. Comparação das Fases no Grupo Controle - Rosenberg.

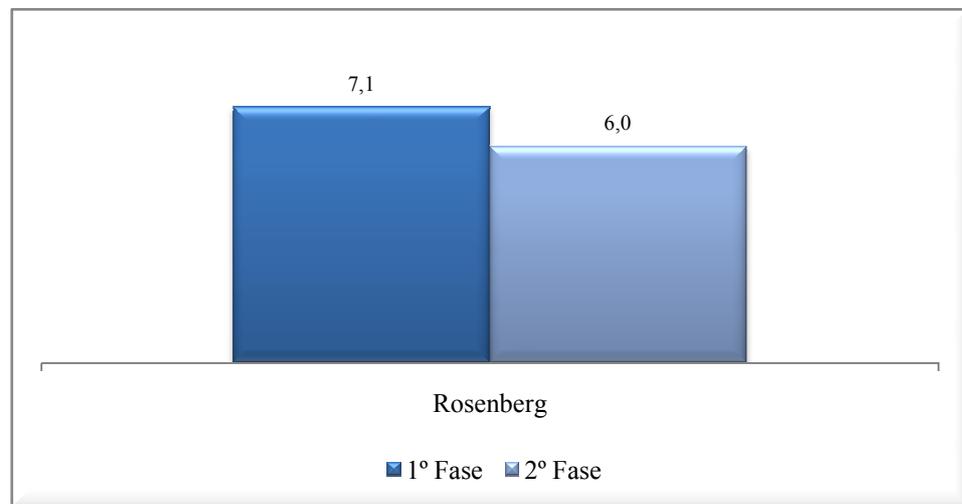


FIGURA 16. Comparação das Fases no Grupo Controle - SF-36.

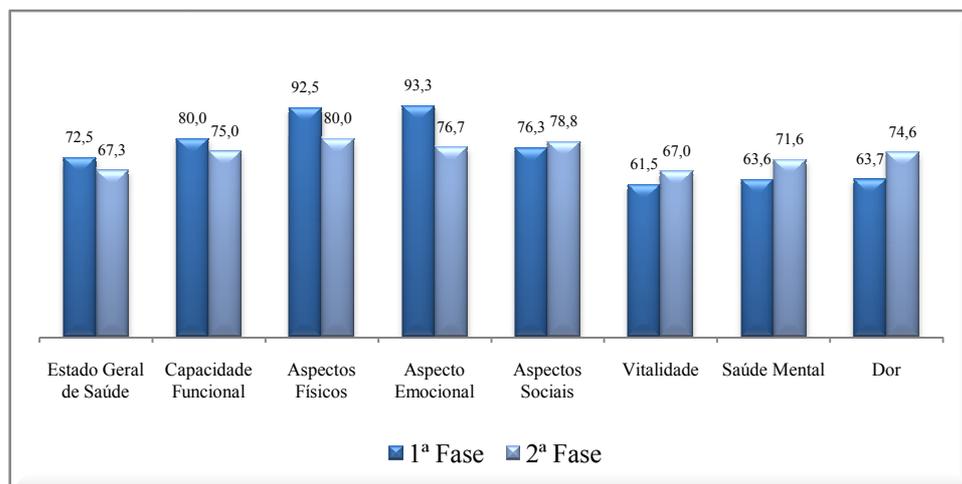


FIGURA 17. Comparação das Fases no Grupo Controle - OHIP-49.

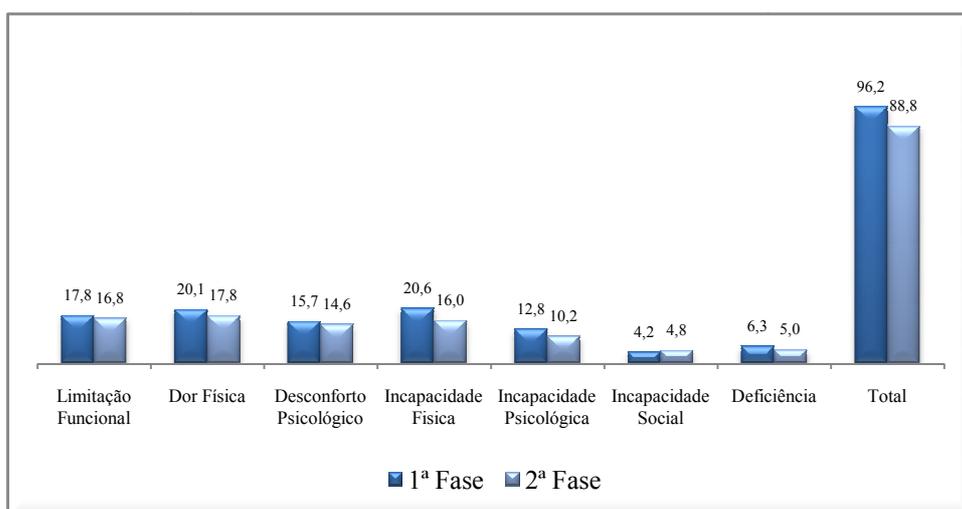


FIGURA 18. Comparação das Fases no Grupo Estudo - Rosenberg.

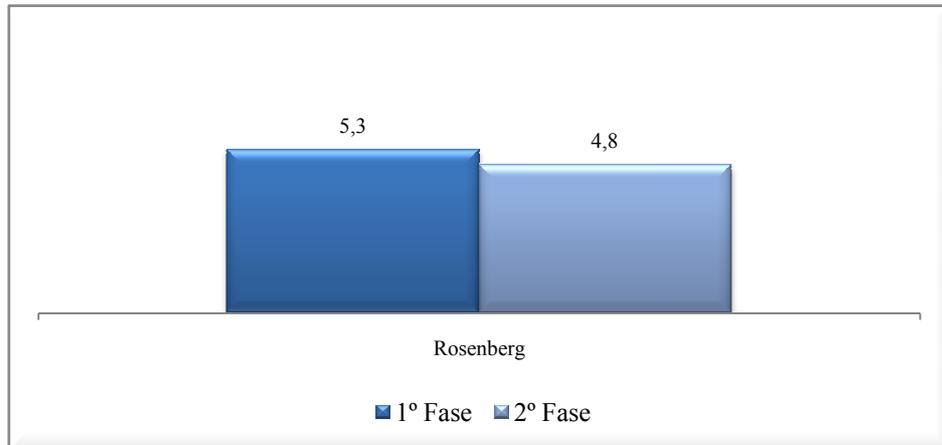


FIGURA 19. Comparação das Fases no Grupo Estudo - SF-36.

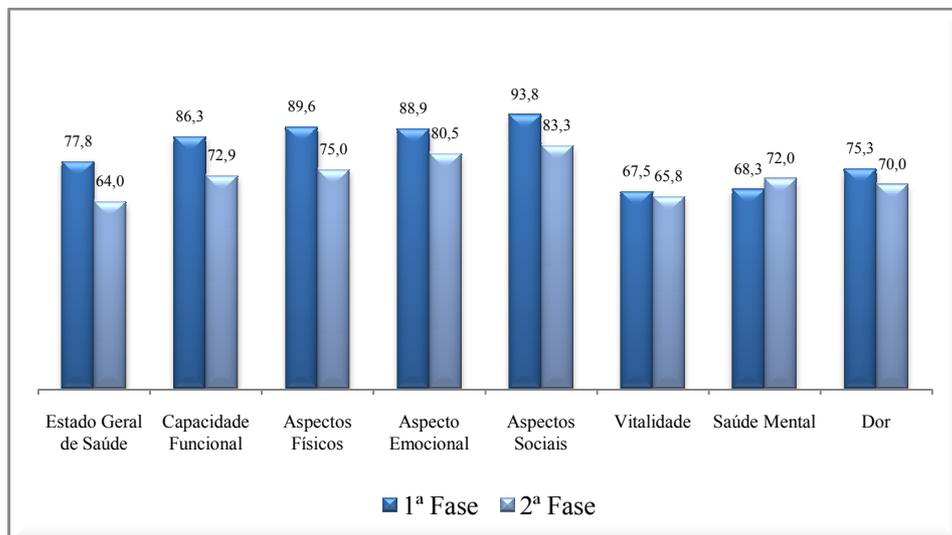


FIGURA 20. Comparação das Fases no Grupo Estudo - OHIP-49.

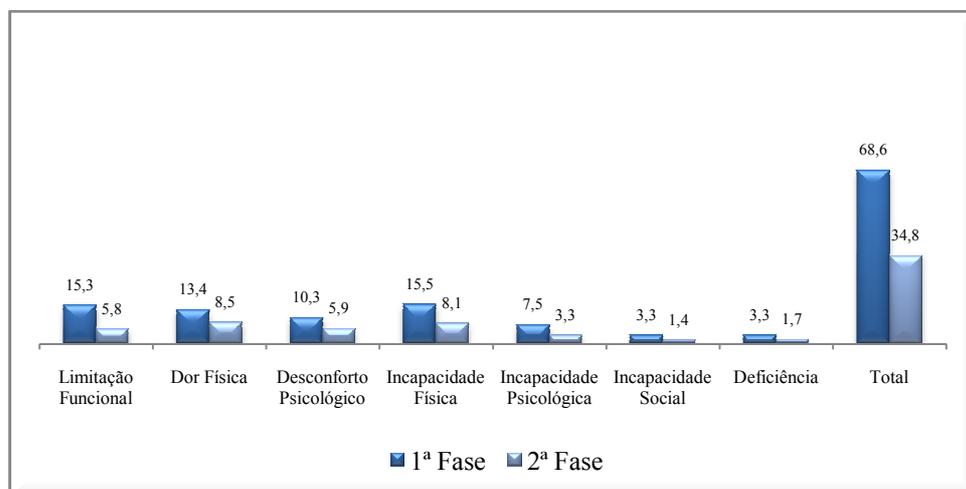


FIGURA 21. Comparação dos Grupos na 1ª Fase - Rosenberg.

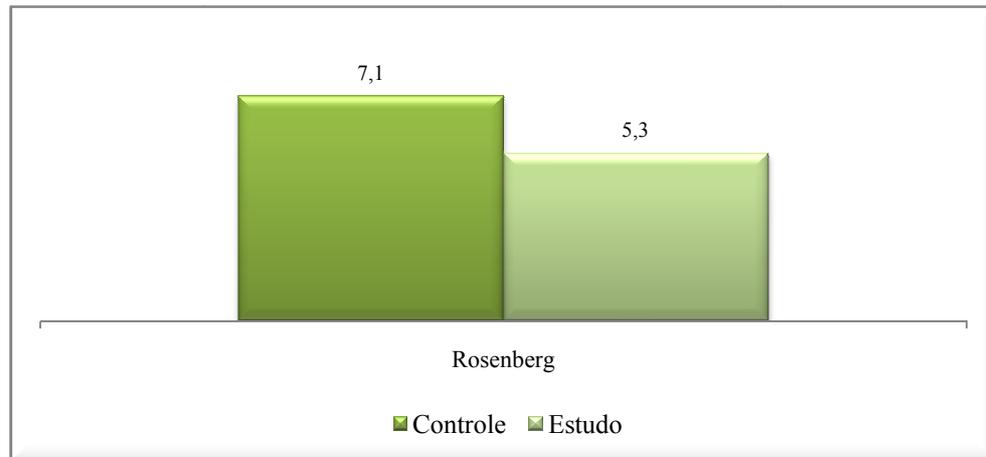


FIGURA 22. Comparação dos Grupos na 1ª Fase - SF-36.

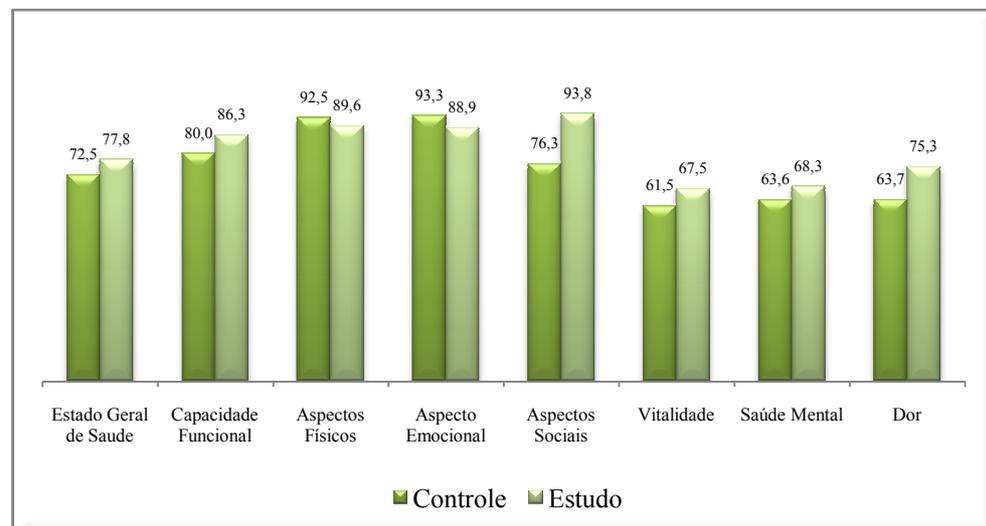


FIGURA 23. Comparação dos Grupos na 1ª Fase - OHIP-49.

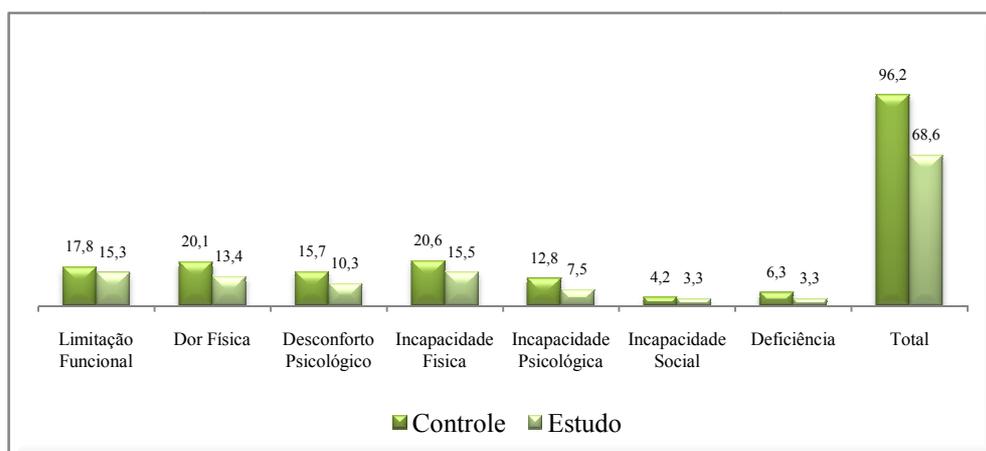


FIGURA 24. Comparação dos Grupos na 2ª Fase - Rosenberg.

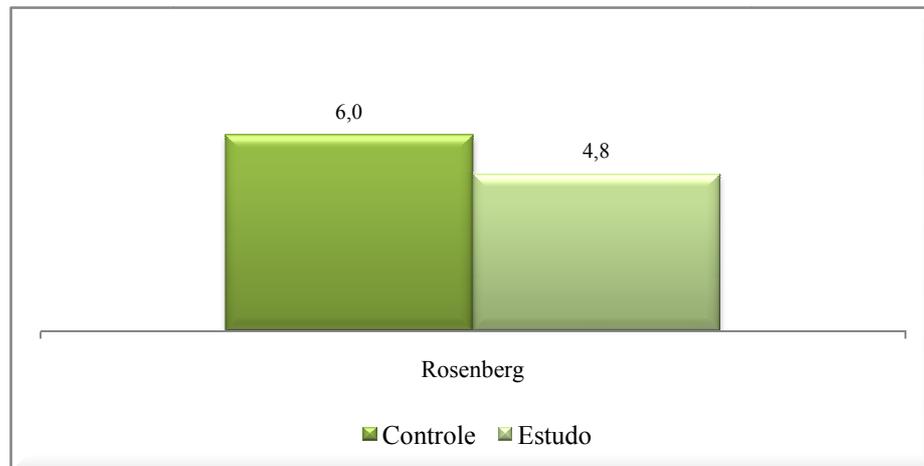


FIGURA 25. Comparação dos Grupos na 2ª Fase - SF-36.

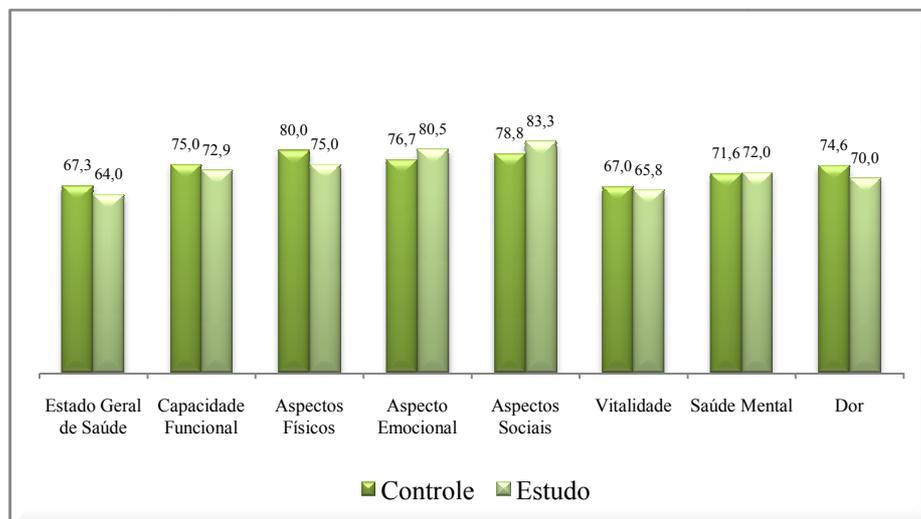
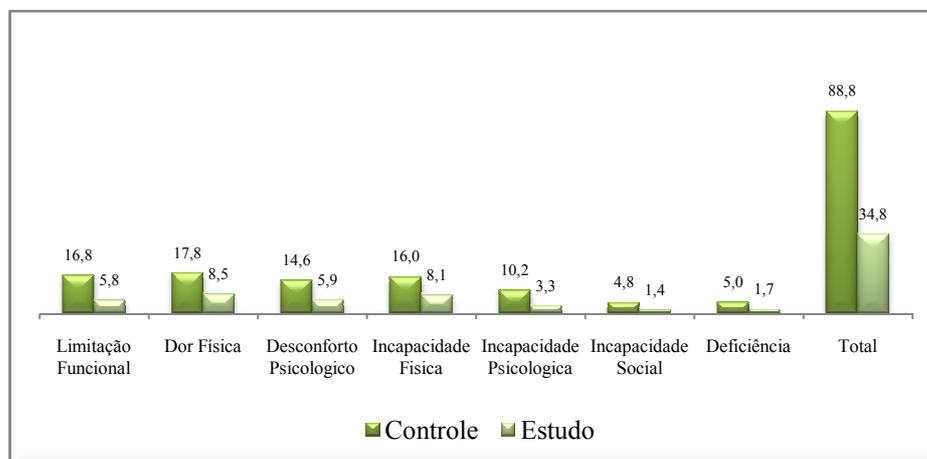


FIGURA 26. Comparação dos Grupos na 2ª Fase - OHIP-49.



ANEXO 1. SF-36

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

Excelente		Muito boa		Boa		Ruim		Muito ruim	
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

2. Comparado a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito Melhor		Um pouco melhor		Quase a mesma coisa		Um pouco pior		Muito pior	
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

3. Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(Circule uma em cada linha)

ATIVIDADES		Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a	Atividades Vigorosas, que exigem muito esforço como correr, levantar objetos pesados, praticar esportes árduos.	1	2	3
b	Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c	Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d	Subir vários lances de escada.	1	2	3
e	Subir um lance de escadas.	1	2	3
f	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g	Andar mais de 1km.	1	2	3
h	Andar vários quarteirões.	1	2	3
i	Andar um quarteirão.	1	2	3
j	Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(Circule uma em cada linha)

		SIM	NÃO
a	Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c	Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d	Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades? (Necessitou de um esforço extra)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(Circule uma em cada linha)

		SIM	NÃO
a	Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b	Realizou menos tarefas do que de gostaria?	1	2
c	Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado, como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

De forma alguma		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
	1		2		3		4		5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(Circule uma)

Nenhuma		Muito leve		Leve		Moderada		Grave		Muito grave	
	1		2		3		4		5		6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora quanto dentro de casa)?

(Circule uma)

De forma alguma		Ligeiramente		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
	1		2		3		4		5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(Circule um número para cada linha)

ATIVIDADES		Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a	Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d	Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f	Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g	Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i	Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(Circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(Circule um número para cada linha)

		Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Efetivamente falsa
a	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b	Eu sou saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c	Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d	Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ESCORE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36)						
PONTUAÇÃO E RAW SCALE DO QUESTIONÁRIO SF-36						
QUESTÃO	PONTUAÇÃO					
1	1 = 5,0	2 = 4,4	3 = 3,4	4 = 2,0	5 = 1,0	
2	Soma Normal					
3	Soma Normal					
4	Soma Normal					
5	Soma Normal					
6	1 = 5,0	2 = 4,0	3 = 3,0	4 = 2,0	5 = 1,0	
7	1 = 6,0	2 = 5,4	3 = 4,2	4 = 3,1	5 = 2,2	6 = 1,0
8	Se 8 = 1 e 7 = 1 ----- 6 Se 8 = 1 e 7 = 2 a 6 ----- 5 Se 8 = 2 e 7 = 2 a 6 ----- 4 Se 8 = 3 e 7 = 2 a 6 ----- 3 Se 8 = 4 e 7 = 2 a 6 ----- 2 Se 8 = 5 e 7 = 2 a 6 ----- 1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1 = 6,0 2 = 4,75 3 = 3,5 4 = 2,25 5 = 1,0					
9	a, d, e, h = Valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade = a+e+g+i Saúde Mental = b+c+d+f+h					
10	Soma Normal					
11	a, c = Valores normais b, d = Valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)					

CÁLCULO DO ESCORE DOS COMPONENTES DO SF-36 (0 A 100)			
DOMÍNIO	QUESTÃO	LIMITES	SCORE RANGE
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 - 30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4 - 8	4
Dor	7 + 8	2 - 12	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5 - 25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4 - 24	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2 - 10	8
Aspectos Emocionais	5 (a+b+c)	3 - 6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5 - 30	25

Raw Scale

$$\text{Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Valor}}$$

Ex: Capacidade Funcional = 21
Valor mais baixo = 10

$$\frac{(21 - 10) \times 100}{20} = 55$$

Dados perdidos: Se responder mais de 50%
deve-se substituir o valor pela média

ANEXO 2.

ESCALA DE AUTO-ESTIMA

ROSENBERG-UNIFESP/EPM E ESCORE

ANEXO 2. ESCALA DE AUTO-ESTIMA ROSENBERG- UNIFESP/EPM E ESCORE

1. De uma forma geral (a pesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo(a).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

2. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). (Dar-me mais valor).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

9. Quase sempre, estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) com relação a mim mesmo(a).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR E ENTREVISTADO (ROS)

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR:

1. Ler o item “Instruções para o entrevistado” para a pessoa a ser avaliada.
2. O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas “Instruções para o entrevistado”. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas leia novamente, até que o paciente compreenda as informações.
3. O local de realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação.
4. Não se deve alterar a seqüência dos testes.
5. Anotar o início e o fim da avaliação, para sabermos em minutos o tempo necessário para sua aplicação.

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADO:

1. Este questionário faz parte de um trabalho científico de auto-estima.
2. Por auto-estima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio.
3. Neste questionário temos 10 frases afirmativas. Você deve escolher a alternativa que mais próxima está daquilo que você sente.
4. Concordar plenamente, quer dizer, concordar completamente, totalmente com a afirmativa. Discordar plenamente, quer dizer, discordar completamente, totalmente com a afirmativa.

ANEXO 3. OHIP-49

ANEXO 3. QUESTIONÁRIO OHIP-49

INSTRUÇÕES

O questionário:

Este questionário avalia como problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras) podem ter causado problemas em sua vida diária. Nós gostaríamos que você respondesse ao questionário mesmo que você tenha uma boa saúde bucal. Gostaríamos de saber com que frequência você teve cada um dos 49 problemas apresentados, durante os ÚLTIMOS 12 MESES.

Como responder as questões:

Cada questão no lado esquerdo da página refere-se a um problema dental específico. Você deve pensar sobre cada questão de uma vez, e circular a resposta à direita da questão, para indicar com que frequência você teve o problema durante os últimos 12 meses.

		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SEI
Q1	Você teve dificuldades para mastigar alguns alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q2	Você teve dificuldades para pronunciar algumas palavras por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q3	Você notou algum dente que não parece normal?						
Q4	Você sentiu que sua aparência foi prejudicada por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q5	Você sentiu que seu hálito foi afetado por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q6	Você sentiu que seu paladar foi prejudicado por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						

Continua OHIP-49 (1-6)

Continuação OHIP-49 (2-6)		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SEI
Q7	Você teve alimentos enroscados entre seus dentes ou próteses (dentaduras ou pontes)?						
Q8	Você sentiu que a sua digestão piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q9	Você teve sensações dolorosas em sua boca?						
Q10	Você teve dores nos maxilares?						
Q11	Você teve dores de cabeça por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q12	Você teve dentes sensíveis devido a, por exemplo, alimentos ou bebidas quentes ou geladas?						
Q13	Você teve dor de dente?						
NÃO SE APLICA A MIM – EU NÃO TENHO DENTES <input type="checkbox"/>							
Q14	Você sentiu as gengivas doloridas?						
Q15	Você se sentiu incomodado ao comer alguns alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q16	Você teve pontos doloridos na sua boca?						
Q17	Você sentiu que sua prótese (dentadura ou pontes) não está bem adaptada?						
NÃO SE APLICA A MIM – EU NÃO TENHO DENTES <input type="checkbox"/>							

Continua OHIP-49 (3-6)

Continuação OHIP-49 (3-6)		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SEI
Q18							
NÃO SE APLICA A MIM – EU NÃO TENHO DENTES <input type="checkbox"/>							
Q19	Você teve preocupações por causa de problemas dentais?						
Q20	Você se sentiu constrangido por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q21	Problemas dentais fizeram você infeliz?						
Q22	Você se sentiu incomodado por causa da aparência de seus dentes, boca ou próteses (dentaduras ou pontes)?						
Q23	Você se sentiu tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q24	Sua fala foi confusa por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q25	Houve pessoas que não entenderam algumas de suas palavras por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q26	Você sentiu que sua alimentação teve menos sabor por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q27	Você não conseguiu escovar seus dentes adequadamente por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
NÃO SE APLICA A MIM – EU NÃO TENHO DENTES <input type="checkbox"/>							

Continuação OHIP-49 (4-6)		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SEI
Q28	Você evitou comer alguns alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q29	Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q30	Você não conseguiu comer com suas próteses (dentaduras ou pontes) por causa de problemas com elas?						
NÃO SE APLICA A MIM – EU NÃO TENHO DENTES <input type="checkbox"/>							
Q31	Você evitou sorrir por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q32	Você teve de interromper refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q33	Seu sono foi interrompido por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q34	Você se sentiu incomodado por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q35	Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q36	Você se sentiu deprimido por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						

Continua OHIP-49 (5-6)

Continuação OHIP-49 (5-6)		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SEI
Q37	Sua concentração foi afetada por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q38	Você se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q39	Você evitou sair de casa por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q40	Você foi menos tolerante com seu (ua) parceiro (a) ou sua família por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q41	Você teve dificuldades de se relacionar com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q42	Você se sentiu um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q43	Você teve dificuldades para realizar suas tarefas habituais por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q44	Você sentiu que sua saúde geral piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q45	Você sofreu alguma perda financeira por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						

Continua OHIP-49 (6-6)

Continuação OHIP-49 (6-6)		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SEI
Q46	Você se sentiu impossibilitado de se divertir na companhia de outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q47	Você sentiu que sua vida em geral foi menos satisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q48	Você foi totalmente incapaz de trabalhar por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Q49	Você foi incapaz de trabalhar com toda a sua capacidade por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses (pontes ou dentaduras)?						
Por favor, escreva a data de hoje: _____ / _____ / _____.							

OBRIGADO PELA SUA COOPERAÇÃO.

QUADRO 1. COMPOSIÇÃO E ESCORES MÍNIMOS E MÁXIMOS DAS DIMENSÕES DO *OHIP-49*

DIMENSÃO	ITENS DO <i>OHIP-49</i>	QUANTIDADE DE ITENS	ESCALA ORIGINAL (0 A 4)	
Limitação Funcional	01 a 08	08	0	32
Dor Física	09 a 18	10	0	40
Desconforto Psicológico	19 a 23	05	0	20
Incapacidade Física	24 a 32	09	0	36
Incapacidade Psicológica	33 a 38	06	0	24
Incapacidade Social	39 a 43	05	0	20
Deficiência	44 a 49	06	0	24
TOTAL		49	0	196

ANEXO 4.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ANEXO 4.**QUADRO 1. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)**Tradução com alteração proposta por Bertolucci *et al.* (1994)

1. ORIENTAÇÃO NO TEMPO (1 ponto para cada resposta correta): 5 pontos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em que ano estamos? ▪ Em que estação do ano estamos? ▪ Em que mês estamos? ▪ Em que dia da semana estamos? ▪ Em que dia do mês estamos?
NOTA:
2. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO (1 ponto para cada resposta correta): 5 pontos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em que Estado estamos? ▪ Em que cidade do ano estamos? ▪ Em que bairro estamos? ▪ O que é este prédio em que estamos? ▪ Em que andar estamos?
NOTA:
3. RETENÇÃO (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente, na primeira vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). 3 pontos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr.(a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO _____ VASO _____ BOLA _____ ▪ Agora repita as palavras para mim.
NOTA:

4. ATENÇÃO E CÁLCULO

(1 ponto para cada resposta certa. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas).

- Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? Caso não consiga o escore máximo, pedir para soletrar MUNDO de trás para frente.
- 100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____

NOTA:

5. MEMÓRIA DE EVOCÇÃO

(1 ponto para cada palavra). 3 pontos.

- Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar.
- Carro _____
- Vaso _____
- Bola _____

NOTA:

6. LINGUAGEM

(1 ponto para cada resposta correta)

- Como se chama isto? Mostrar os objetos.
- Relógio _____
- Lápis _____

Repita a frase que eu vou dizer:

- **NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ**

NOTA:

- Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa. Dar a folha segurando com as duas mãos.
- Pega com a mão direita _____
- Dobra ao meio _____
- Coloca onde deve _____

NOTA:

- Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.
- Mostrar um cartão com a frase bem legível, **FECHE OS OLHOS;** sendo analfabeto lê-se a frase
- Fechou os olhos _____

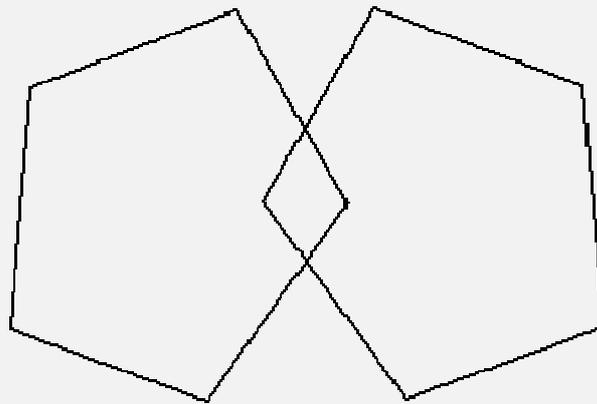
NOTA:

- Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.
- Mostrar um cartão com a frase bem legível, **FECHE OS OLHOS;** sendo analfabeto lê-se a frase
- Frase _____

NOTA:

7. HABILIDADE CONSTRUTIVA**(1 ponto para cada resposta correta)**

- Deve copiar o desenho abaixo (Figura 1). Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

NOTA:**TOTAL MÁXIMO (30 PONTOS):**

ANEXO 5.

TESTE DE IGUALDADE DAS PROPORÇÕES

ANEXO 5. TESTE DE IGUALDADE DAS PROPORÇÕES

Testes Estatísticos

Igualdade de Duas Proporções

O Teste de Igualdade de duas Proporções é um teste não paramétrico que compara se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis apresentam significância estatística, conforme as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0 : p_1 = p_2 \\ H_1 : p_1 \neq p_2 \end{cases}$$

Para realizar-se este teste deve-se calcular

$$f_1 = \frac{x_1}{n_1}, f_2 = \frac{x_2}{n_2} \text{ e } \hat{p} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2}.$$

Com isso pode-se calcular a estatística teste.

$$Z_{cal} = \frac{f_1 - f_2}{\sqrt{\hat{p}(1 - \hat{p})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

Conclusões

Se $-Z_{\frac{\alpha}{2}} \leq Z_{cal} \leq Z_{\frac{\alpha}{2}}$, não se pode rejeitar H_0 , isto é, há um determinado risco α , cita-se que não existe diferença entre as proporções.

Se $Z_{cal} > Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ou $Z_{cal} < -Z_{\frac{\alpha}{2}}$, rejeita-se H_0 , concluindo-se, com risco α , que há diferença entre as proporções.

ANEXO 6.

***TESTES NÃO PARAMÉTRICOS
WILCOXON E MANN-WHITNEY***

ANEXO 6. TESTES NÃO PARAMÉTRICOS

O Teste de Wilcoxon é um teste não paramétrico utilizado para verificar se o tratamento aplicado, junto aos indivíduos, surtiu efeito ou não. Este teste não paramétrico é utilizado quando é possível determinar, tanto a magnitude quanto a direção dos dados (como em nosso estudo), e deseja-se comparar as variáveis duas a duas. O teste de Wilcoxon é definido com base da seguinte hipótese:

$$\begin{cases} H_0 : \text{Os tratamentos não tem efeito (não há diferença entre os grupos).} \\ H_1 : \text{Os tratamentos têm efeito (há diferença entre os grupos).} \end{cases}$$

Para fazer o teste de Wilcoxon, deve-se proceder do seguinte modo:

Para cada par, calcular $d_i = x_i - y_i$ (diferença entre os dois tratamentos);

Atribuir postos (p_i) ao valor absoluto destas diferenças. No caso de empate, atribuir a média dos postos empatados. (Não se atribui posto a diferenças iguais a zero);

Se $d_i < 0$, então o posto (p_i) assumirá o valor negativo, isto é, $-p_i$;

Obter J = número de observações com postos negativos;

Obter L = número de observações com postos positivos;

Obter T = soma dos postos com sinal menos freqüente;

Obter N = número de diferenças (p_i) diferentes de zero;

Calcular:

Para calcular o teste utiliza-se a seguinte fórmula:

$$Z_{cal} = \frac{T - \mu_T}{\sigma_T} \quad \text{Onde: } \mu_T = \frac{N(N+1)}{4} \quad \sigma_T = \sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{24}}$$

Da mesma maneira conclui-se que:

Se $-Z_{\frac{\alpha}{2}} \leq Z_{cal} \leq Z_{\frac{\alpha}{2}}$, não se pode rejeitar H_0 , isto é, há um determinado risco α , diz-se que não existe diferença entre os grupos.

Se $Z_{cal} > Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ou $Z_{cal} < -Z_{\frac{\alpha}{2}}$, rejeita-se H_0 , concluindo-se, com risco α , que há diferença entre os dois grupos.

TESTE ESTATÍSTICO DE MANN-WHITNEY

O Teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico (utilizado em baixas amostragens). Este teste é usado quando temos amostras independentes e queremos comparar sempre duas-a-duas as variáveis. Assim, é composto pela seguinte hipótese:

$$\begin{cases} H_0 : \text{As duas amostras proveêm de uma única população} \\ H_1 : \text{As duas amostras são de populações diferentes} \end{cases}$$

Procedimento:

Ordenar todas as observações independentemente a qual amostra pertença e atribuir postos;

Obter

P_1 = soma dos postos das observações pertencentes ao grupo 1

P_2 = soma dos postos das observações pertencentes ao grupo 2

$$T = P_1 - \frac{n_1(n_1 + 1)}{2}$$

Calcular

$$T_0 = \frac{T - \frac{n_1 n_2}{2}}{\sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}}$$

onde:

n_1 = tamanho da amostra 1

n_2 = tamanho da amostra 2

Obter na tabela normal padrão, o valor $Z_{\alpha/2}$ tal que $P(Z > Z_{\alpha/2}) = \frac{\alpha}{2}$ e

$$P(Z < -Z_{\alpha/2}) = \frac{\alpha}{2}$$

Se $T_0 > Z_{\alpha/2}$ ou $T_0 < -Z_{\alpha/2}$, rejeite H_0

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Almagro Urrutia Z, Sáez Carriera R, Sánchez C, Lemus Cruz LM. Sobredentaduras. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2009 [cited 2010 Oct 23];46(1). Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Branemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Scand J Plast Reconstr Surg Suppl. 1977;16:1-132.

Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T. Tissue-integrated prostheses: osseointegration in clinical dentistry. Chicago: Quintessence Publishing; 1985.

Burns DR, Unger JW, Elswick RK, Jr., Beck DA. Prospective clinical evaluation of mandibular implant *overdentures*: Part I--Retention, stability, and tissue response. J Prosthet Dent. 1995a Apr;73(4):354-63.

Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Cien Saúde Colet. 2000;5(1):163-77.

Coto SJD. Seguimento clínico e qualidade de vida. *In*: Oliveira Filho RS, Festa Neto C, Paschoal FM, Tovo LFR, Ferreira LM, organizadores.

Melanoma cutâneo e linfonodo sentinela. São Paulo: Lemar; 2003. p. 175-82.

Fenton AH. The decade of *overdentures*: 1970-1980. *J Prosthet Dent*. 1998 Jan;79(1):31-6.

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Geertman ME, Slagter AP, van 't Hof MA, van Waas MA, Kalk W. Masticatory performance and chewing experience with implant-retained mandibular *overdentures*. *J Oral Rehabil*. 1999 Jan;26(1):7-13.

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993 Apr 15;118(8):622-9.

Hobo S, Ichida E, Garcia L. Osseointegration and occlusal rehabilitation. Berlin: Quintessence Publishing; 1990.

MacEntee MI. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerodontology*. 1996 Dec;13(2):76-81.

Oleson M. Content validity of the quality of life index. *Appl Nurs Res*. 1990 Aug;3(3):126-7.

Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1998. (OPS. Publicación Científica; 569).

Pera P, Bassi F, Schierano G, Appendino P, Preti G. Implant anchored complete mandibular denture: evaluation of masticatory efficiency, oral function and degree of satisfaction. *J Oral Rehabil.* 1998 Jun;25(6):462-7.

Sánchez Ayala RM, López Parada RA. Sobredentaduras, una opción terapéutica: reporte de un caso clínico. *Rev ADM.* 2000;57(6):231-6.

Spiekermann H, Donath K, Hassell TM, Jovanovic S, Richter EJ. *Implantologia.* Porto Alegre: Artmed; 2000.

Timmerman R, Stoker GT, Wismeijer D, Oosterveld P, Vermeeren JI, van Waas MA. An eight-year follow-up to a randomized clinical trial of participant satisfaction with three types of mandibular implant-retained *overdentures*. *J Dent Res.* 2004 Aug;83(8):630-3.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. *Am J Public Health Nations Health.* 1946 Nov;36(11):1315-23.

World Health Organization. The World Health Report 1998: life in the 21st Century: a vision for all. Geneva: World Health Organization; 1998.