

MIGUEL JORGE DE BRAGA PINTO

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DE INDIVÍDUOS
REABILITADOS COM PRÓTESE FIXA TOTAL
INFERIOR IMPLANTO-SUPORTADA**



**INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE**

2012

MIGUEL JORGE DE BRAGA PINTO

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DE INDIVÍDUOS
REABILITADOS COM PRÓTESE FIXA TOTAL
INFERIOR IMPLANTO-SUPORTADA**

**Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde do
Norte, para obtenção do grau Mestre em Reabilitação Oral**

Prof. Doutor Paulo Rompante

RESUMO

Introdução: As próteses implanto-suportadas apresentam-se como uma opção de tratamento viável, previsível e satisfatória para indivíduos desdentados totais inferiores.

Objectivos:

- Avaliar os impactos negativos na QVRSO de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada.

- Avaliar os níveis de satisfação de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada.

Metodologia: Avaliação de uma população de estudo de 30 indivíduos em três momentos temporais, tempo zero (t_0), tempo um (t_1) e tempo dois (t_2), respectivamente antes do tratamento, decorrido um mês e decorridos seis meses após colocação de prótese implanto-suportada inferior. A população de estudo foi classificada de acordo com metodologia OMS, Oral Health Surveys, Basic methods, 4 ed. Geneva, 1997³⁰, para classificação dos indivíduos quanto ao uso de prótese. A população de estudo foi avaliada pelos indicadores simplificados de QVRSO, de acordo com Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

Resultados: Uma grande percentagem dos indivíduos, 47%, referiu sentir limitação funcional muito frequentemente antes do tratamento, ocasionalmente, 60%, após o tratamento e raramente, 60%, ao longo do tempo.

Dor e/ou desconforto foram referidos frequentemente por 47% dos indivíduos antes do tratamento, enquanto 77% referiram dor e/ou desconforto raramente após 6 meses do tratamento concluído.

A maioria dos indivíduos, 63%, referiu desconforto psicológico frequentemente antes do tratamento, enquanto 87% dos indivíduos sentiu desconforto psicológico apenas raramente 6 meses após o tratamento.

O comprometimento estético foi sentido frequentemente, 53%, antes do tratamento e raramente após o tratamento, 70%, e ao longo do tempo, 80%.

O comprometimento social foi relatado como frequente por 63% dos indivíduos antes do tratamento, enquanto 80% dos indivíduos relataram raramente se sentirem comprometidos socialmente após o tratamento.

Discussão: Os resultados estão de acordo com a literatura e apontam no sentido da melhoria dos níveis de satisfação dos indivíduos ao longo do tempo

Conclusões:

- Os impactos negativos na QVRSO de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada diminuíram ao longo do tempo após o tratamento proposto.
- Os níveis de satisfação de indivíduos reabilitados prótese fixa total inferior implanto-suportada aumentaram ao longo do tempo após o tratamento proposto.
- A compreensão da questão de estudo proposta sugere que as próteses osteointegradas propiciam uma maior satisfação progressiva e uma melhoria na qualidade de vida.
- No entanto este estudo e a bibliografia sugerem que sejam realizados mais estudos, sobretudo estudos de seguimento em períodos temporais mais alargados.

ABSTRACT

Introduction: The implant-supported prostheses are a viable, predictable and satisfactory treatment option to edentulous lower jaw subjects.

Objectives:

- Assess the negative impacts on OHRQoL of rehabilitated individuals with lower total fixed implant-supported prosthesis.

- Assess satisfaction levels of rehabilitated individuals with lower total implant-supported fixed prosthesis.

Methodology: Evaluation of a 30 individuals' population at three moments in time, time zero (t_0), time one (t_1) and time two (t_2), which correspond to the time before treatment, after one month and six months after placement of the lower implant-supported prosthesis, respectively. The population was classified according to the WHO methodology, Oral Health Surveys, Basic methods, 4th ed. Geneva, 1997³⁰, to classify individuals according the use of prosthesis. The population was assessed by the OHRQoL single indicators, according to the Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

Results: A large percentage of individuals, 47%, reported feeling very often functional limitations before the treatment; occasionally, 60%, after the treatment and hardly ever, 60%, over time.

Pain and/or discomfort were mentioned fairly often by 47% of individuals before treatment, while 77% reported hardly ever pain and/or discomfort 6 months after the treatment was completed.

Most individuals, 63% reported fairly often psychological discomfort before treatment, while 87% experienced only hardly ever psychological discomfort 6 months after treatment.

Aesthetic disability was fairly often felt, 53%, before the treatment and hardly ever after treatment, 70%, and over time, 80%.

The social disability was reported as fairly often for 63% individuals before treatment, while 80% of subjects reported that hardly ever felt social disability after treatment.

Discussion: The results are in agreement with the literature and point towards improving levels of satisfaction of individuals over time.

Conclusions:

- Negative impacts on OHRQoL of rehabilitated individuals with lower total implant-supported fixed prosthesis decreased over time after the proposed treatment.
- The satisfaction levels of rehabilitated lower total implant-supported fixed prosthesis individuals increased over time after the proposed treatment.
- The understanding of the proposed case study suggests that the osseointegrated prosthesis provides a greater satisfaction and a progressive improvement in the quality of life of subjects.
- However, this study and the existing literature suggest that more research should be done, especially concerning the analysis over longer periods of time.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus pela minha vida.

À minha família, pela inspiração e razão de ser de toda a minha vida.

Aos meus amigos pelo carinho demonstrado ao longo dos bons e maus momentos, em especial ao Dr. Reinaldo Siqueira.

Ao meu amigo e Orientador Professor Doutor Paulo Rompante por todo o apoio, ensinamento e incentivo, sem ele não seria possível o culminar de mais esta etapa.

À Comissão Coordenadora do II Mestrado de Reabilitação Oral, pela disponibilidade e ajuda na realização deste trabalho.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	2
1.1 Reabilitações Implanto-suportadas.....	2
1.2 Carga Imediata	3
1.3 Níveis de Satisfação	3
1.4 Indicadores de Saúde Oral e Qualidade de Vida	6
1.4.1 Indicador de desconforto oral devido a limitação funcional	7
1.4.2 Indicador de dor física devido ao estado de saúde oral.....	8
1.4.3 Indicador de desconforto psicológico devido ao estado de saúde oral	8
1.4.4 Indicador de incapacidade psicológica devido à aparência de dentes ou prótese	8
1.4.5 Indicador de incapacidade social devido ao estado de saúde oral	8
OBJECTIVOS	9
2 OBJETIVOS	10
METODOLOGIA	11
3 METODOLOGIA.....	12
3.1 Tipo de estudo	12
3.2 Seleção da amostra	12
3.2.1 Tipo de amostra	12
3.2.2 Critérios de inclusão	12
3.2.3 Critérios de exclusão	13
3.3 População de estudo (n=).....	13
3.4 Caracterização da população de estudo	14
3.4.1 Caracterização da população de estudo de acordo com o sexo	14
3.4.2 Caracterização da população de estudo de acordo com faixas etárias	15
3.5 Classificação e avaliação da população de estudo	16
3.5.1 Classificação da população de estudo relativamente ao uso de prótese de acordo com a metodologia OMS	16
3.5.2 Avaliação da população de estudo relativamente aos indicadores de QVRSO de acordo com o Catalogue 2005	17

3.5.2.1 Limitação Funcional	17
3.5.2.2 Dor e/ou Desconforto	18
3.5.2.3 Desconforto Psicológico	18
3.5.2.4 Comprometimento Estético	19
3.5.2.5 Comprometimento Social	19
3.6 Recolha e Registo de dados	20
3.6.1 Local da recolha e registo de dados	20
3.6.2 Ficha de recolha e registo de dados	21
3.7 Análise dos dados	21
3.8 Limitações metodológicas	21
4 RESULTADOS	23
4.1 Limitação funcional	23
4.2 Dor e/ou Desconforto	25
4.3 Desconforto Psicológico	27
4.5 Comprometimento Social	31
5 DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÕES	38
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 - <i>Caracterização da população de estudo: Sexo</i>	14
Gráfico 2 - <i>Caracterização da população de estudo: Faixa etária</i>	15
Gráfico 3 - <i>Classificação da população de estudo quanto ao uso de prótese, metodologia OMS³⁰</i>	16
Gráfico 4 - <i>Limitação funcional da população de estudo – Análise por número de indivíduos</i>	23
Gráfico 5 - <i>Limitação funcional da população em estudo – Análise percentual</i>	24
Gráfico 6 - <i>Dor e/ou desconforto da população de estudo – Análise por número de indivíduos</i>	25
Gráfico 7 - <i>Dor e/ou desconforto da população de estudo – Análise percentual</i>	26
Gráfico 8 - <i>Desconforto Psicológico da população de estudo – Análise por número de indivíduos</i>	27
Gráfico 9 - <i>Desconforto Psicológico da população de estudo – Análise percentual</i>	28
Gráfico 10 - <i>Comprometimento Estético da população de estudo – Análise por número de indivíduos</i>	29
Gráfico 11 - <i>Comprometimento Estético da população de estudo – Análise percentual</i>	30

Gráfico 12 - *Comprometimento social da população de estudo – Análise por número de indivíduos* 31

Gráfico 13 - *Comprometimento social da população de estudo - Análise percentual* .. 32

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reabilitações Implanto-suportadas

O tratamento de indivíduos com recurso ao uso de implantes dentários apresenta uma grande previsibilidade quanto ao sucesso do tratamento e está relatado em inúmeras pesquisas longitudinais publicadas.^{1,2}

Em 1982, Toronto, os laboratórios de Branemark apresentaram uma revisão da investigação clínica de biomateriais e ciências básicas no campo dos implantes osteointegrados. Este sistema de implante dentário bem controlado, o parafuso osteointegrável de Branemark, foi aceite em diversos círculos académicos como tratamento reconhecido para mandíbulas edêntulas,³ sendo desde logo aceite provisoriamente pela American Dental Association (ADA).⁴

Em 1991, Zarb e Abrektsson sugeriram que “osteointegração é o processo pelo qual a fixação rígida e assintomática de um material aloplástico no osso é obtida e mantida durante a função”.⁵

As descobertas realizadas por arqueólogos relatam a preocupação permanente do Homem em substituir os dentes perdidos, desde há muitos anos. Várias foram as tentativas de implantação dentária efetuadas desde as dinastias egípcias e culturas pré-colombianas. A partir da década de 80 (séc. XX) a implantologia trouxe à prostodontia uma nova e original dimensão. Confiáveis e rigorosas técnicas evoluíram rapidamente e encontraram um lugar importante na elaboração do plano de tratamento.⁶

1.2 Carga Imediata

Desde a primeira publicação relatando carga imediata, em 1979⁷, vários autores, realizaram pesquisas em animais e humanos confirmando a viabilidade da aplicação de carga imediata em implantes dentários, obtendo taxas de sucesso semelhantes às obtidas com o procedimento convencional descrito por Branemark .^{8,9,10,11,12} A passagem de dois estágios cirúrgicos para um só estágio com colocação dos implantes em função imediata em mandíbulas edêntulas e em casos selecionados em maxilas e desdentados parciais demonstra de forma segura a evolução da implantologia, a confiança dos profissionais neste tipo de tratamento e o sucesso do mesmo.^{13,14}

A técnica de restauração imediata de mandíbulas edêntulas com o uso de implantes osteointegrados pode ser um método previsível de suporte, retenção e estabilidade da prótese, superando muitas das dificuldades associadas com a tentativa convencional de reabilitação através de próteses removíveis totais.¹⁵

1.3 Níveis de Satisfação

Os indivíduos consideram as próteses osteointegradas como uma parte integrada do seu próprio corpo, levando obviamente a uma melhoria da sua qualidade de vida.¹⁶

A avaliação da função mastigatória é um parâmetro usado desde longa data. Vinte e oito indivíduos receberam próteses totais convencionais superiores e inferiores para usarem durante pelo menos um ano. Um indivíduo adaptou-se tão bem às próteses convencionais que não se quis submeter ao tratamento com implantes. Os restantes vinte e sete indivíduos receberam uma prótese fixa sobre implantes inferior. Todos os indivíduos participaram num estudo de

follow-up dois meses após o tratamento concluído. Vinte e quatro indivíduos foram examinados no controlo e após três anos, um tinha falecido e dois não puderam comparecer. Em quatro ocasiões (original, após a colocação das próteses removíveis, dois meses e três anos após a instalação da prótese inferior implanto-suportada), a função mastigatória foi avaliada por meio de um questionário para descrição da capacidade mastigatória, um teste com alimentos (gravando o tempo necessário para mastigar e para engolir) para avaliar a eficácia mastigatória e a força de mordida foi gravada através de um aparelho que consiste num garfo de mordida em ferro com transdutores de calibre de tensão. Os autores relataram que não existiu uma melhoria significativa da função mastigatória após o tratamento com prótese removível convencional, mas após a colocação da prótese implanto-suportada existiram melhorias notórias na capacidade mastigatória e nos resultados dos testes de força e eficiência mastigatória. Estas melhorias ainda foram maiores no follow-up de três anos, o que segundo os autores indica que existe uma adaptação gradual à nova prótese. Os autores referem que o tratamento com prótese fixa total inferior implanto-suportada leva a uma maior satisfação dos indivíduos, refletindo em respostas positivas, tanto a nível psicológico como de qualidade de vida.¹⁷

Foram estudados os níveis de satisfação físicos e sociais de cinquenta e três pacientes tratados com prótese total inferior implanto-suportada ou com prótese convencional. Os pacientes foram divididos em três grupos. O grupo 1 (um) era constituído por pacientes tratados com implantes. O grupo 2 (dois) era constituído por pacientes que quiseram receber informações do tratamento com implantes, mas não o requisitaram, recebendo próteses removíveis. O grupo 3 (três) era constituído por pacientes que não quiseram receber informações do tratamento com implantes e receberam próteses removíveis. A mensuração da satisfação consistiu em 17 (dezasete) itens, sendo 11 (onze) referentes ao aspecto social e seis relativos ao aspecto físico. Os autores verificaram que os pacientes reabilitados com uma prótese sobre implantes demonstraram melhorias substanciais tanto nos aspectos físicos, como nos

aspectos sociais em comparação com o período de pré-tratamento em que usavam prótese removível, no entanto os pacientes do grupo 3 (três) foram os que apresentaram maior índice de satisfação, segundo os autores é devido ao fato desses pacientes terem uma predisposição menos social, sendo essa uma explicação possível para o fato de alguns pacientes procurarem uma alternativa à prótese removível convencional e outros não.¹⁸

Indivíduos edêntulos relatam frequentemente problemas no uso de próteses totais convencionais. As queixas mais frequentes são a falta de estabilidade e retenção, juntamente com diminuição de capacidade mastigatória.¹⁹

Numa população de adultos de 50 anos, um terço dos indivíduos reportaram problemas em mastigar e/ou de interação social, 30,5% não conseguiam mastigar um ou mais alimentos e 37,2 % dos indivíduos reportaram dor orofacial nas últimas 4 semanas. 30,8 % dos indivíduos sentiam-se insatisfeitos com algum aspeto da sua saúde oral.²⁰

A perda de dentes pode causar uma resposta emocional, que pode ter um impacto direto na qualidade de vida de um indivíduo. Quando após uma reabilitação convencional o conforto, a função e a estética não satisfazem completamente os níveis de expectativa do indivíduo, ansiedade, insegurança, diminuição da auto-estima e introversão são respostas psico-sociais relacionadas.²¹

A avaliação de cento e trinta e cinco indivíduos portadores de próteses implanto-suportadas, por resposta a um questionário sobre a função, fonação, cuidados orais, estética, alterações do estilo de vida, auto-confiança, conforto e satisfação geral com a prótese implanto-suportada, mostrou resultados de melhoria de qualidade de vida em 75% dos indivíduos e aumento da confiança pessoal em 82%.²²

Apesar das pesquisas indicarem que o índice de perda total de dentes tende a diminuir, a transição para o edentulismo ainda ocorre em indivíduos, devido ao aumento da expectativa de vida e o alto nível de doença periodontal na população adulta e idosa.²³

Num estudo com cento e quatro indivíduos, mais de 90% dos pacientes relataram estar completamente satisfeitos com a reabilitação com implantes dentários, tanto do ponto de vista funcional como estético. Os indivíduos auto-avaliaram através de questionários a sua função mastigatória e conforto, a fonética, estética, higiene oral, satisfação geral e o custo do tratamento. O grau de satisfação foi determinado através de uma escala visual analógica.²⁴

Numa amostra randomizada de indivíduos adultos do Reino Unido e Austrália, uma em cada seis pessoas reportou impactos negativos “frequentemente” ou “muito frequentemente” no último ano. Foram observadas diferenças no impacto individual sendo os indivíduos australianos mais susceptíveis de indicarem itens referentes a dor e incapacidade psicológica.²⁵

Como relata Francischone *et al.* “uma prótese total fixa sustentada por implantes é considerada ideal para uma arcada totalmente edêntula. Os pacientes submetidos a esse tratamento relatam satisfação quanto à função mastigatória, conforto e estética”.²⁶

1.4 Indicadores de Saúde Oral e Qualidade de Vida

“Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral” (QVRSO) é um conceito que se refere a autorrelatos especificamente pertencentes à saúde oral e analisa o impacto da doença oral a nível funcional, social e psicológico. Os vários indicadores de QVRSO derivam da “Classificação Internacional de

Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (ICIDH) da Organização Mundial de Saúde (OMS).²⁷

Baseado na ICIDH da OMS, por definição as pessoas que perderam dentes são deficientes (perderam uma parte do corpo). Consequentemente com essa perda têm uma incapacidade (falta de capacidade de cumprir tarefas diárias tais como falar ou comer) e desvantagens (menor contacto social devido ao embaraço causado pelo uso de uma prótese total removível)²⁸.

O indicador *“Perfil de Impacto de Saúde Oral”* (OHIP-14) é uma versão resumida do indicador original OHIP-49. É recomendado para o uso em populações adultas. Os indicadores simplificados apresentados são baseados nas dimensões abrangidas pela escala OHIP: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade social.²⁷

Um formato de resposta tipo Escala de Likert (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente) pode ser utilizado para calcular a frequência de impactos das desordens orais na qualidade de vida.²⁹

1.4.1 Indicador de desconforto oral devido a limitação funcional

Indivíduos que experimentaram algum tipo de dificuldade de se alimentar e ou mastigar devido a problemas orais, dentários ou com as próteses nos últimos 12 meses.²⁷

1.4.2 Indicador de dor física devido ao estado de saúde oral

Indivíduos que sentiram algum tipo de dor ou desconforto devido a dentes, boca ou próteses nos últimos 12 meses.²⁷

1.4.3 Indicador de desconforto psicológico devido ao estado de saúde oral

Indivíduos que sentiram algum tipo de tensão devido a problemas com a cavidade oral, dentes ou próteses nos últimos 12 meses.²⁷

1.4.4 Indicador de incapacidade psicológica devido à aparência de dentes ou prótese

Indivíduos que sentiram algum tipo de incapacidade psicológica devido à aparência de dentes ou próteses nos últimos 12 meses.²⁷

1.4.5 Indicador de incapacidade social devido ao estado de saúde oral

Indivíduos que sentiram algum tipo de dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas orais agudos ou crónicos nos últimos 12 meses.²⁷

OBJECTIVOS

2 OBJETIVOS

- Avaliar os impactos negativos na QVRSO de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada.

- Avaliar os níveis de satisfação de pacientes reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo de prevalência.

3.2 Seleção da amostra

3.2.1 Tipo de amostra

Amostra de conveniência.

3.2.2 Critérios de inclusão

Indivíduos desdentados totais portadores de próteses removíveis bimaxilares, que nessa condição aceitem serem reabilitados com uma prótese fixa metaloacrílica total inferior parafusada em 5 implantes osteointegráveis e com uma nova prótese removível convencional superior.

Indivíduos sem nenhuma contra-indicação sistêmica.

Indivíduos que aceitem participar no estudo.

3.2.3 Critérios de exclusão

Indivíduos desdentados totais portadores de próteses removíveis bimaxilares, que nessa condição não aceitem serem reabilitados com uma prótese fixa metalo-acrítica total inferior parafusada em 5 implantes osteointegráveis e com uma nova prótese removível convencional superior.

Indivíduos com alguma contra-indicação sistêmica.

Indivíduos que não aceitem participar no estudo.

Indivíduos dentados.

3.3 População de estudo (n=)

n= 30

3.4 Caracterização da população de estudo

3.4.1 Caracterização da população de estudo de acordo com o sexo

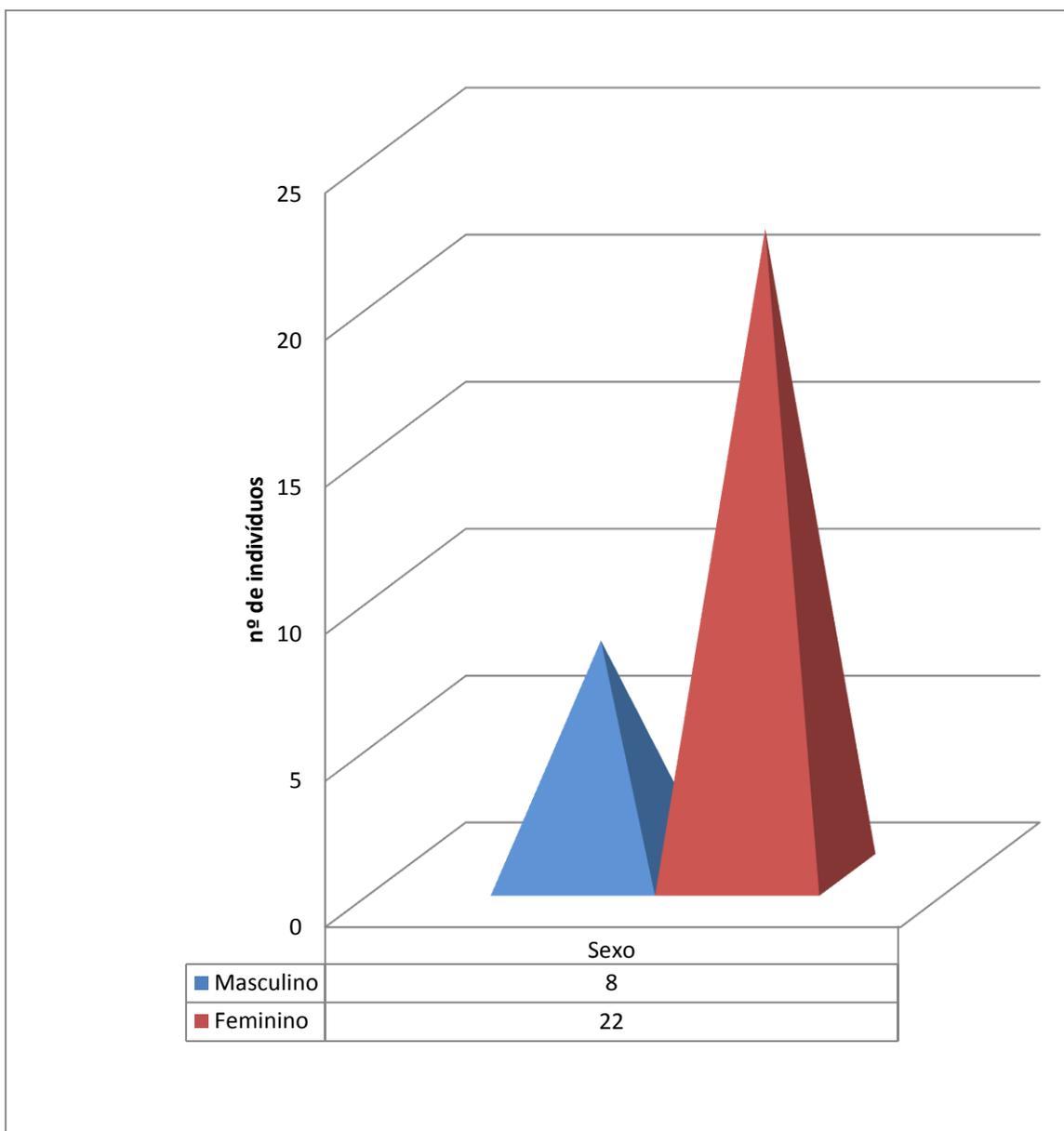


Gráfico 1 - Caracterização da população de estudo: Sexo

3.4.2 Caracterização da população de estudo de acordo com faixas etárias

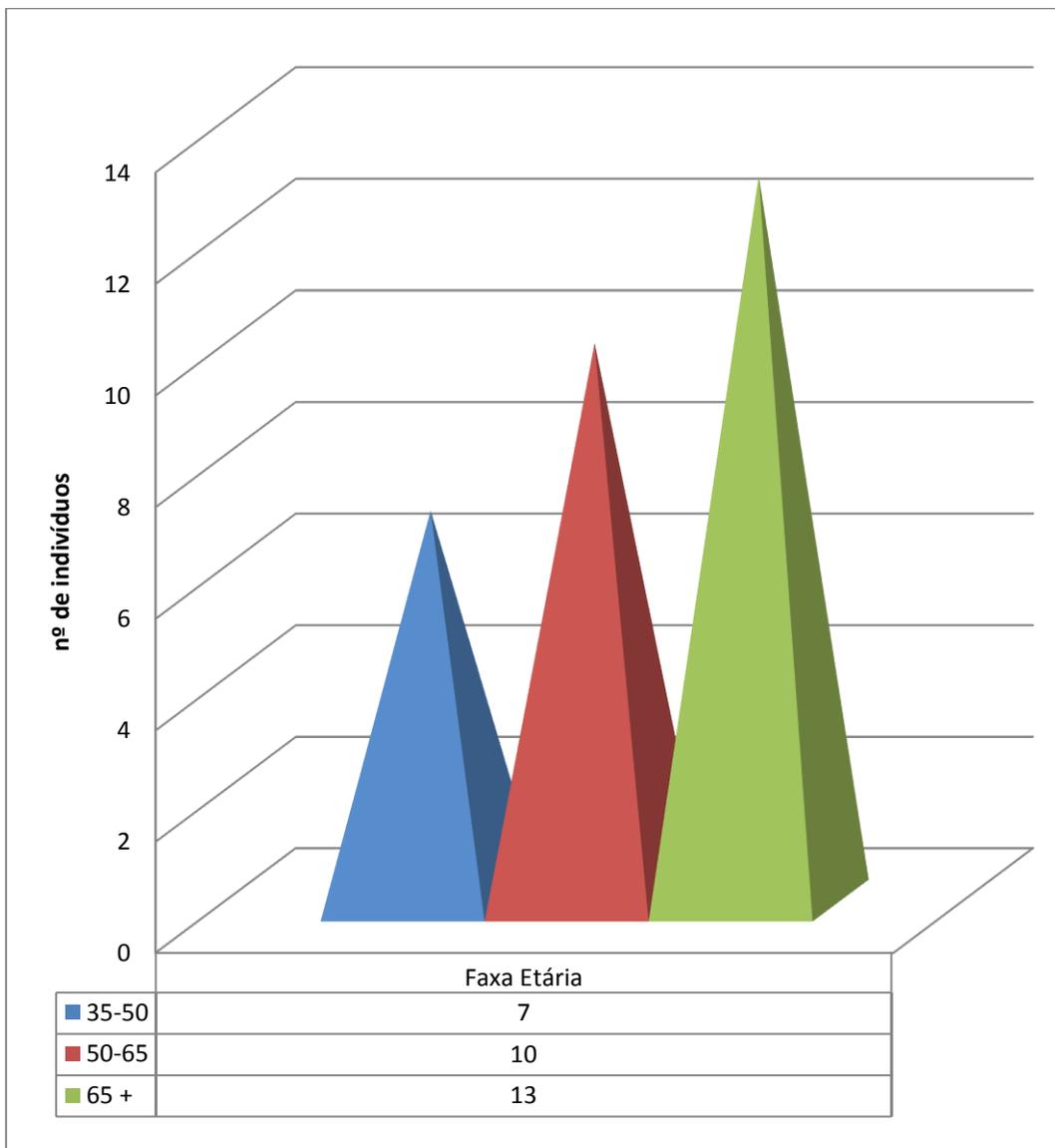


Gráfico 2 - Caracterização da população de estudo: Faixa etária

3.5 Classificação e avaliação da população de estudo

3.5.1 Classificação da população de estudo relativamente ao uso de prótese de acordo com a metodologia OMS

Os indivíduos foram classificados de acordo com a metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS), 4ª edição, 1997, metodologia em vigor para levantamentos epidemiológicos.³⁰ relativamente ao uso de prótese no maxilar inferior, maxilar de estudo.

USO DE PRÓTESE
0= Sem prótese
1= Prótese fixa
2= Mais de uma prótese fixa
3= Prótese Parcial removível
4= Prótese fixa e removível
5= Prótese total
9= Sem registro

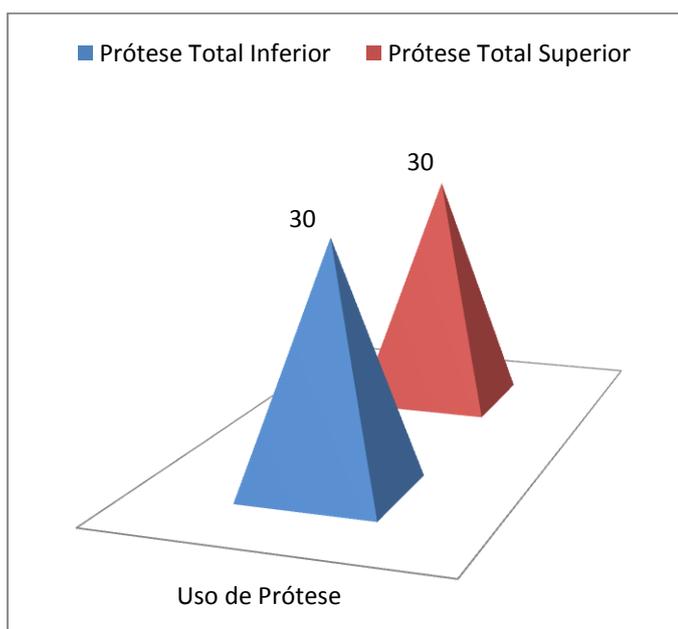


Gráfico 3 - Classificação da população de estudo quanto ao uso de prótese, metodologia OMS³⁰

Tabela 1 Metodologia OMS³⁰ relativamente ao uso de prótese

3.5.2 Avaliação da população de estudo relativamente aos indicadores de QVRSO de acordo com o Catalogue 2005

Os indivíduos foram avaliados nos seguintes parâmetros: limitação funcional, dor e/ou desconforto, desconforto psicológico, comprometimento estético, comprometimento social e satisfação geral, de acordo com Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

3.5.2.1 Limitação Funcional

A limitação funcional foi avaliada de acordo com o indicador simplificado de desconforto oral devido a limitação funcional de Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

A pergunta proposta no tempo zero (t_0) foi “Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese inferior nos últimos 12 meses?”

A pergunta proposta no tempo um (t_1) foi “Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese inferior no último mês?”

A pergunta proposta no tempo dois (t_2) foi “Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese inferior nos últimos 6 meses?”

3.5.2.2 Dor e/ou Desconforto

A Dor e/ou Desconforto foram avaliados de acordo com o indicador simplificado de dor física devido ao estado de saúde oral de Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

A pergunta proposta no tempo zero (t_0) foi “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese inferior nos últimos 12 meses?”

A pergunta proposta no tempo um (t_1) foi “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese inferior no último mês?”

A pergunta proposta no tempo dois (t_2) foi “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese inferior nos últimos 6 meses?”

3.5.2.3 Desconforto Psicológico

O Desconforto Psicológico foi avaliado de acordo com o indicador simplificado de desconforto psicológico devido ao estado de saúde oral de Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

A pergunta proposta no tempo zero (t_0) foi “Com que frequência se sentiu tenso devido a problemas com a sua prótese inferior nos últimos 12 meses?”

A pergunta proposta no tempo um (t_1) foi “Com que frequência se sentiu tenso devido a problemas com a sua prótese inferior no último mês?”

A pergunta proposta no tempo dois (t_2) foi “Com que frequência se sentiu tenso devido a problemas com a sua prótese inferior nos últimos 6 meses?”

3.5.2.4 Comprometimento Estético

O Comprometimento Estético foi avaliado de acordo com o indicador simplificado de incapacidade psicológica devido à aparência de dentes ou prótese de Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

A pergunta proposta no tempo zero (t_0) foi “Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese inferior nos últimos 12 meses?”

A pergunta proposta no tempo um (t_1) foi “Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese inferior no último mês?”

A pergunta proposta no tempo dois (t_2) foi “Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese inferior nos últimos 6 meses?”

3.5.2.5 Comprometimento Social

O Comprometimento Social foi avaliado de acordo com o indicador simplificado de incapacidade devido ao estado de saúde Oral de Health Surveillance in Europe, 2005 Catalogue²⁷.

A pergunta proposta no tempo zero (t_0) foi “Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese inferior nos últimos 12 meses?”

A pergunta proposta no tempo um (t_1) “Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese inferior no último mês?”

A pergunta proposta no tempo dois (t_2) “Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese inferior nos últimos 6 meses?”

A avaliação será feita através de uma escala de Likert com 5 pontos para cada item:

0= nunca, 1= raramente, 2= ocasionalmente, 3= frequentemente e 4= muito frequentemente.

3.6 Recolha e Registo de dados

3.6.1 Local da recolha e registo de dados

A recolha e registo de dados foram realizados na clínica “Reabilitação bucal – Implantes” (Rua Agenor Lopes, 175 – Boa Viagem, CEP:51021-110 – Recife - PE) e no Centro de Pesquisa Odontológica São Leopoldo Mandic, durante o período temporal de Janeiro de 2007 a Junho de 2009 inclusive.

Os pacientes responderam a um formulário antes do tratamento a que foi atribuído a denominação de tempo zero (t_0). O mesmo formulário foi aplicado 1 (um) mês após a colocação da prótese, a que foi atribuído a denominação de tempo zero (t_1) e 6 (seis) meses após a colocação da prótese, a que foi atribuído a denominação de tempo zero (t_2).

3.6.2 Ficha de recolha e registo de dados

Os dados foram recolhidos e registados numa escala validada tipo Likert de acordo com a ficha em anexos, 0= nunca, 1= raramente, 2=ocasionalmente, 3= frequentemente, 4= muito frequentemente.

3.7 Análise dos dados

A análise dos dados de acordo com a metodologia é descritiva.

3.8 Limitações metodológicas

Mesmo tratando-se de uma amostra de conveniência a representatividade dos resultados deverá ter em consideração o tamanho da população de estudo.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Limitação funcional

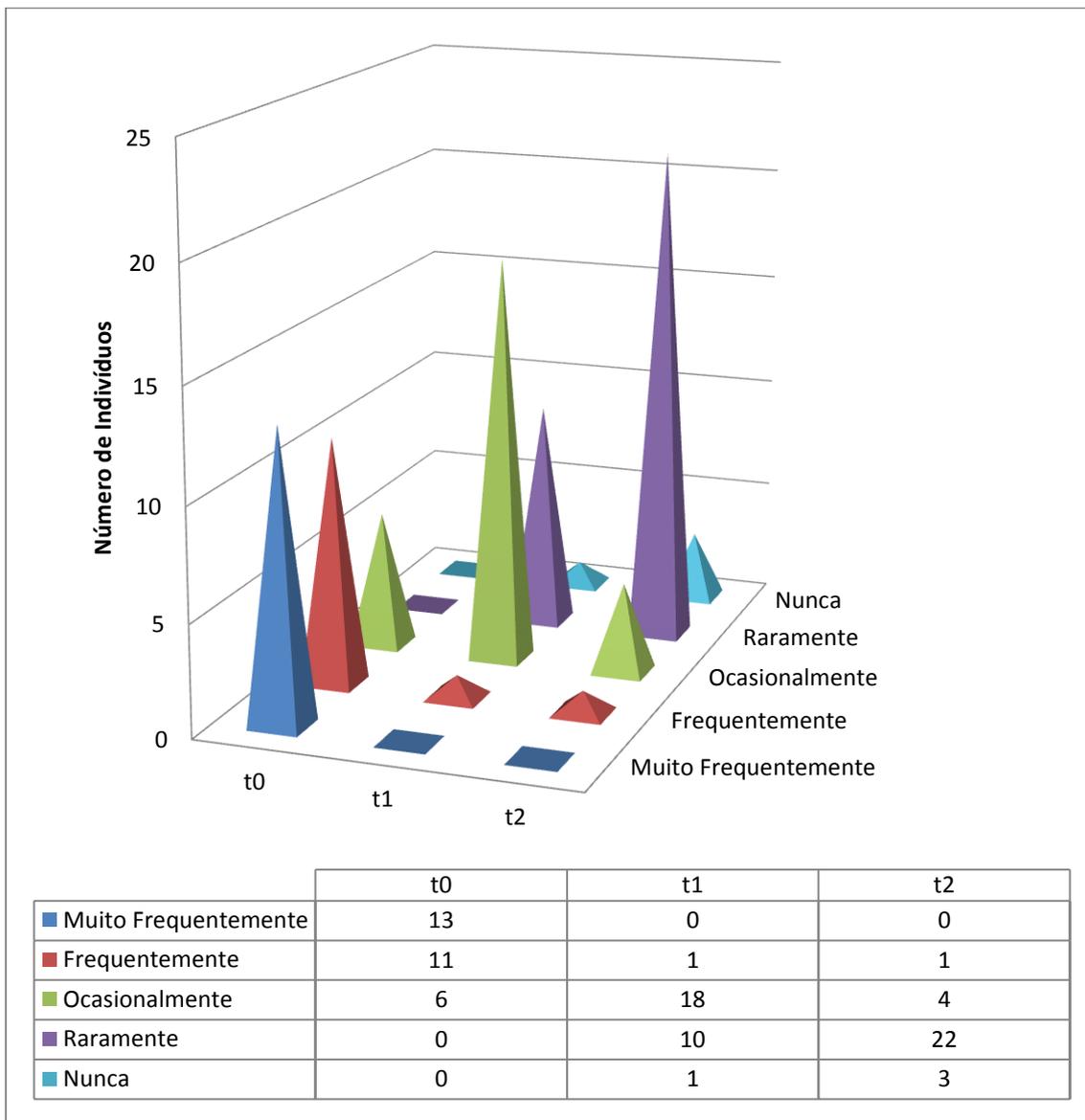


Gráfico 4 - Limitação funcional da população de estudo – Análise por número de indivíduos

t_0 "Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?"

t_1 "Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese no último mês?"

t_2 "Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?"

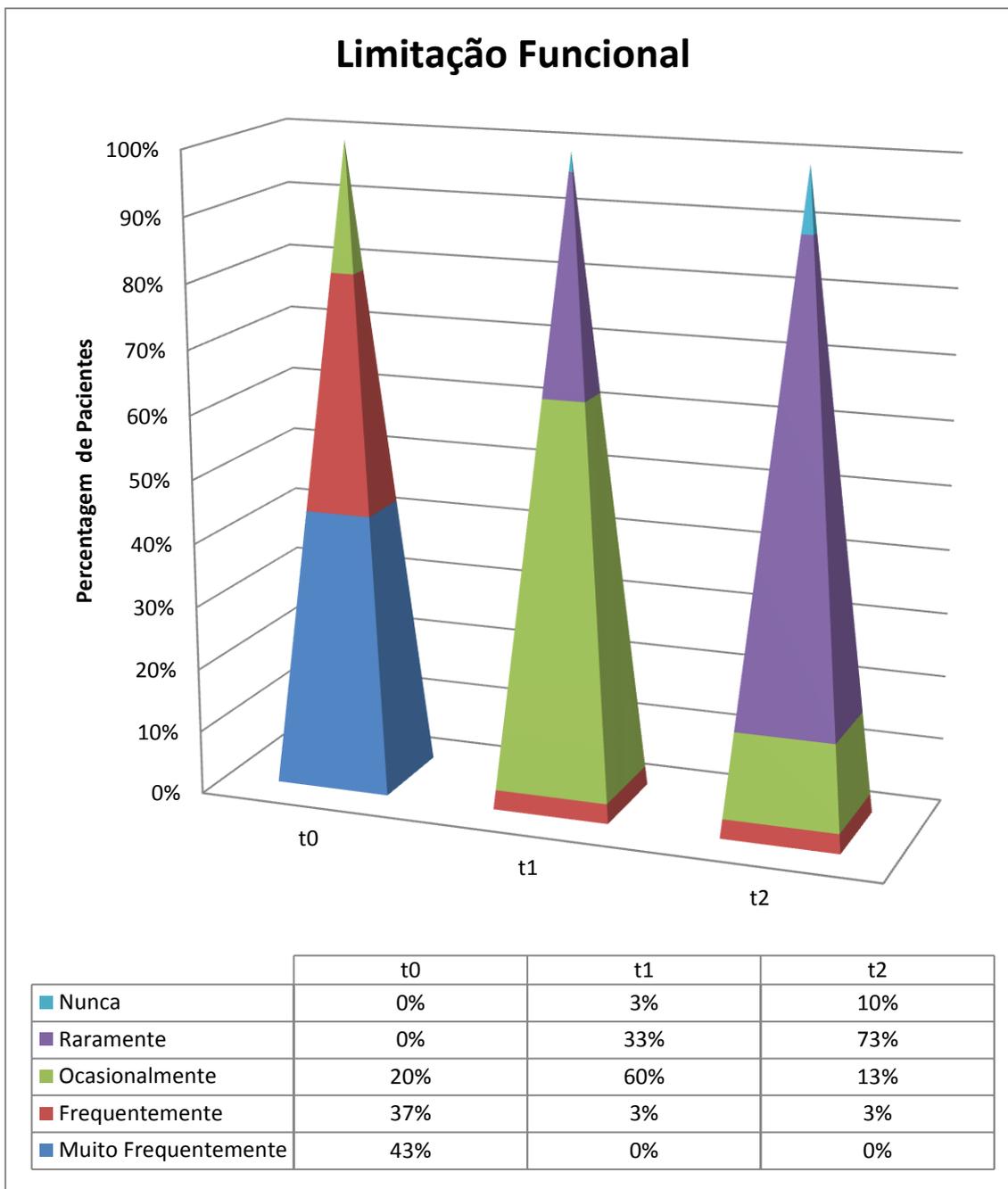


Gráfico 5- Limitação funcional da população em estudo – Análise percentual

t_0 "Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?"

t_1 "Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese no último mês?"

t_2 "Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?"

4.2 Dor e/ou Desconforto

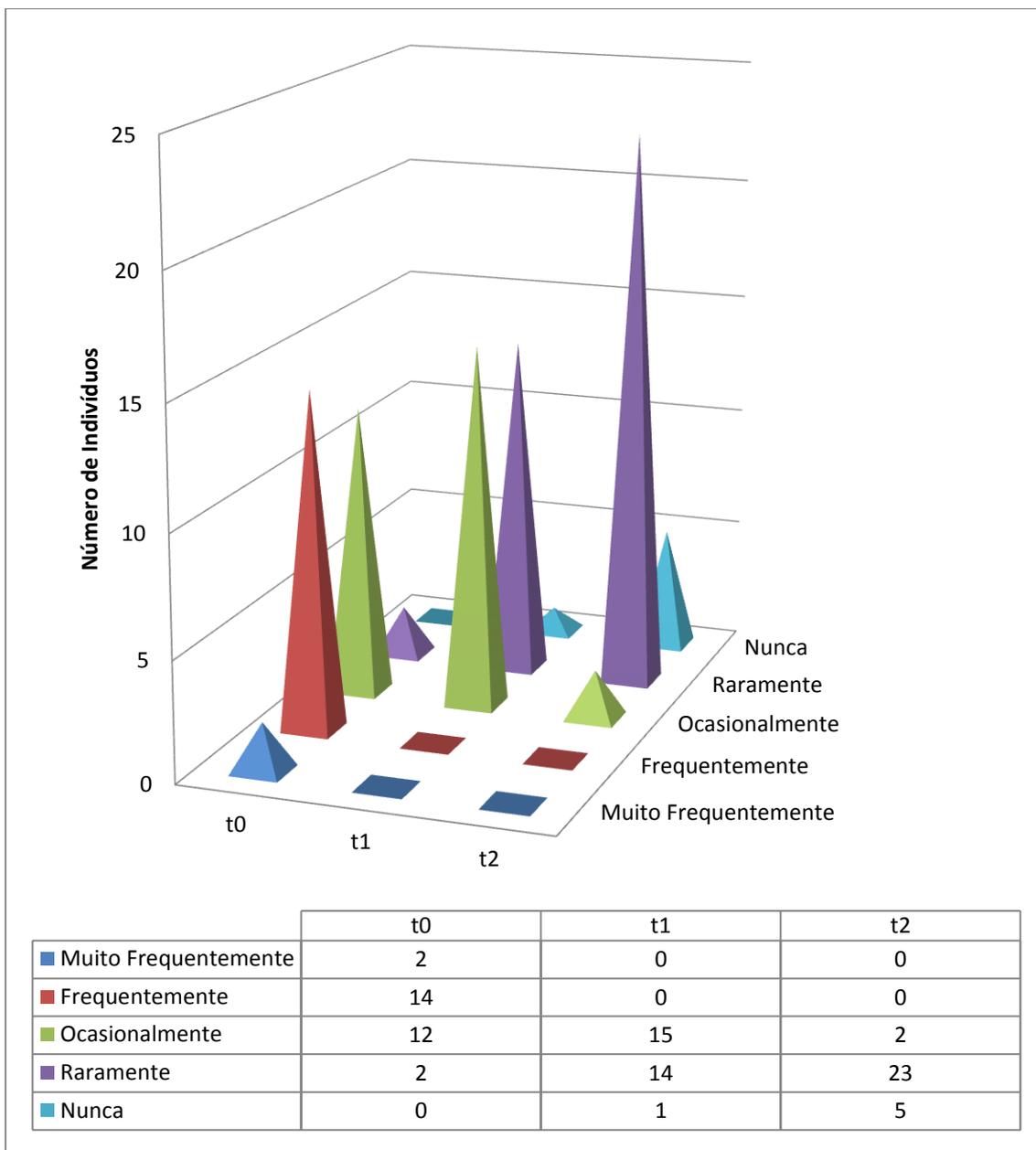


Gráfico 6 - Dor e/ou desconforto da população de estudo – Análise por número de indivíduos

t₀ “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese nos últimos 12 meses?”

t₁ “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese no último mês?”

t₂ “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese nos últimos 6 meses?”

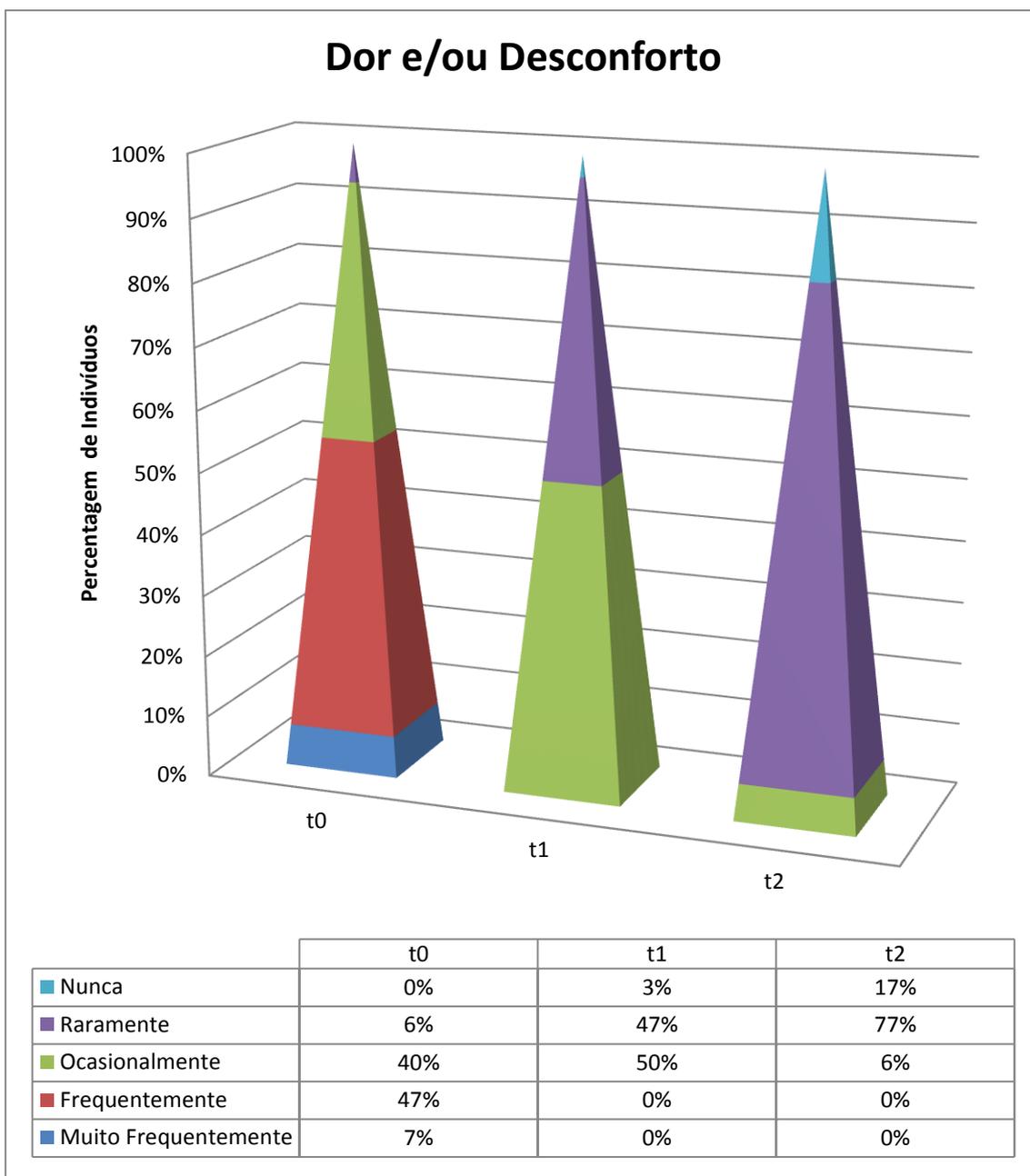


Gráfico 7 - Dor e/ou desconforto da população de estudo – Análise percentual

t₀ “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese nos últimos 12 meses?”

t₁ “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese no último mês?”

t₂ “Com que frequência sentiu dor ou desconforto com a sua prótese nos últimos 6 meses?”

4.3 Desconforto Psicológico

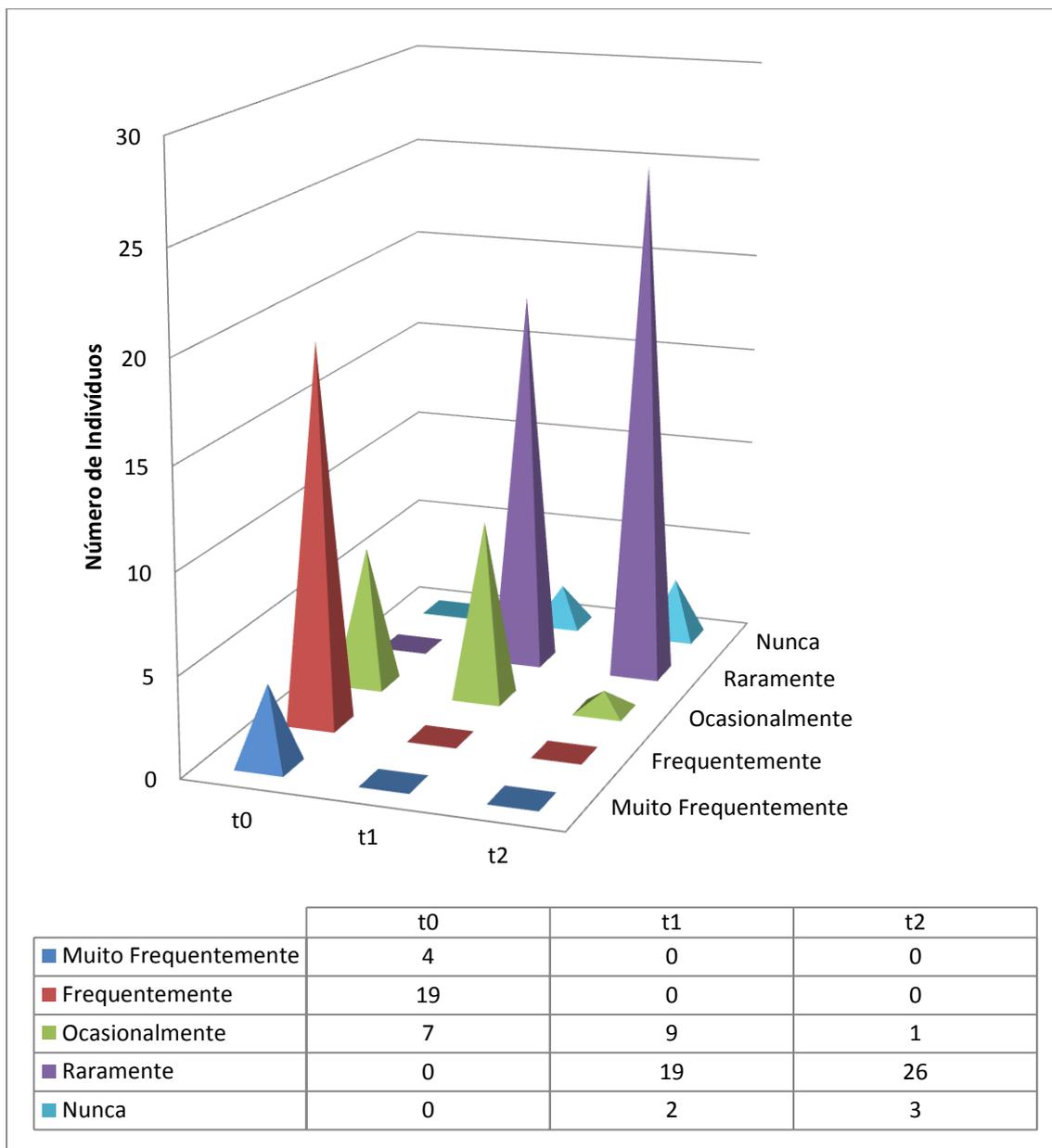


Gráfico 8 - Desconforto Psicológico da população de estudo – Análise por número de indivíduos

t_0 “Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?”

t_1 “Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese no último mês?”

t_2 “Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?”

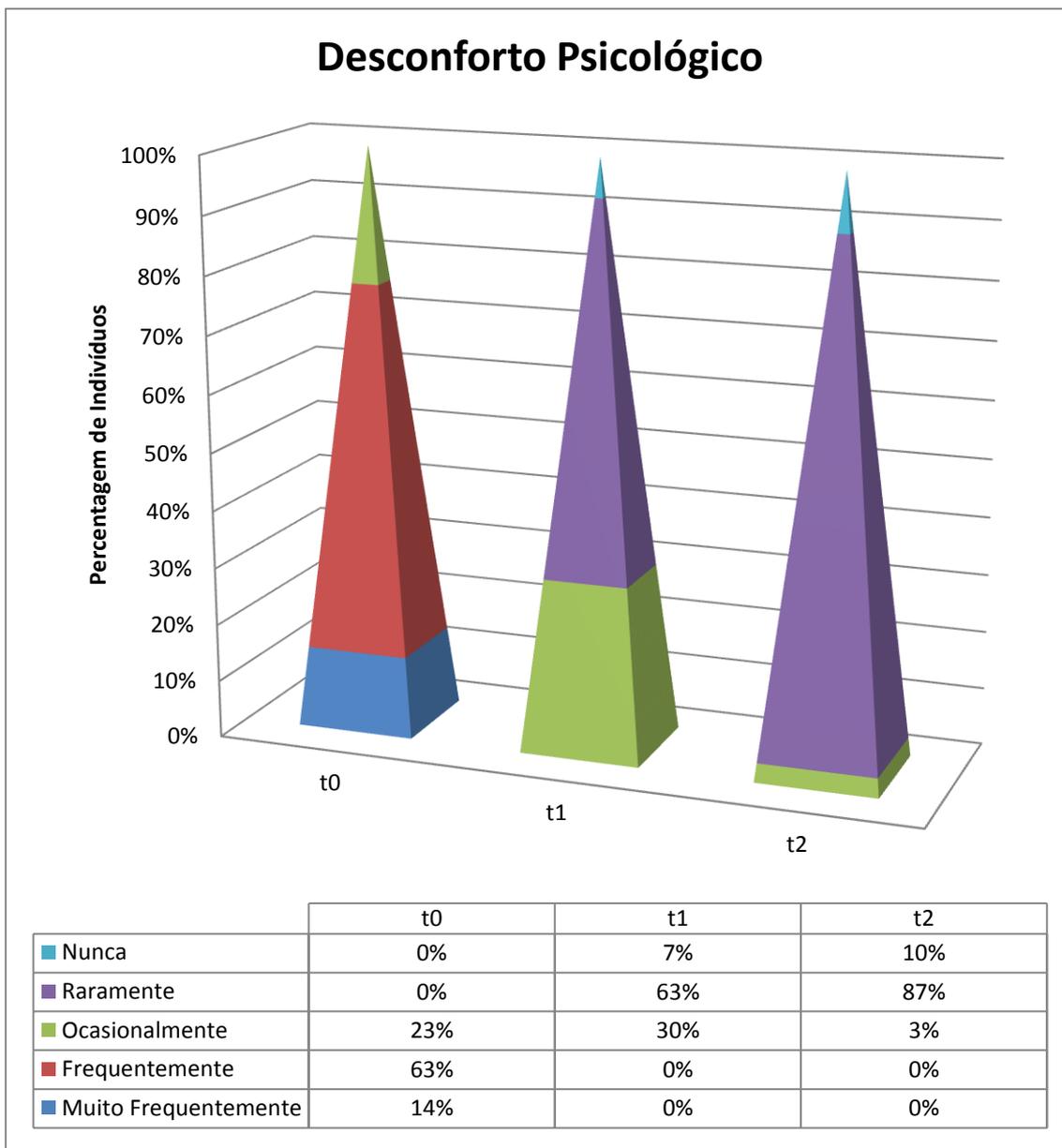


Gráfico 9 Desconforto Psicológico da população de estudo – Análise percentual

t_0 “Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?”

t_1 “Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese no último mês?”

t_2 “Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?”

4.4 Comprometimento Estético

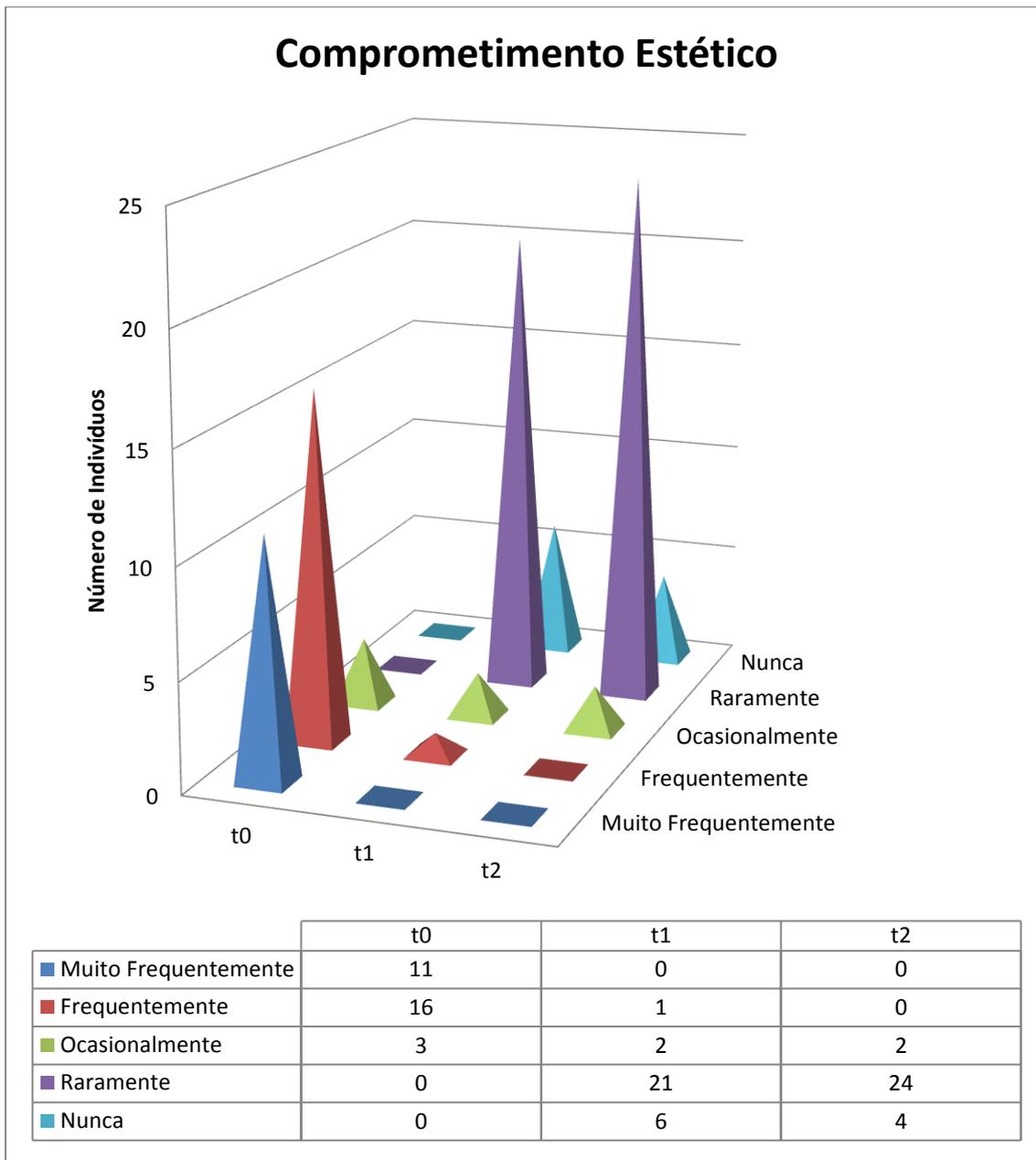


Gráfico 10 - Comprometimento Estético da população de estudo – Análise por número de indivíduos

t_0 "Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese nos últimos 12 meses?"

t_1 "Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese no último mês?"

t_2 "Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese nos últimos 6 meses?"

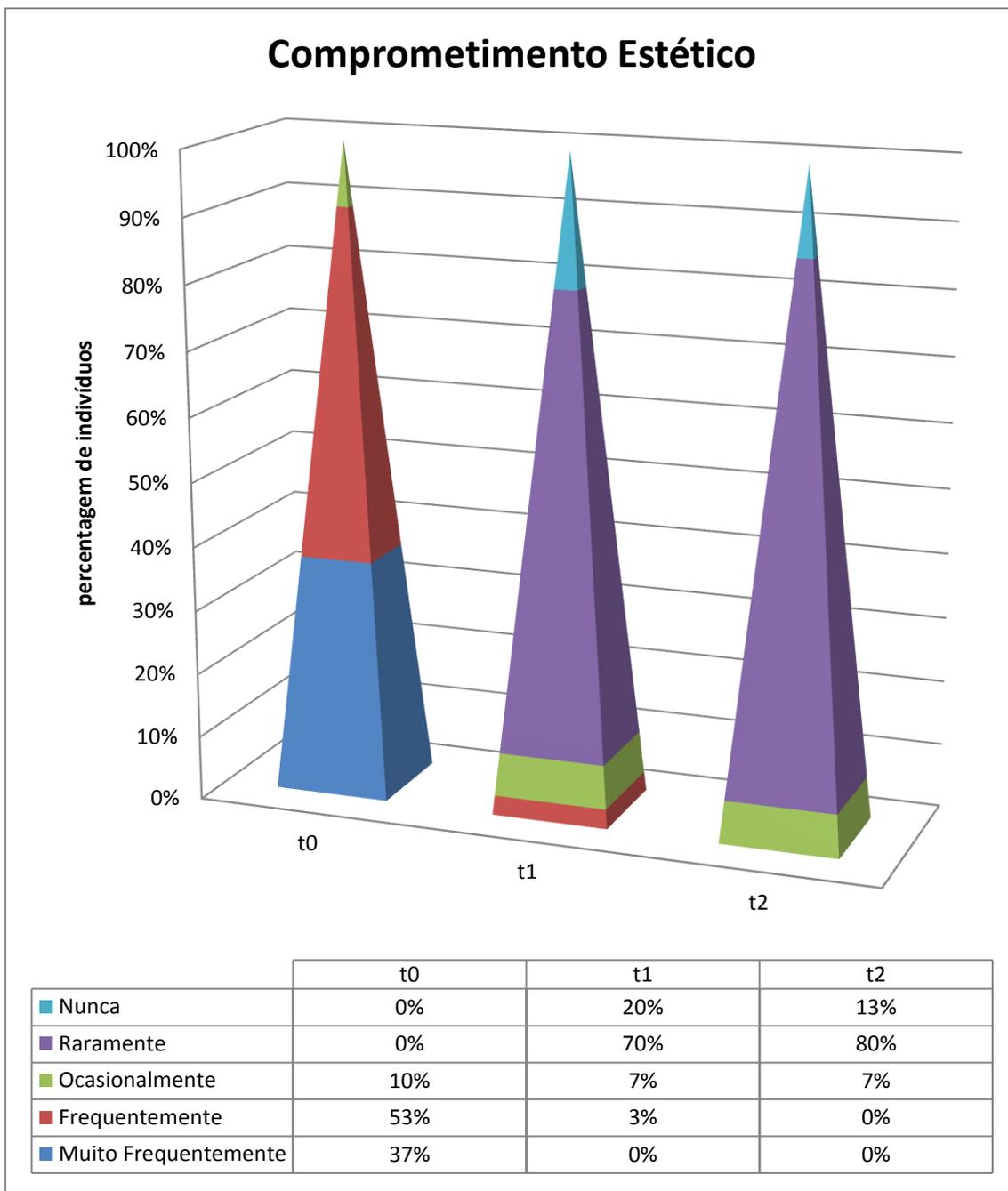


Gráfico 11 - Comprometimento Estético da população de estudo – Análise percentual

t_0 "Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese nos últimos 12 meses?"

t_1 "Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese no último mês?"

t_2 "Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese nos últimos 6 meses?"

4.5 Comprometimento Social

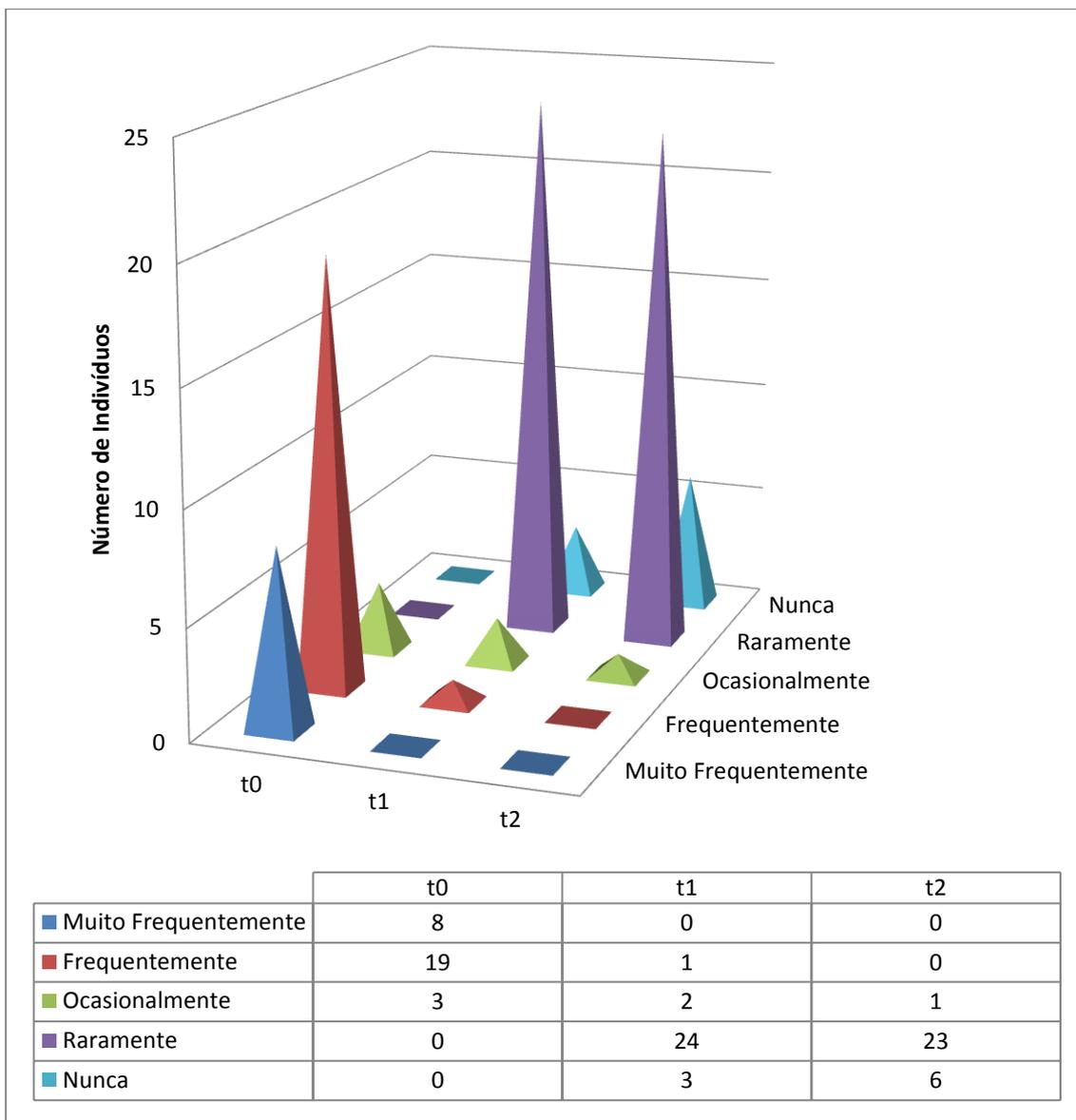


Gráfico 12 - Comprometimento social da população de estudo – Análise por número de indivíduos

T_0 "Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?"

T_1 "Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese no último mês?"

T_2 "Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?"

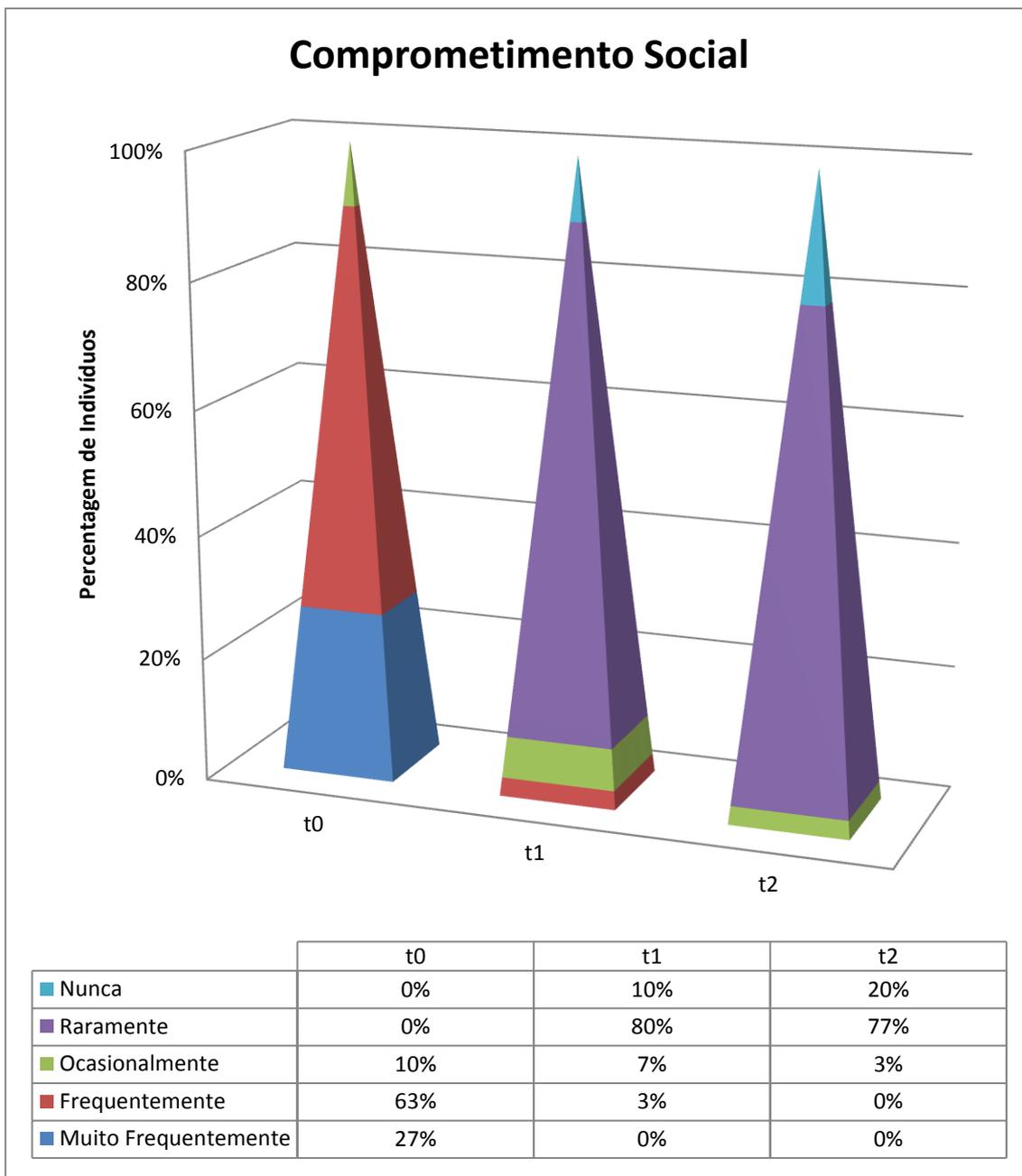


Gráfico 13 - Comprometimento social da população de estudo - Análise percentual

t₀ “Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?”

t₁ “Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese no último mês?”

t₂ “Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?”

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A limitação funcional foi sentida muito frequentemente, 43%, frequentemente, 37%, e ocasionalmente, 20%, pelos indivíduos antes do tratamento, diminuindo para ocasionalmente, 60%, ou raramente, 33%, após o tratamento e para raramente, 73%, ocasionalmente, 13% ou nunca, 10%, ao longo do tempo.

A dor e/ou desconforto foi sentido frequentemente, 47%, ou ocasionalmente, 40%, pelos indivíduos antes do tratamento, diminuindo para ocasionalmente, 50%, e raramente, 47%, após o tratamento e para raramente, 77%, ou nunca ao longo do tempo.

O desconforto psicológico foi sentido frequentemente, 63%, ocasionalmente, 23%, ou muito frequentemente, 14%, pelos indivíduos antes do tratamento, diminuindo para raramente, 63%, ocasionalmente, 30% ou nunca, 10% após o tratamento e para raramente, 87%, ou nunca, 10%, ao longo do tempo.

O comprometimento estético foi sentido frequentemente, 53%, ou muito frequentemente, 37%, pelos indivíduos antes do tratamento, diminuindo para raramente, 70%, ou nunca, 20%, após o tratamento e para raramente, 80%, ou nunca, 13%, ao longo do tempo.

O comprometimento social foi sentido frequentemente, 63%, ou muito frequentemente, 27%, antes do tratamento, diminuindo para raramente, 80%, ou nunca, 10%, após o tratamento e para raramente, 77%, ou nunca, 20%, ao longo do tempo.

Os resultados do estudo são suportados pelos encontrados na literatura.

A colocação de uma prótese fixa total implantossuportada na mandíbula, em pacientes portadores de uma prótese total convencional prévia, é

acompanhada por uma melhoria substancial da função mastigatória tanto na avaliação dos pacientes quer nos testes funcionais. Os resultados dos testes foram ainda superiores após 3 anos relativamente aos obtidos nos 2 meses após o tratamento.¹⁷

A limitação funcional de pacientes reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada é sentida com menor frequência que em pacientes portadores de prótese total removível inferior, sendo ainda menos frequente ao longo do tempo.¹⁸

Um estudo comparativo entre usuários de próteses convencionais e portadores de próteses fixas implanto-suportadas, relata que o tratamento com implantes e a conseqüente reabilitação protésica tem um impacto positivo no fator conforto.²¹

O aumento de capacidade mastigatória média de 90.8 (escala de 0-100) após a reabilitação dos espaços edêntulos parciais ou totais com próteses implanto-suportadas indicam uma função mastigatória semelhante à encontrada em pacientes com a dentição completa.³¹

Existe uma diminuição dos problemas relacionados com a dinâmica física da mastigação, fala, sorriso e beijo nos pacientes tratados com próteses implanto-retidas.³²

Pacientes com próteses implanto-retidas são menos susceptíveis a relatar impactos negativos relacionados com dificuldade em comer, sorrir, falar claramente, contactar socialmente com outras pessoas, “sair” ou manter estabilidade emocional. Estes impactos podem ter incapacitado pacientes portadores de próteses totais convencionais.³³

Num estudo comparativo entre pacientes reabilitados com uma prótese total convencional e pacientes reabilitados com uma prótese total inferior, os pacientes reabilitados com implantes relataram uma melhoria estatisticamente significativa em relação à capacidade de mastigar comidas moles e duras. Os autores referem ainda que esta melhoria se deve provavelmente a um maior conforto e estabilidade das próteses implanto-suportadas em relação às próteses removíveis convencionais.³⁴

Num estudo com 34 indivíduos reabilitados com próteses parciais implanto-suportadas na região posterior mandibular, todos responderam sim à pergunta “Está satisfeito com a sua capacidade mastigatória?”³⁵

Num estudo em que 12 pacientes tinham sido reabilitados 10 anos antes, com uma prótese fixa total inferior implanto-suportada, estes foram avaliados através de questionário relatando um nível de satisfação médio entre 8 e 9 numa escala de 0-9 em relação ao seu conforto na mastigação e entre 7 e 8 em relação à pergunta “Como considera o aspeto da sua prótese”. O estudo relata ainda uma resposta média de 90 numa escala visual analógica de 0-100 (sendo 0 o pior e 100 o melhor), quanto ao conforto da prótese, superior a 90 relativamente à pergunta “Com que frequência a sua prótese afecta o teu trabalho?” e resultados médios entre 80 e 90 à pergunta “Existem actividades que evita devido a possibilidade de ficar embaraçado com a sua prótese?”³⁶

O tratamento de pacientes reabilitados com próteses implanto-suportadas de forma imediata em maxilas atroficas resultou num aumento dos níveis de satisfação mensurados com questionário OHIP-49.³⁷

Vários autores relatam fatos semelhantes encontrados neste estudo de aumento de satisfação dos pacientes reabilitados com prótese implanto-suportadas.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

- Os impactos negativos na QVRSO de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada diminuíram ao longo do tempo após o tratamento proposto.

- Os níveis de satisfação de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada aumentaram ao longo do tempo após o tratamento proposto.

- A compreensão da questão de estudo proposta sugere que as próteses osteointegradas propiciam uma maior satisfação progressiva e uma melhoria na qualidade de vida.

- No entanto este estudo e a bibliografia sugerem que sejam realizados mais estudos, sobretudo estudos de seguimento em períodos temporais mais alargados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branemark PI, Hanson BO, Adell R, Breine U, Linstrom J, Hallen O, Ohman H. Osseointegrated implants in treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconst Surg Suppl.*, 1977; 16:1-132.
2. Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark PI. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int J Oral Surg.* 1981 Dec; 10 (6): 387-416.
3. Albrektsson t, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. La eficacia a largo plazo de los implantes dentales utilizados actualmente. Una revisión propuesta de critérios de êxito. *Archivos de Odonto-Estomatologia* 1987; 3; 211-228
4. American Dental Association. Council on Dental Materials. Instruments and Equipment. Provisionally acceptable endosseous implant for use in selected cases. *Wosniak W.T., in litt.* 1985
5. Zarb G, Albrektsson T. Osseointegration – A requiem for the periodontal ligament? An editorial. *Int J Periodont Rest Dent.* 1991;11:88-91;
6. Davarpanah M, Martinez K, Kebir M, Tecucianu J-F. Manual de implantodontia clínica. 2003: Porto Alegre: Artmed.
7. Ledermann PD. The bar-type rehabilitation on Titanium plasma-sprayed screw implants in the edentulous mandible. Article in german. *Dtsch Zahnärztl Z.* 1979 Dez; 34(12) 907-11.
8. Babbush C A, Kent JN, Misiek DJ. Titanium plasma-sprayed (TPS) screw implants for reconstruction of the edentulous mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986 Apr; 44(4): 274-282.
9. Balshi T J, Wolfinger GJ. Immediate loading of Brånemark implants in edentulous mandibles: a preliminary report. *Implant Dent.* 1997 Summer; 6(2): 83-8
10. Chiapasco M, Gatti C, Rossi E, Haefliger W, Markwalder TH. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading. A retrospective multicenter study on 226 consecutive cases. *Clin Oral Implants Res.* 1997. Feb; 8 (1): 48-57.

11. Henry PJ, Tan AE, Leavy J, Johansson CB, Albrektson T. Tissue regeneration in bony defects adjacent to immediately loaded titanium implants placed into extraction sockets: a study in dogs. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1997 Nov.-Dec; 12 (6) 758-66.
12. Piattelli A, Corigliano M, Scarano A, Costigliola G, Paolantonio M. Immediate loading of titanium plasma-sprayed implants: an histologic analysis in monkeys. *J Periodontol*. 1998 Mar; 69 (3): 321-27.
13. Tarnow DP, Emtiaz S, Classi A. Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: Ten consecutive case reports with 1-to-5 year data. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1997 May-Jun; 12 (3): 319-24.
14. Schnitman PA, Wöhrle PS.; Rubenstein JE DaSilva JD, Wang NH. Ten years results for Brånemark implants immediately loaded with fixed prosthesis at implant placement. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997 Jul-Aug; 12 (4) 495-503.
15. Heschl A, Payer M, Platzer S, Weqscheider W, Perti C, Lorenzoni M. Immediate rehabilitation of the edentulous mandible with screw type implants: results after up to 10 years of clinical function. *Clin Oral Implants Res*. 2011 (5) (*Epub ahead of print*)
16. Blomberg S. Psychiatric aspects of patients treated with bridges on osseointegrated fixtures. *Swed Dent J* 1985; Supp 28:183-92
17. Lindquist L, Carlsson G. Long-term effects on chewing with mandibular fixed prostheses on osseointegrated implants. *Acta Odontol Scand*. 1985 Mar;43(1):39-45.
18. Hoogstraten J, Lamers L. Patient satisfaction after insertion of an osseointegrated implant bridge. *J Oral Rehabil*. 1987 Sep;14(5):481-7.
19. Van Waas MAJ. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *J. Prosthet Dent* 1990; 63:307-310
20. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health*. 1992 Jun;9(2):109-24.
21. Cibirka R, Razzoog M, Lang B. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. *J Prosthet Dent*. 1997 Dec;78(6):574-81.

22. Sandberg G, Stenberg T, Wikblad K. Ten years of patients' experiences with fixed implant-supported prostheses. *J Dent Hyg.* 2000 Summer;74(3):210-8
23. Allen P, McMillan A. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res.* 2003 Apr;14(2):173-9.
24. Pjetursson E, Karoussis I, Bürgin W, Brägger U, Lang N. Patients' satisfaction following implant therapy. A 10-year prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res.* 2005 Apr;16(2):185-93.
25. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental Journal* 198, 2005; 489 - 493
26. Francischone C, Nary Filho H, Matos D, Lira H, Neves J, Vasconcelos L et al. *Osseointegração e o tratamento multidisciplinar.* São Paulo: Quintessence editora; 2006.
27. A selection of essential oral health indicators. Health surveillance in Europe. European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General Community Action Programme on Health Monitoring. 2005 Catalogue
28. World Health Organisation: International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organisation 1980.
29. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:40
30. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.
31. Ueda M, Niimi A, Murakami I, Kaneda T. Masticatory improvement using osseointegrated implants: Analysis of Japanese patients' responses through questionnaires. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1993;8(5):568-72.
32. Harle TJ, Anderson JD. Patient satisfaction with implant-supported prostheses. *Int J Prosthodont.* 1993 Mar-Apr;6(2):153-62
33. Mellas F, Marcenes W, Wright PS. Oral health impact on daily performance in patients with implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2001; 16(5) 700-12

34. Allen F, McMillan A. Food selection and perceptions of chewing ability following provision of implant and contional prostheses in complete dentures wearers. *Clin. Oral Impl Res*, 13, 2002; 320-326
35. Farzad P, Andersson L, Gunnarsson S, Sharma P. Implant stability, tissue conditions, and patient self-evaluation after treatment with osseointegrated implants in the posterior mandible. *Clin Implant Dent Relat Res* 2004;6(1):24-32
36. Quirynen M, Alsaadi G, Pawels M, Haffajee A, van Steenberghe D, Naert I. Microbiological and clinical outcomes and patient satisfaction for two treatment options in the edentulous lower jaw after 10 years of function. *Clin. Oral Impl. Res.* 16 2005;277-287
37. Erkapers M, Ekstrand K, Baer RA, Toljanic JA, Thor A. Patient satisfaction following dental implant treatment with immediate loading in the edentulous atrophic maxilla, *Int J Oral Mallilofac Implants*. 2011 Mar-Apr; 26 (2): 356-64.

ANEXOS

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DE INDIVÍDUOS REABILITADOS COM PRÓTESE
FIXA TOTAL INFERIOR IMPLANTO-SUPORTADA**

Modelo do Formulário para Recolha de dados (t=0)

	4	3	2	1	0
“Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?”					
“Com que frequência teve dor ou desconforto com a sua prótese nos últimos 12 meses?”					
“Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?”					
“Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese nos últimos 12 meses?”					
“Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese nos últimos 12 meses?”					

A preencher pelo pesquisador:

Gênero:

M () F ()

Idade:

20 a 35 () 35 a 50 () 50 a 65 () mais de 65 ()

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DE INDIVÍDUOS REABILITADOS COM PRÓTESE
FIXA TOTAL INFERIOR IMPLANTO-SUPORTADA**

Modelo do Formulário para Recolha de dados (t=1)

	4	3	2	1	0
“Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese no último mês?”					
“Com que frequência teve dor ou desconforto com a sua prótese no último mês?”					
“Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese no último mês?”					
“Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese no último mês?”					
“Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese no último mês?”					

A preencher pelo pesquisador:

Gênero:

M () F ()

Idade:

20 a 35 () 35 a 50 () 50 a 65 () mais de 65 ()

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES REABILITADOS COM PRÓTESE
FIXA TOTAL INFERIOR IMPLANTO-SUPORTADA**

Modelo do Formulário para Recolha de dados (t=2)

	4	3	2	1	0
“Com que frequência teve dificuldade em mastigar devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?”					
“Com que frequência teve dor ou desconforto com a sua prótese nos últimos 6 meses?”					
“Com que frequência se sentiu tenso/a devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?”					
“Com que frequência se sentiu embaraçado devido à aparência da sua prótese nos últimos 6 meses?”					
“Com que frequência teve dificuldade em realizar o seu trabalho diário devido a problemas com a sua prótese nos últimos 6 meses?”					

A preencher pelo pesquisador:

Gênero:

M () F ()

Idade:

20 a 35 () 35 a 50 () 50 a 65 () mais de 65 ()

Legenda do Formulário

Na página anterior é apresentado um formulário no qual deverá assinalar (x)

Os valores são (na horizontal) são:

0= Nunca

1= Raramente

2= Ocasionalmente

3= Frequentemente

4= Muito Frequentemente

O objetivo do formulário será adjetivar os diversos parâmetros de classificação da sua prótese. Esses parâmetros na vertical são: Limitação Funcional, Dor e/ou Desconforto, Desconforto Psicológico, Comprometimento Estético, Comprometimento Social.

Termo de consentimento informado

Prezado senhor:

Estou estudando os níveis de satisfação de indivíduos portadores de próteses fixas totais inferiores suportadas por implantes. Quero obter maior conhecimento sobre esse assunto e a forma correta de proporcionar uma reabilitação mais satisfatória.

Se o (a) senhor (a) quiser participar da pesquisa que será minha dissertação de mestrado, terá de preencher um formulário antes e após o tratamento.

A sua participação não é obrigatória, mas se o (a) senhor (a) resolver participar, será garantido o sigilo. Apenas suas respostas serão usadas.

Terminada a pesquisa, os resultados que são da minha inteira responsabilidade, estarão à sua disposição para esclarecer dúvidas sobre este trabalho.

Se o (a) senhor (a) quiser participar, ou tiver qualquer dúvida sobre essa questão, converse comigo:

FONE: 81-91069940

HORÁRIO: 8 h - 22 h

Fico, desde já, agradecido pela sua cooperação. Atenciosamente.

NOME: Miguel Jorge de Braga Pinto

CRO: PE-CD-7560

A SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:

Declaro que concordo participar da pesquisa do Dr. Miguel Jorge de Braga Pinto por livre e espontânea vontade, sem qualquer despesa da minha parte e sem qualquer tipo de ressarcimento por parte do pesquisador.

NOME:

RG:

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA E CENTRO DE PESQUISAS
ODONTOLÓGICAS - SÃO LEOPOLDO MANDIC**

CEP 13045-755, Campinas / SP

Exmo Sr.

Prof. Thomaz Wassall

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Caro Professor,

Envio o projeto de pesquisa intitulado "Níveis de satisfação de indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada", para a ciência da reitoria

sobre o trabalho desenvolvido como parte de minhas atividades acadêmicas nesta instituição.

Confirmo, após a leitura do Roteiro para Projeto de Pesquisa, que o meu trabalho enquadra-se na classificação:

- Revisão bibliográfica (clássica ou meta análise)
- Levantamento de dados em arquivos
- Levantamento de dados por meio de questionário
- Ensaio com corpos de prova
- confeccionados sem uso de material biológico ou com produto adquirido no comércio
- confeccionados com uso de material biológico
- Ensaio com material biológico proveniente de seres humanos (Dentes, Saliva, Sangue,...)
- Estudo de caso
- Ensaio clínico com seres humanos

Atenciosamente,

Nome: Miguel Jorge de Braga Pinto

CPF nº: 01498454488

Pesquisador responsável

Assinatura do Orientador

Autorização para coleta de dados

Eu Glaudemir Reinaldo Cavalcanti de Siqueira, diretor clínico de “Reabilitação bucal – Implantes”, autorizo Miguel Jorge de Braga Pinto a fazer a coleta de dados para a pesquisa “Níveis de satisfação em indivíduos reabilitados com prótese fixa total inferior implanto-suportada”, em pacientes da clínica acima referida.

Glaudemir Reinaldo Cavalcanti de Siqueira