



Mestrado de Reabilitação Oral

**Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores
de Sobredentaduras**

Tese apresentada por

Juliana Manuela Barbosa de Sá

para a obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Oral

2016



Mestrado de Reabilitação Oral

**Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores
de Sobredentaduras**

Orientador:

Prof Doutor José Manuel Mendes

Co-Orientador:

Mestre António Sérgio Silva

2016

A Deus

Aos meus pais

Ao Diogo

AGRADECIMENTOS

Na execução de qualquer trabalho é indiscutível que a partilha de conhecimento é fundamental. Certo é que durante a elaboração deste trabalho constatei que, de alguma forma as pessoas que me rodeiam (professores, amigos e família) contribuíram para o seu enriquecimento.

Agradeço ao meu Orientador Professor Doutor José Manuel Mendes, pela sua disponibilidade e estímulo na realização deste trabalho. Seguidamente agradeço ao meu co-orientador Mestre António Sérgio Silva um mentor, pela sua amizade e ajuda.

Aos meus companheiros de cursos e em especial ao Drº Pedro Luís Moreira que de alguma forma me fizeram crescer enquanto profissional de saúde e pessoa.

Ao Professor Doutor Joaquim Moreira, Professor Doutor Julio Pacheco e Professora Doutora Filomena Salazar, pela motivação e partilha de conhecimento ao longo de todo o curso.

Ao Drº Rui Sousa, pela sua disponibilidade constante.

Não poderia deixar de agradecer à direcção de cada clínica, que me facultaram, a recolha de dados, um apreço especial à Clínica Nova Saúde (Professor Doutor José Júlio Pacheco), Clínica Central da Areosa (Drª Sara Silva), DentiCharme (Drª Ana Sofia Castro) e MoreClinic (Drº Pedro Luís Moreira).

Um agradecimento especial aos meus pais, que nos momentos de maior tristeza e desalento me motivaram para continuar o meu caminho, estando sempre presentes quando o momento o exigia.

A ti, que acreditou sempre mais em mim do que eu própria.

RESUMO

Resultante de um aumento da esperança média de vida, observamos um crescimento demográfico da população idosa. Conduzindo a um problema de edentulismo relevante nesta faixa etária.

Com base na declaração de consenso de McGill (2002) e York (2009), podemos afirmar que as sobredentaduras são uma excelente solução para a reabilitação dos pacientes edêntulos, proporcionando conforto, restaurando a função mastigatória e estética.

Segundo tais afirmações, foi realizado este estudo que teve como base a identificação do grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.

Foi realizado um questionário utilizando o método de escala visual analógica (EVA), perguntas sim/não e de escolha múltiplas. Os resultados obtidos foram analisados estatisticamente numa base de dados SPSS[®] (análise qualitativa e quantitativa; correlação das diferentes perguntas com as provas de *T-Test* e *ANOVA*).

Perante a análise dos resultados observamos que o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras é bastante elevado e que o gênero, o tipo de retenção da sobredentadura e o grau de satisfação do uso prévio de prótese convencional influenciam positivamente o grau de satisfação dos pacientes, bem como a possível colocação de outra sobredentadura.

Palavras chave: grau de satisfação, sobredentaduras, prótese removível, sistema de retenção barra, sistema de retenção locator[®], implantes osteointegrados, edentulismo

ABSTRACT

Resulting from an increase in average life expectancy, we saw a population growth of the elderly population. Leading to a relevant edentulism problem in this age group.

Based at McGill Consensus Statement 2002) and York (2009), we can say with certainty that the overdentures are an excellent solution for the rehabilitation of edentulous patients, providing comfort, restoring masticatory function and aesthetics.

Given these statements, we performed this study was based on the identification of the degree of satisfaction of patients with holders of overdentures.

It conducted a questionnaire using the visual analogue scale method (EVA), yes / no questions and multiple choices. The results were analyzed statistically in a database SPSS (qualitative and quantitative analysis; correlation of different questions with the evidence of T-test and ANOVA).

Given the analysis of the results we observed that the degree of satisfaction of patients with overdentures patients is quite high and that gender, type of overdenture retention and satisfaction of previous treatment with conventional prosthesis positively influence the degree of patient satisfaction, and the possible placement of other overdenture.

Keywords: satisfaction, overdentures, removable denture, bar restraint system, locator[®] restraint system, osseointegrated implants, tooth loss

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XV
Introdução.....	1
1 Desenvolvimento	18
1.1) Enquadramento Histórico.....	20
1.2) Implantes Dentários e sua Osteointegração	21
1.3) Próteses Totais Removíveis vs Sobredentaduras.....	24
1.4) Sistemas de Retenção das Sobredentaduras	30
1.3.1) <i>Sistema de Retenção com Barra</i>	31
1.3.2) <i>Sistema de Retenção com Locator®</i>	34
1.5) Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras	35
2 Metodologia	42
2.1) Hipóteses de Trabalho	44
2.2) Objectivos	44
2.3) Caracterização da Amostra.....	46
2.3.1) <i>Material</i>	46
2.3.2) <i>Desenho da Investigação</i>	46
2.3.3) <i>Amostra</i>	46
2.3.4) <i>Instrumentos/ Medidas</i>	47
2.3.5) <i>Procedimentos</i>	48

2.4) Análise Estatística.....	48
3 Resultados.....	50
3.1) Género.....	52
3.2) Idade.....	53
3.3) O que usava antes da sobredentadura?.....	54
3.4) Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?.....	55
3.5) Há quanto tempo colocou a Sobredentadura?.....	56
3.6) A sua Sobredentadura é?.....	57
3.7) Qual o sistema de retenção da sua Sobredentadura?.....	58
3.8) Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da Sobredentadura?.....	59
3.9) Está satisfeito com a Sobredentadura?.....	60
3.10) Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma Sobredentadura?.....	61
3.11) Género vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura.....	62
3.12) Idade vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura.....	62
3.13) Uso ou não de prótese removível vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura.....	62
3.14) Tempo de utilização de prótese removível vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura.....	63
3.15) Tempo que os pacientes possuem a sobredentadura vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura.....	63

3.16) Localização na arcada das sobredentaduras vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura	63
3.17) Tipo de retenção da sobredentadura vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura	63
3.18) Grau de satisfação relativo à utilização da prótese removível vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura	64
3.19) Nova colocação de sobredentadura vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura	64
3.20) Género vs Uso ou não de prótese removível	65
3.21) Género vs Tempo que os pacientes possuem a Sobredentadura	65
3.22) Localização na arcada das sobredentaduras vs Tipo de retenção da Sobredentadura.....	65
4 Discussão	66
4.1) Discussão sobre a distribuição do género e da idade na amostra	69
4.2) Discussão sobre o que usava antes das Sobredentaduras e o tempo do seu uso.	70
4.3) Discussão sobre o tempo de uso das Sobredentaduras, a sua localização na arcada e o seu sistema de retenção	70
4.4) Discussão sobre o grau de Satisfação dos pacientes antes de possuírem as sobredentaduras, após possuírem as sobredentaduras e se a colocariam novamente.	72
4.5) Discussão sobre os factores que influenciam positivamente o grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentaduras.....	72
4.6) Discussão sobre os factores que não têm influência no grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentaduras.	73

4.7) Discussão sobre as aplicações clínicas deste estudo.....	74
4.8) Discussão sobre as limitações deste estudo e proposta de novos trabalhos	74
5 Conclusão.....	76
Bibliografia.....	80
Anexos	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1) Percentagem de pacientes do sexo feminino e masculino que responderam ao questionário	52
Gráfico 2) Intervalos de idade com a referida percentagem, correspondente aos pacientes portadores de sobredentaduras	53
Gráfico 3) Percentagens de pacientes portadores ou não de próteses removíveis (parciais ou totais)	54
Gráfico 4) Percentagens de pacientes que possuíam próteses removíveis em relação ao seu tempo de uso	55
Gráfico 5) Percentagem de pacientes que possuem sobredentadura em relação ao seu tempo de uso	56
Gráfico 6) Percentagem de pacientes que possuem sobredentaduras em relação à sua localização	57
Gráfico 7) Percentagem de pacientes portadores de sobredentaduras em relação ao tipo de retenção da prótese	58
Gráfico 8) Grau de satisfação dos pacientes que possuíram próteses removíveis ..	59
Gráfico 9) Percentagem de pacientes que possuem sobredentaduras, em relação ao grau de satisfação da sua utilização.....	60
Gráfico 10) Percentagem de pacientes que colocariam ou não novamente uma sobredentadura	61

Introdução

INTRODUÇÃO

O ser humano foi criado para viver em sociedade, daí a necessidade de se comunicar utilizando o processo da linguagem verbal, através da cavidade oral pela qual saem os sons e se encontra a componente dentária. A inexistência de parte dessa componente vai prejudicar a qualidade de vida do ser humano quer a nível funcional, psicológico e estético, levando o mesmo a um afastamento social.

A substituição de uma ou mais peças dentárias (reabilitação oral) é já uma prática comum de há décadas, através da colocação de próteses.

Para melhorar a qualidade de vida, no séc. XXI surgiram vários estudos sobre a estética dentária, os quais proporcionaram um melhoramento significativo nos modelos pessoais e interpessoais do ser humano.

Durante um século as próteses totais removíveis foram as únicas próteses utilizadas no tratamento de um paciente totalmente edêntulo, no entanto, actualmente existe uma relutância por parte de alguns pacientes da sua utilização, por originar um constrangimento psicológico e social aquando da sua presença na cavidade oral⁽¹⁾.

Com o desenvolvimento tecnológico na implantologia, várias são as opções para uma reabilitação oral.

Branemark na década de 60, realizou estudos com peças em titânio puro (implantes) no osso, constataando que ocorria uma osteointegração entre os dois materiais, ligação esta que foi definida como sendo directa, estrutural e funcional, capaz de receber cargas funcionais^(2, 3).

Presentemente existe no mercado uma panóplia de implantes com o objectivo de atender às necessidades clínicas de cada caso. Podemos escolher um implante dependendo da sua macro ou microestrutura (consoante o tipo de osso), componentes protéticos e diferentes formas.

Decorrente de uma colocação de implante, sabe-se que não é só a zona edêntula que irá beneficiar da sua colocação, mas também os dentes naturais presentes na

restante cavidade oral, no entanto, os implantes ainda estão longe de proporcionarem consecutivos, persistentes e excelentes resultados funcionais e estéticos⁽⁴⁾.

Actualmente, todas as pessoas podem através dos implantes dentários e das próteses implanto-suportadas, conseguir a reposição imediata dos elementos dentários, tanto parcial como totalmente. Com o aumento da informação sobre o uso de implantes osteointegrados, surgiu novas técnicas, e com elas novas oportunidades de tratamentos para pacientes edêntulos totais, tais como: próteses totais fixas sobre implantes e sobredentaduras.

O facto de existir uma segurança nos procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como uma rápida recuperação cirúrgica por parte do paciente proporcionou uma crescente adesão à colocação de implantes. Verificando-se um crescimento de utilização das novas técnicas para a reabilitação dentária em todas as regiões. No entanto, na impossibilidade da colocação de implantes quer em número, quer em disposição, foi necessário acrescentar novos planeamentos protéticos simples e de baixos custos, surgindo assim as sobredentaduras.

As sobredentaduras são das poucas hipóteses de reabilitação dentária “semi-fixo” capazes de restabelecer os contornos faciais, que foram alterados ao longo dos anos devido à acentuada perda do rebordo ósseo residual. Nestes casos para que se possa assegurar um sucesso no final do trabalho é imperatório que haja um planeamento do trabalho protético previamente ao procedimento cirúrgico⁽⁵⁾.

O que atesta o êxito das sobredentaduras, é a satisfação demonstrada pelo paciente⁽⁵⁻⁷⁾.

O nível de satisfação do paciente pode perdurar por 5 anos, aquando da colocação de dois implantes mandibulares e uma sobredentadura, em comparação com próteses totais inferiores. Não sendo o sistema de conexão usado que influência o nível de satisfação⁽⁸⁾.

Existem artigos que referenciam o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras, no entanto, a nível nacional é escassa a informação relativa a este

assunto. Perante tal facto, foi intenção alargar estes conhecimentos à zona norte do país (Gandra, Porto, Ponte de Lima e Felgueiras). Procurando assim certificar ou não a viabilidade desta técnica clínica, avaliando o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.

1 Desenvolvimento

1) DESENVOLVIMENTO

1.1) Enquadramento Histórico

A constante preocupação ao longo dos anos, do ser humano na substituição dos órgãos dentários perdidos é comprovada através dos registos arqueológicos.

Inúmeros foram os povos que tentaram outrora efectuar uma implantação dentária. No final dos séc.XX, a implantologia elevou a reabilitação oral a uma outra dimensão, através de novas e rigorosas técnicas, evoluindo a sua importância na elaboração do plano de tratamento.

É do conhecimento geral que resultante do aumento de esperança média de vida, presentemente estamos perante um acréscimo demográfico da população idosa^(9,1). Assunção *et al.*, no seu artigo citaram Thompson e Kneisel, os quais afirmam que a população idosa tenderá a aumentar este ano, entre 25 %-36% relativamente ao ano de 1997, no Canadá e nos Estados Unidos (1).

Relativamente à Europa existem alguns países com uma alta percentagens de edentulismo, tais como: Reino Unido(46%), Holanda(65%), e Islândia(69%). Sendo que em muitos destes países as pessoas edêntulas são idosos e pobres. Através de estimativas verificou-se que mais de metade dos canadianos acima de 65 anos, já perderam todos os seus dentes e um terço dos americanos acima de 65 anos também⁽¹⁰⁾.

Paralelamente, a perda de um órgão dentário é um facto adquirido, promovendo um problema de edentulismo relevante nos adultos mais velhos^(9,1). Sendo assim, é compreensível a crescente utilização de próteses totais acrílicas. No entanto, várias são as preocupações relativo às mesmas, não só esteticamente mas também pela forma descuidada como as mesmas são algumas vezes planeadas e executadas, contribuindo para um desagrado do paciente, sendo provavelmente esta forma de reabilitação que origine mais reclamações.

Salvo algumas excepções, muitas reabilitações removíveis (inclusivé as totais), podem proporcionar sucessos estéticos e funcionais, se as mesmas forem avaliadas

cuidadosamente em relação às opções terapêuticas e se os procedimentos protéticos forem correctamente aplicados.

Mesmo assim, estando os pacientes satisfeitos com a sua prótese, um pouco mais de retenção e estabilidade, é sempre uma mais-valia. Por esta razão pode-se optar por colocar implantes, que após o período de osseointegração receberá o sistema de conexão, simultaneamente com a prótese já existente, não havendo necessidade de se realizar uma nova.

Através de várias investigações, Brenamark contribuiu para que a implantologia deixa-se de ser uma ideia e se torna-se numa realidade biologicamente admissível. O sistema de implantes dentários propostos pelo investigador foi aceite em diversas associações académicos, como tratamento reconhecido para mandíbulas edêntulas⁽¹¹⁾. Referenciando prognósticos de sucessos em 94% nos casos de implantes maxilares⁽³⁾.

Assim sendo, podemos assegurar que a simples colocação de implantes proporciona um restabelecimento dos níveis de retenção e estabilidade das próteses, contribuindo para a reintegração social do indivíduo⁽¹²⁾.

1.2) Implantes Dentários e sua Osteointegração

A osteointegração é o processo pelo qual a fixação rígida e assintomática de um material aloplástico no osso é obtida e mantida durante a função. Este material é denominado como implante dentário, composto por titânio puro, o qual é directamente colocado no osso para fazer a substituição de uma raiz, esta osteointegração decorrerá entre três a seis meses, seguida da realização e colocação da peça protética⁽¹³⁾.

Sendo fundamental o conhecimento e a capacidade clínica do profissional, é também de grande importância a aptidão na selecção e aplicação dos melhores materiais existentes no mercado, transformando-se num verdadeiro desafio biológico, estrutural e estético. Desconhecendo e desvalorizando todo o percurso

necessário até à obtenção do trabalho final, o paciente só espera no término um trabalho digno de um reconhecimento como uma “obra de arte”⁽¹⁴⁾.

Actualmente já não é uma incógnita o comportamento dos implantes, no entanto, Kerbs *et al.* afirmam ser de grande importância a realização de estudos com uma amostra (> 500) a longo prazo para permitir a confiança e a comparação de subgrupos⁽¹⁵⁾.

Através de estudos realizados e publicados por Schwaiz *et al.*, tomamos conhecimento que as forças funcionais ou parafuncionais resultantes do contacto oclusal dos dentes naturais resultará numa adaptação fisiológica dos tecidos de suporte. Não tendo os implantes um ligamento periodontal ou algo que exerça a sua função, não podendo existir trauma oclusal. Em substituição, forças negativas são geradas, podendo resultar em condições mecânicas e micro biológicas dos componentes do implante, originando assim uma peri-implantite⁽¹⁶⁾.

Ao longo dos tempos foi necessário uma mudança no mercado dos implantes, em virtude de a maioria dos dispositivos já existirem há mais de duas décadas, e serem desadequados às necessidades actuais, tanto do paciente, do médico dentista, bem como do próprio caso⁽¹⁵⁾.

Para que haja uma correcta e eficiente mastigação, há que executar uma boa reabilitação oral. Prevendo que o implante é a melhor solução, assim sendo, torna-se necessário dispor de um ou mais implantes dentários, que são colocados no osso alveolar/cervical de um paciente, como se de uma raiz dentária se tratasse, e ainda uma conexão que suporte a prótese. Estrategicamente estes implantes deverão ser colocados no mínimo em número de dois na mandíbula para estabilizar uma prótese, melhorando acentuadamente a qualidade de vida do paciente⁽¹⁰⁾.

A osteointegração caracteriza um processo dinâmico, da formação e manutenção óssea⁽¹³⁾.

È de grande importância ter conhecimentos referente aos comportamentos celulares, porque diferentes superfícies nos implantes, implicam diferentes tipografias celulares⁽¹⁷⁾.

Para que o metabolismo local não seja afectado, facilitando a cicatrização e consequentemente a osteointegração, é necessário existir uma suficiente irrigação sanguínea e uma estabilidade primária⁽¹⁸⁾.

Estudos realizados comprovam que 90% dos implantes dentários possuem uma boa osteointegração^(19,20).

Hemmings *et al.*, destacam que 92% dos implantes mandibulares que retêm sobredentaduras estão em função após 5 anos⁽²¹⁾. Watson *et al.*, por sua vez, relatam que 95% dos implantes ainda estavam em função nesse mesmo período⁽²²⁾.

Um estudo realizado por Jemt *et al.*, demonstrou uma taxa de sucesso dos implantes osseointegrados que sustentam sobredentaduras em maxilas severamente reabsorvidas de 71,3% e 80,7% em maxilas que receberam enxertos⁽²⁾.

Pesquisas realizadas durante 7 anos por Bergendal *et al.*, constatarem taxas de sucesso dos implantes em 80% na maxila e 100% na mandíbula⁽²³⁾.

Já Spiekermann *et al.*, colocaram 300 implantes nas mandíbulas de 136 pacientes. Após um período de 11 anos de observação, verificaram que a taxa de sucesso dos implantes foi de 93,6%⁽²⁴⁾.

Quando se coloca implantes na zona anterior, a sua taxa de sobrevivência é maior, no entanto, quando implantados no sector posterior da maxila essa taxa diminui. Outro factor crucial é a densidade óssea, influenciando a escolha do protocolo da colocação de implantes podendo condicionar o tipo de implante e ainda a técnica cirúrgica⁽²⁵⁾.

No entanto, Martins *et al.*, acrescentou que para uma boa osteointegração seria ideal a colocação de implantes no osso tipo II, encontrando-se apenas na região anterior mandibular, quando este não tenha sido muito reabsorvido. Embora o osso do tipo III, seja melhor do que o osso tipo IV, acaba por não ser um bom candidato na colocação de implantes. Concordando com outras conclusões publicadas até á data, os autores demonstram que a hipótese de ocorrer um insucesso na

osteointegração é baixo, se todas as etapas forem executadas correctamente, porque existem diferentes factores que interagem entre si, interferindo em todo o processo de osteointegração, tais como: o tipo de osso, implante utilizado, técnica e assepsia utilizada e a saúde oral e geral do paciente⁽¹⁸⁾.

1.3) Próteses Totais Removíveis vs Sobredentaduras

O principal objectivo das próteses totais removíveis, é o estabelecimento de uma oclusão equilibrada em perfeita harmonia com todas as estruturas do aparelho estomatognático. Sendo esta a condição necessária para minimizar ou evitar o desequilíbrio oclusal e esforços mastigatórios sobre as próteses totais (devido a sua instabilidade) que poderão promover danos nos tecidos de suporte⁽²⁶⁾.

Desde o século passado, que não se verificou evolução significativa no fabrico das próteses totais removíveis, tendo sido mantidas as suas restrições (estabilidade e retenção).

A obtenção de retenção nas próteses totais removíveis é efectuada pela saliva através da adesão, tensão superficial e pela pressão atmosférica que se opõem às forças extrusivas.

Devido às dificuldades na mastigação, fonética, atrofia dos tecidos de suporte da prótese, má relação interoclusal entre as próteses superior e inferior e a vergonha psicossocial são as principais demandas de pacientes edêntulos que usam próteses (8, 27-32).

No entanto, 5% a 20% dos pacientes relatam satisfação após a confecção de novas próteses convencionais^(7, 33-35).

Está comprovado que 10% a 18% dos pacientes estão insatisfeitos logo após a colocação da prótese convencional. Pois a função mastigatória tem um desempenho reduzido, dependendo da idade e do tipo de alimento, regra geral a mastigação neste tipo de pessoas reabilitadas com próteses totais removíveis têm sete vezes maior dificuldade em reduzir a comida para metade do seu tamanho original^(7, 33-35).

Desgaste dentário, envelhecimento, falta de retenção óssea, dores, falta de harmonia facial e estética, são algumas das causas que indicam a necessidade da substituição da prótese, no entanto, ao longo do tempo é necessário realizar controlos de desgaste e ajustes nas próteses, porque devido à dureza e rigidez das mesmas e como a gengiva é sensível e delicada, estas poderão provocar úlceras.

Nadim *et al.*, relatam que as incorrecções pós-cirúrgicas ou congénitas, causadoras de intensa reabsorção óssea, são as maiores responsáveis pela perda dos factores de retenção e estabilidade das próteses⁽³⁶⁾.

Outro método para minimizar o efeito instabilizador das inserções musculares, consiste na remoção cirúrgica de freios e bridas⁽³⁾.

Um factor prejudicial para o sistema estomatognático é o desgaste oclusal dos dentes, que ocorre neste tipo de próteses devido à relação intermaxilar. Esta situação acontece porque os pacientes tendem a encontrar uma posição de conforto mandibular, na qual existe desvios mandibulares ou de deslocamento das bases das próteses sobre os rebordos, na tentativa de conseguirem uma oclusão de todos os dentes ao mesmo tempo⁽³⁷⁾.

Em suma, passados mais de cem anos de utilização das próteses convencionais, estas contam com a forma da crista óssea remanescente para o seu apoio e retenção, mesmo quando estas são consideradas excelentes. Muitos pacientes edêntulos não podem comer certos alimentos, ou falar claramente devido à falta de retenção da prótese, daí advir uma insatisfação perante a utilização deste tipo de reabilitação por parte dos utentes⁽³⁸⁾.

Para Albuquerque Junior *et al.*, a colocação de implantes nos maxilares, em pacientes satisfeitos com a retenção das próteses convencionais, irá aumentar a sua retenção e protecção do tecido ósseo contra processos de reabsorção, sobretudo, quando essas próteses estão opostas a dentes naturais ou a reabilitações mandibulares através de implantes osseointegrados^(39,40).

Assim surgem as sobredentaduras, está descrito que existe um grau de eficácia e de boa previsibilidade relativamente a elas. Nestes casos a escolha das próteses tem

como influência a idade dos pacientes, observando-se que relativamente à reabilitação mandibular os pacientes mais jovens preferem as próteses fixas e os mais idosos escolhem com prontidão as sobredentaduras ⁽⁴¹⁾.

A extensão da base de suporte da sobredentadura permite a reconstrução completa do volume de tecido alveolar perdido, aumento do suporte labial e melhoramento considerável da estética e fonética ^(42,43).

A escolha do tipo de sobredentadura depende de vários factores, tais como: psicológicos, anatômicos e funcionais. A substituição de uma prótese total convencional, pela sobredentadura, provém do grau de satisfação que o paciente tem em relação à mesma ⁽⁴⁾.

Muitas das vezes a colocação imprópria dos implantes na arcada é observada e as sobredentaduras são um tipo de prótese que têm a capacidade de solucionar esses problemas ⁽⁴¹⁾.

Custo relativamente baixo (em relação às híbridas), fácil colocação, acessórios de conexão simples, conserto mais rápido, facilidade na sua higiene (devido ao desenho da barra) e contorno labial curto que pode ser facilmente compensado (nos indivíduos com lábio superior curto), são algumas razões pela qual este tipo de prótese se torna numa solução viável para uma ampla população de pacientes edêntulos ⁽⁴¹⁾.

Independentemente do sistema de conexão, a taxa de sobrevivência de implantes que retêm as sobredentaduras mandibulares é alta, no entanto, se nos focarmos na manutenção da prótese e possíveis complicações essas podem ser influenciadas pelo sistema de conexão. Mas a satisfação do paciente pode ou não depender do sistema. De um modo geral poderia afirmar que a maior parte dos sistemas de conexão são úteis na retenção das sobredentaduras ⁽⁴⁵⁾.

Qualquer que seja o sistema de retenção, este a longo prazo vai perder o seu poder de retenção, devendo ser trocados. Não deixando de existir uma preferência quer pela sua estética, capacidade mastigatória e conforto ⁽²¹⁾.

Para a escolha do sistema de retenção da sobredentadura, há a necessidade de se observar alguns factores, como a qualidade e o volume ósseo, sendo determinantes para a escolha do mesmo⁽³⁾.

Para que não haja uma fractura no sistema de conexão ou da sobredentadura e uma possível perda de implante, é imprescindível que exista uma distribuição das forças durante a mastigação ao longo do eixo do implante e dos sistemas retentivos⁽²²⁾.

Em 1988, Engquist *et al.*, iniciaram as primeiras publicações de estudos, relativo às sobredentaduras suportadas por implantes osteointegráveis^(46,48).

Decorridas duas décadas, confirma-se que o tratamento na reabilitação de pacientes edêntulos é cada vez mais importante. Relativamente aos implantes utilizados neste tipo de reabilitação a sua taxa de sobrevivência ronda os 95% num período de *follow-up* entre 5 e 10 anos^(47,48).

Quantidade e qualidade do osso, estabilidade primária, número, comprimento, diâmetro e distribuição dos implantes no arco dentário, geometria da superfície do implante, protocolo de carregamento, design protético, oclusão e manutenção da higiene oral, são os factores que contribuem para a sobrevivência de implantes^(49, 50-52).

As sobredentaduras variam anatomicamente, na sua forma de retenção e da correlação maior ou menor da cobertura gengival, consoante sejam maxilares ou mandibulares⁽⁵³⁻⁵⁷⁾.

Segundo Albuquerque Junior *et al.*, a sobredentadura superior pode ser confeccionada com ou sem cobertura do palato. Na existência de menos de quatro implantes, é aconselhado a cobrir o palato, para se obter uma maior retenção, estabilidade e suporte. Se o número de implantes for superior a quatro e conectados através de uma barra longa, é sugerido remover a cobertura do palato, proporcionando um maior conforto em relação higiene e ao paladar⁽³⁹⁾.

A taxa de retenção e estabilidade das sobredentaduras baseam-se no sistema de retenção, alinhamento e posicionamento. Apesar das complicações das

sobredentaduras maxilares recaírem sobre uma dificuldade na fala e déficit de higiene, este tipo de reabilitação possui uma sobrevivência de 92% por um período de 15 anos ⁽⁵³⁻⁵⁷⁾.

Comparando as perdas de implantes entre as várias possibilidades de reabilitações com os mesmos, as sobredentaduras maxilares possuem a maior taxa de perda de implantes, devido à redução da qualidade e quantidade de osso, forças biomecânicas superiores e possível posicionamento dos implantes com inclinação para vestibular ⁽⁵³⁻⁵⁷⁾.

Por vezes devido a limitações de espaço maxilar, a utilização de barras flexíveis pode aumentar os momentos de flexão. Além disso, quanto mais espessa a maxila for maior necessidade existe da colocação de implantes mais longos, para aumentar o comprimento do braço de alavanca ⁽⁵³⁻⁵⁷⁾.

Eckert e Carr, referenciados por muitos autores afirmam que usualmente, não existem regras específicas para o número de implantes necessários para se obter uma retenção das próteses, no entanto, é recomendado o uso de quatro implantes na área anterior ^(54,55,57,49).

Qualquer que seja o sistema da sobredentadura, o volume ósseo disponível na região entre os forames mentonianos permite a colocação de número suficiente de implantes ⁽³⁶⁾.

Analisando as arcadas superior e inferior dos pacientes edêntulos, constatamos que devemos garantir que exista sempre uma dimensão intermaxilar entre 12 a 14mm (espaço interoclusal – desde o ombro do implante até à borda incisal), para que se possa incluir uma espessura adequada de material restaurador (sobredentadura), sistema de retenção, estética e higiene ^(58,49).

O médico dentista, depara-se com dificuldade em avaliar o espaço existente para a colocação de uma sobredentadura, se o paciente não for portador de próteses adequadas.

Em regra é recomendado a presença de espaço (2 a 3mm) entre os tecidos moles e o implante, quando há a presença de barra essa distância é de 2mm para a obtenção de uma boa higiene oral^(58,49).

De acordo com Pasciuta M et al., o comprimento da barra deve ser limitado entre 12-16mm. Os autores acreditam que o comprimento e altura da barra desempenham um papel crucial⁽⁵⁹⁾.

Para ultrapassar a problemática do espaço vertical, o ideal é diminuir o volume do tecido mole durante a cirurgia. Para tal é fundamental um cuidadoso pré-tratamento do espaço interoclusal na altura da avaliação^(58,49).

Foram propostos alguns modelos de sobredentaduras, no entanto, um factor importante recai sobre o número de implantes. Está descrito que o ideal seria a colocação de dois implantes na mandíbula, entre os forâmens mentonianos (15 a 25mm de distância) com um tamanho de 8mm de comprimento e 4mm de diâmetro⁽⁶⁰⁻⁶³⁾.

Com um *follow-up* de 5 anos Visser et al., constataram não haver diferenças clínicas ou radiográficas entre a colocação de dois ou quatro implantes, podendo dois implantes oferecer a mesma qualidade de retenção em relação a um número superior implantes⁽⁴⁹⁾.

No entanto, se estivermos perante um paciente exigente que queira a colocação de quatro ou mais implantes maxilares, e se fôr possível, nesse caso, o profissional pode propôr ao paciente uma prótese fixa⁽⁶⁰⁻⁶³⁾.

Em suma e com base na declaração de consenso de McGill (2002) e York (2009), podemos afirmar que as próteses sobre implantes são uma excelente solução para a reabilitação de pacientes edêntulos, conferindo-lhes mais conforto e promovendo um melhoramento na função mastigatória e estética.

Uma realidade que não podemos descurar na indicação da confecção de próteses sobre implantes osseointegrados, são os aspectos relacionados à tríade “dinheiro/

vontade/ osso”, que pode ser traduzida em limitações financeiras, psicológicas e anatômicas.

1.4) Sistemas de Retenção das Sobredentaduras

O sistema de retenção das sobredentaduras refere-se ao sistema de fixação entre a prótese propriamente dita e os implantes, através de um *attachment* (dispositivo mecânico de fixação, que promove a estabilização e retenção da prótese dentária), ou seja, do acoplamento da componente fêmea, que se encontra na base da prótese e do componente macho que se localiza nos implantes. Este encaixe é realizado por atrito entre ambos⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾.

As ligações entre as sobredentaduras e os implantes devem possuir propriedades de retenção satisfatórias para se obter uma melhor estabilidade da prótese. Devendo também permitir a fácil inserção e remoção da prótese pelo paciente. À medida que o número de implantes aumenta, as probabilidades de discrepâncias nos alinhamentos também aumentam, como resultado, acresce a utilização de pilares ângulados ou desenhos complexos de laboratório⁽⁵⁸⁾.

As peças de fixação usadas nas sobredentaduras devem diferir segundo a necessidade de cada caso. Temos como possíveis peças de fixação: 1) tipo barra; 2) individuais (resilientes e rígidos).

Na escolha do tipo de fixação temos que ter em conta: número de implantes, distribuição e alinhamento, qualidade óssea, arqueamento, retenção e o desenho dos dentes^(36,67).

É de salientar que independente do sistema de retenção utilizado, a sobredentadura deve ser confeccionada dentro dos princípios mais rigorosos que regulam a construção de uma prótese convencional. Tendo em atenção as moldagens, que incorretamente realizadas não vão garantir o selamento periférico da prótese, mesmo que retidas por um *attachment*. Também as áreas de alívio e de compressão devem ser garantidas nessa fase⁽⁴³⁾.

Actualmente as conexões mais utilizadas nas sobredentaduras são as dos sistemas de conexão em barra, *locator*[®] e bola, sendo necessário a realização de mais estudos comparativos sobre os mesmos ⁽⁴⁵⁾.

1.3.1) Sistema de Retenção com Barra

O sistema barra é composto por uma barra metálica, que tem como função unir os implantes. Na base da prótese, a região que irá ter contacto com a barra metálica, é introduzido um clip que tanto pode ser de plástico como metálico (pode ser em liga nobre) que aperta o corpo, quando a prótese for pressionada na direcção perpendicular ao longo do eixo.

Quando surge um paciente com uma mordida potente, próteses sem sucesso ou com grandes toros maxilares, o suporte em barra é o mais aconselhado, em virtude de apresentar uma melhor estabilidade, retenção e eficácia mastigatória ⁽⁶⁸⁾.

Os problemas que podem ocorrer neste tipo de retenção, dizem respeito à reactivação e substituição do clip metálico e da fractura da resina em volta do clip. É importante neste caso que haja algum espaço entre o clip e a barra, para que possa permitir um certo movimento da prótese durante a função mastigatória ⁽²⁾.

Chan *et al.*, aconselham a substituição do clip plástico, considerando um ponto negativo no uso do sistema barra ⁽⁶⁹⁾.

Walton *et al.*, demonstrou que os cliques metálicos podem desgastar a barra metálica devido ao atrito gerado pela movimentação da prótese quando esta é sujeita a cargas funcionais ⁽⁷⁰⁾.

Jemt *et al.*, por outro lado obteve os seguintes resultados, na observação de 92 pacientes com sobredentaduras durante um ano: reactivação dos cliques em 10% dos casos uma vez; 4% duas vezes e 3% três vezes. Tendo ocorrido fractura de clip 22% dos casos e da resina em volta do clip 14% dos casos ⁽²⁾.

Num estudo decorrido durante cinco anos com uma amostra de 111 casos, verificou-se a seguinte leitura: os ajustes dos cliques em 47 de 76 casos (61,8%), (32% no primeiro ano) e a fractura dos cliques ocorreram 25 de 76 casos (32,8%), (9% no primeiro ano). Analisando um estudo anterior sobre problemas com implantes, aferiu-se que a reparação mais comuns envolvem cliques de retenção (25%), ainda que alguns dados foram combinados com casos de maxilares. Os autores destes dados referiram que 55% do tempo do médico seria investido na substituição de elementos de fixação^(58, 71-74).

Walmsley *et al.*, citado por Waddell *et al.* e Watson *et al.*, referiu que o sistema de retenção em barra acaba por se tornar um pouco mais dispendioso em função do tempo limite clínico e técnico. Possuindo o problema mais comum que pode surgir na próteses, a perda de retenção do clip ou a sua fratura. O clip metálico é, geralmente, mais durável e mais fácil de ajustar para melhorar a retenção, mas pode ser propenso a fraturar podendo provocar abrasão da barra^(46, 47, 52).

A utilização de cliques em plástico é vantajosa porque são mais fáceis de substituir e geralmente mais barato do que o metal. Além disso, os cliques de plástico produzem menor desgaste da barra. Se o clip de plástico não possuir retenção é necessário a sua substituição^(46,47,52).

Através dos estudos realizados por Krenmayr *et al.*, referenciados por outros autores, estes atestam que após cinco anos, constata-se uma taxa de sobrevivência dos implantes em sobredentaduras com barra de 99% na mandíbula e 97,8% na maxila. A sobredentadura com este tipo de retenção possui uma menor taxa de complicações e menor necessidade de manutenção, em comparação com a prótese retida por implante, que usam um sistema de fixação resiliente^(75,76).

Realizada várias pesquisas, não foi encontrada qualquer indicação precisa sobre o número mínimo de implantes necessários para se colocar uma sobredentadura com sistema de retenção com barra. Sendo necessário novos estudos mais profundos. No entanto, há uma tendência para colocar, pelo menos, 2-4 implantes entre os forames mentonianos e 4-6 implantes no maxilar superior⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾.

A barra é ferulizada entre cada implante e aparafusada directamente sobre eles ou sobre pilares transgengival. A extensão do braço de suporte não poderá exceder 1,5 vezes a distância entre implantes⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾.

Actualmente existem diferentes técnicas para o fabrico das barras. Temos desde a técnica tradicional, passando pela electrodeposição e terminando no CAD/CAM⁽⁷⁵⁾.

Relativamente à manutenção deste sistema de retenção, está descrito que no primeiro ano a manutenção é maior, estando relacionada com as possíveis alteração e reparação do contorno gengival. Ao longo do tempo a possibilidade de fractura do clip agrava-se (taxa relativamente alta), no entanto, tudo o resto em regra se mantém estável^(58, 71-74).

Perante estudos realizados durante 3 anos, está descrito que 70% dos cliques de retenção sobre dois implantes requer activação, já os modelos de 3 ou 4 implantes regista uma percentagem de 44%. Outros factores de registo referem-se a fractura do clip (30% em pacientes com três ou quatro implantes e 16% em indivíduos com dois implantes). O rebasamento das sobredentaduras revelou-se um encargo excessivo de manutenção em 40% dos casos^(58, 71-74).

As peças de fixação da barra de uma sobredentadura com implantes são sujeitas a forças mecânicas que podem resultar em fracturas^(46,47).

Em 2008, Krennmair e Piehslinger estudaram por um período de cinco anos a evolução da manutenção necessária para sobredentaduras mandibulares suportadas por quatro implantes e com retenções em barra e constataram que as principais complicações da prótese foram observadas apenas em casos em que não houve um reforço metálico na prótese⁽⁷³⁾.

Um estudo realizado por Dunnen *et al.* e citado por Waddell *et al.*, mencionou a existência de fracturas na barra de Dolder com extensões de cantilever distal, não se encontrando explicação referente a 14 dessas fracturas em cantilever ocorridas em 7 pacientes^(46,47).

Num estudo realizado por Mericske-Stern *et al.*, mostraram que as barras com extensões distais além de aumentarem a estabilidade da prótese, influenciam as magnitudes e direcções da força, sendo muito menores do que o esperado⁽⁷⁸⁾.

Estes estudos também demonstraram que as forças axiais foram dominantes nas sobredentaduras mandibulares sendo acompanhados por forças transversais^(46,47).

Num estudo com 44 pacientes portadores de barras em forma de U rígida mandibulares com e sem extensões em *cantilever*, ocorreu um número igual de fracturas nas barras, em ambos os grupos durante o período de observação de cinco anos^(46,47).

Um meio de recuperação das barras é a sua soldadura. Através das experiências realizadas em laboratório, foi identificado vários factores que afectam a resistência á fadiga e a qualidade das soldaduras. Estes factores são: método de soldagem, a resistência da junta de soldadura, o tipo de abrasivo utilizado para preparar as superfícies de soldadura, os níveis de porosidade, o enfraquecimento causado pela ligação por difusão do metal de enchimento no metal original, e as lacunas que funcionam como pontos de iniciação da fractura^(46,47).

Vários autores, tais como Jemt *et al.*, Schmitt e Zarb e Watson *et al.*, afirmam existir uma baixa prevalência de úlceras traumáticas relacionadas com o sistema em barra^(2,22,40).

1.3.2) Sistema de Retenção com Locator[®]

Especificamente no sistema de retenção locator[®], os estudos comprovam ser o sistema menos vantajoso, porque não existe na relação do sistema com os implantes uma conexão firme, ocorrendo assim uma falha na retenção da sobredentadura, dificuldades na substituição dos componentes de conexão e ocorrência mais persistente de fraturas nas sobredentaduras⁽⁴⁵⁾.

Neste tipo de retenção a componente fêmea é fornecida em modelos de plástico e colocada na estrutura protética, a componente macho localiza-se nos implantes.

Este tipo de *attachments* proporcionam uma retenção simples e eficaz e através de um código colorido pode-se identificar uma variedade de graus de retenção. Os *attachments* macho são colocados na base da prótese e fornecem resiliência vertical e movimento universal de rotação⁽²⁶⁾.

De acordo com registos efectuados por Landa *et al.*, consequência de dois anos de avaliação de sobredentaduras com *attachments*, os autores constatarem que mesmo com falhas na orientação, posicionamento e número de implantes a retenção das sobredentaduras com o sistema locator pode ter sucesso⁽⁷⁹⁾.

Feine *et al.* (2002), referenciados por Turkyilmaz *et al.*, afirmam que, segundo o consenso de McGill a colocação de dois implantes mais uma sobredentadura mandibular deverá ser a primeira escolha para a reabilitação de pacientes edêntulos⁽⁹⁵⁾. Ainda no mesmo artigo de Turkyilmaz *et al.*, estes dão a conhecer o estudo de Walton (2003), em que este afirma, que uma das soluções para a retenção destes dois implantes com a sobredentadura são os locator[®]. No entanto, estes necessitam de três vezes mais de reparação do que do sistema de barra, o que proporciona uma diminuição no grau de satisfação dos pacientes portadores deste tipo de retenção, em relação aos de barra⁽⁹⁵⁾.

Burns *et al.*, referem que a forte incidência de úlceras traumáticas resulta da utilização dos sistemas magnético e o'ring. Aconselhando que o ideal seria fazer correcções na base da prótese e ajustes na oclusão, minorando assim este género de ocorrências⁽⁸⁰⁾.

1.5) Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras

Um dos principais desafios da medicina dentária é a reabilitação dos pacientes edêntulos, especialmente pacientes desdentados mandibulares. Há um século atrás, as próteses convencionais foram o melhor tratamento disponível para esta fatalidade, mas muitos pacientes mantiveram-se insatisfeitos, tendo problemas com a função, retenção e estabilidade das próteses principalmente as inferiores^(7, 33,34).

Novaes *et al.* referem que: “os portadores de sobredentaduras exibem um alto grau de satisfação, aumentando significativamente a qualidade de vida”⁽⁶⁾.

Com o aparecimento das sobredentaduras o conforto é um dos factores que tem muita relevância, para além da idade, o gênero masculino manifesta mais expectativas em relação ao feminino. Analisando o grau de satisfação com a estética e conforto esta aumenta com a idade do paciente (o conforto pode ser melhorado através de pequenos ajustes ocasionais)⁽⁸¹⁾.

Quanto à função e conforto observa-se uma menor satisfação, em pacientes previamente reabilitados com próteses e que estiveram edêntulados por longos períodos⁽⁸¹⁾.

Foi comprovado que os pacientes portadores de sobredentaduras mandibulares, manifestam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o sistema de conexão de barra ou bola, relativamente à função, retenção e satisfação geral, não interferindo a quantidade de implantes colocados⁽⁸²⁾.

Balaguer *et al.*, realizaram um estudo com o objectivo de verificarem o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras em relação com a idade, sexo, tempo, maxilar reabilitado, número de implantes, tipo de retenções e antagonista. Os resultados obtidos numa escala visual analógica (EVA) de 0-10 expressa a satisfação dos pacientes relativo aos elementos individuais, tais como: a estética, a mastigação, a fala, a auto-estima e a estabilidade da prótese⁽⁸³⁾.

Já é antigo o interesse que suscita o mote sobre a avaliação da função mastigatória. Como testemunho escrito, temos um teste realizado a vinte e oito pacientes que lhes foram colocados próteses totais convencionais (superiores e inferiores) e sobredentaduras. Os autores concluíram que não houve uma melhoria significativa da função mastigatória após o tratamento com prótese removível convencional, no entanto, após a colocação da prótese implanto-suportada, verificou-se evidentes melhorias na capacidade mastigatória e nos resultados dos testes de força e eficiência mastigatória. No teste de *follow-up* de três anos, as melhorias aumentaram. Através da análise dos resultados os autores afirmam, que existiu uma

adaptação gradual à nova prótese. Concluindo 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⁽⁸²⁾.

Outro estudo foi realizado com o objectivo de conhecer os níveis de satisfação físicos e sociais de cinquenta e três pacientes portadores de próteses totais inferiores implanto-suportada ou com próteses convencionais. A todos os pacientes foi realizado um questionário que incluíam perguntas de carácter social e físico. No resultado final verificou-se que os pacientes reabilitados com uma prótese sobre implantes demonstraram melhorias tanto nos aspectos físicos, como nos aspectos sociais⁽⁸⁴⁾.

Existem frequentemente queixas de pacientes edêntulos relativo ao uso de próteses totais convencionais, referenciando a falta de estabilidade, retenção e ainda uma diminuição de capacidade mastigatória⁽⁸⁵⁾.

Numa avaliação com um questionário realizado a 135 pacientes portadores de próteses implanto-suportadas, sobre a função, fonação, cuidados orais, estética, alterações do estilo de vida, auto-confiança, conforto e satisfação geral os resultados foram os seguintes: 75% dos pacientes tiveram uma melhoria de qualidade de vida, e 82% dos pacientes tiveram um aumento da confiança pessoal⁽⁸⁶⁾.

Albrektsson *et al.*, investigaram o grau de satisfação em 43 pacientes em relação à reabilitação oral com implantes osseointegrados e sobredentaduras. Dos 43 pacientes investigados, 97,67%, demonstraram satisfação no que se refere à estabilidade. Iguais resultados foram obtidos em relação à mastigação. Os resultados demonstraram um óptimo grau de satisfação, melhorando com isso a auto-imagem e auto-confiança⁽¹¹⁾.

Os pacientes que passaram a utilizar uma sobredentadura, referiram uma melhoria na sua qualidade de vida. Notou-se uma grande diminuição no número de restrições em atividades sociais até então percebidas pelos pacientes e uma elevação na auto-

confiança. Quanto aos principais benefícios, foram enumeradas a mastigação, a fonação, a estética e a diminuição da dor com a nova prótese^(7,8,47).

Ao fazerem uma avaliação comparativa de diversos tipos de sistemas de retenção, Burns *et al.* e Davis *et al.*, chegaram à conclusão de que o tipo de sistema de retenção empregado na sobredentadura parece ter pouca influência sobre o grau de satisfação do paciente^(80,87).

Petropolous *et al.*, afirmam que todos os sistemas de retenção propiciam um nível de satisfação semelhante⁽⁸⁸⁾.

Burns *et al.*, analisaram os sistemas de retenção locator[®] e magnéticos em sobredentaduras. Apesar de os dois sistemas terem proporcionado um aumento significativo de satisfação em relação à prótese total convencional, os pacientes demonstraram preferência pelo sistema locator⁽⁸⁰⁾.

Noutro estudo realizado por Awad *et al.*, em pacientes completamente edêntulos há mais de 10 anos e com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos. A uma parte dos participantes foi-lhes colocado sobredentaduras mandibulares suportadas por dois implantes com o sistema de retenção barra e a outra parte foi-lhes colocado uma prótese total. Os resultados demonstraram um alto grau de satisfação em relação ao conforto, estabilidade e facilidade de mastigação, por parte dos pacientes portadores de sobredentaduras. Em relação à estética, facilidade na fonética e facilidade na higienização, não houve uma melhoria significativa no grupo das próteses convencionais. Concluíram assim que estas sobredentaduras são bem mais satisfatórias do que as próteses convencionais⁽¹⁰⁾.

Num outro estudo de Awad *et al.*, eles utilizaram uma amostra composta por 60 indivíduos com idade compreendidas entre os 65 e 70 anos. Um grupo foi tratado com sobredentaduras mandibulares sobre 2 implantes com sistema de retenção locator[®] e o outro grupo tratado com próteses convencionais. O grau de satisfação foi consideravelmente superior nos pacientes portadores de sobredentadura, relativamente ao conforto, retenção, estabilidade, aptidão para a mastigação, fonética, estética, higiene e à qualidade de vida⁽⁹⁴⁾.

Num estudo realizado por Meijer *et al.*, sobre sobredentaduras e próteses convencionais com 10 anos, verificou-se uma taxa de sobrevivência dos implantes na ordem de 93%. Numa escala de pontuação de satisfação de 1 a 10, verificou-se 7.8 para sobredentaduras e 6.6 para próteses convencionais⁽⁵⁾.

É importante a opinião e satisfação dos pacientes, bem como as informações clínicas, para se desenvolver e melhorar as técnicas que utilizam implantes na reabilitação do paciente desdentado. Após o tratamento com próteses fixas e removíveis sobre implantes num edêntulo inferior, observaram-se altas taxas de satisfação^(89,90).

Relativamente a tratamentos maxilares os relatórios são escassos. Havendo várias tentativas de desenvolver instrumentos para medir a satisfação do paciente e a qualidade da saúde oral. O instrumento do Health Impact Profile Oral tem demonstrado boa confiabilidade, validade e precisão e consiste numa série de perguntas com cinco categorias de resposta⁽⁸⁹⁾.

Outro instrumento utilizado é a escala visual analógica (EVA), onde é solicitado aos pacientes que assinalem o item da linha que melhor representa a sua opinião. O instrumento VAS pode ser usado para medir a satisfação dos pacientes e tem provado ser um instrumento confiável e válido em estudos retrospectivos^(89,91).

A satisfação do paciente, com o tratamento de dois implantes mandibulares tem sido amplamente divulgado utilizando vários métodos de avaliação^(8,27-31,91,92).

Ellis *et al.*, realizaram um estudo, no qual participaram pacientes que responderam a um questionário sobre a satisfação da prótese convencional que usaram previamente e sobre as sobredentaduras mandibulares que possuíam aquando do questionário. A satisfação dos pacientes melhorou significativamente, com todos os tipos de retenção e para todas as áreas de satisfação. No entanto, os *attachments* em bola proporcionaram uma satisfação geral, na estabilidade e na capacidade de mastigar⁽⁹³⁾.

Posteriormente Al-Zubeidi *et al.*, avaliaram o grau de satisfação do pacientes que possuíam sobredentaduras e que outrora se queixavam sobre as próteses

convencionais que possuíam, e constatarem uma notória melhoria após a colocação de sobredentaduras⁽⁸⁾.

Noutro estudo, Al-Zubeidi *et al.* com a participação de pacientes com sobredentaduras mandibulares (2 implantes), por um período de 3 anos. Os resultados obtidos foi uma melhoria significativa na redução da dor, conforto, estabilidade. Relativamente ao desenho protético utilizando na escala visual analógica não apresentou diferenças significativas. Independentemente do projecto da prótese, o resultado obtido relativo ao perfil total da saúde oral foi de maior satisfação⁽²⁷⁾.

Como já foi referido, o futuro passa pela estética, sendo de extrema necessidade a realização de estudos, para satisfazer as necessidades físicas, psicológicas, de conforto e económicas do paciente, de forma a melhorar as componentes protéticas e cirúrgicas. Nestes estudos não se pode excluir a população geriátrica, devido ao aumento esperança média de vida. No caso da população portuguesa, é importante fazer-se um estudo específico do seu grau de satisfação com as sobredentaduras, em virtude de os povos serem diferentes culturalmente, psicologicamente e socialmente.

2 Metodologia

2) METODOLOGIA

2.1) Hipóteses de Trabalho

As hipóteses de trabalho têm como base a questão colocada previamente: Qual o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras?

A existência de várias propostas de reabilitação para pacientes edêntulos, leva-nos a questionar se as sobredentaduras são a melhor solução para os pacientes, possuindo a tríade “dinheiro/ vontade/ osso”, mais equilibrada.

Neste trabalho, são consideradas as seguintes hipóteses de trabalho:

- HT₀**- Não existe diferença entre o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentadura e os pacientes portadores de próteses removíveis convencionais

- HT₁**- Existe diferença entre o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras e os pacientes portadores de próteses removíveis convencionais

2.2) Objectivos

É pretendido com este trabalho obter a confirmação da satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras. Assim como analisarmos se o género, a idade, o tipo de reabilitação anterior, o tempo que usou ou não outro tipo de prótese, localização na arcada, satisfação com o que possuía, o sistema de retenção e se eventualmente colocaria novamente uma sobredentadura, têm algum impacto no grau de satisfação.

Assim sendo, temos como objectivos:

Objectivo geral:

- Quantificar o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.

Objetivos específicos:

- Saber se o gênero influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se a idade influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se o uso anterior ou não de prótese influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se o tempo de utilização de outro tipo de prótese influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se o tempo de utilização da sobredentadura influencia o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras;
- Saber se a localização na arcada das sobredentaduras influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se o facto dos pacientes estarem ou não satisfeitos antes de possuírem uma sobredentadura influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se o sistema de conexão influencia o grau de satisfação dos portadores de sobredentaduras;
- Saber se o grau de satisfação influencia positivamente uma eventual colocação de sobredentaduras.

2.3) Caracterização da Amostra

2.3.1) Material

Neste estudo foi utilizado um questionário realizado pelo investigador (Anexo1).

2.3.2) Desenho da Investigação

Este estudo é longitudinal uma vez que não é pretendido obter uma situação de causa-efeito.

A satisfação na utilização de sobredentaduras é a variável dependente.

As variáveis independentes/mediadoras são: gênero, idade, o que usavam anteriormente à sobredentadura, tempo de utilização da prótese removível, tempo de utilização da sobredentadura, satisfação anterior à colocação da sobredentadura e sistema de conexão da sobredentadura.

2.3.3) Amostra

A amostra foi recolhida em 4 clínicas situadas na zona norte do país, sendo elas: Clínica Nova Saúde (Gandra), Clínica Central da Areosa (Porto), DentiCharme (Ponte de Lima) e MoreClinic (Felgueiras).

A cada clínica foi entregue uma declaração/consentimento para a recolha de dados para fins de investigação, referindo que os participantes em momento algum seriam identificados, sendo os dados recolhidos confidenciais. Acrescentando ainda que o normal funcionamento de cada instituição não seria colocado em causa (Anexo 2; Anexo 3; Anexo 4; Anexo 5).

O total da amostra é de 95 participantes de ambos os gêneros.

Para a selecção dos participantes foram definidos os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- Pacientes \geq 18 anos
- Ambos os sexos
- Literados ou analfabetos
- Sem doenças que impossibilitam a compreensão clara das questões ou a sua deslocação á clínica
- Preencham voluntariamente e em anonimato os questionários
- Possuam uma ou duas sobredentaduras
- Possuam uma prótese total removível, prótese parcial removível ou prótese fixa em simultâneo com uma sobredentadura
- Pacientes que outrora possuíram próteses totais ou parciais removíveis
- Pacientes que estejam em tratamento dentário, mas que tenham pelo menos uma sobredentaduras concluída

Critérios de Exclusão:

- Pacientes $<$ 18 anos
- O paciente não consentir participar na investigação
- Pacientes que possuam doenças que impossibilitam a compreensão clara das questões, sua execução e deslocação á clínica (ex. demências, acamados, problemas psiquiátricos, entre outras)
- Pacientes que só possuam próteses totais / parciais removíveis ou fixa
- Pacientes que outrora tenham possuído exclusivamente prótese fixa
- Possuam um tratamento de sobredentadura inacabado

2.3.4) Instrumentos/ Medidas

Sobre a nossa amostra foi aplicado um questionário (Anexo 1) executado pelo investigador, simples, de fácil compreensão e resposta, incluindo dados de identificação e satisfação da utilização da sobredentadura.

Em todos os questionários foi o próprio investigador a questionar os pacientes, evitando a calibração de vários investigadores.

Nos questionários foi utilizado o método de escala visual análogica (EVA), para auxiliar na aferição da intensidade da satisfação dos participantes, perguntas de escolha múltipla e perguntas sim/não.

2.3.5) Procedimentos

Após a aferição do pedido de consentimento por parte de todas as clínicas (Anexo 2; Anexo 3; Anexo 4; Anexo 5), procedeu-se à análise e selecção dos processos clínicos, posterior contacto telefónico com os pacientes, obtenção da sua autorização com agendamento e realização do questionário.

Foram analisados todos os processos existentes, dos quais excluídos indivíduos que:

- Não se enquadraram nos critérios de inclusão
- Não atenderam à chamada telefónica
- Não se disponibilizaram para participar por variadas razões (são idosos e não têm ninguém que os acompanhe, morte, incapacidade física, incompatibilidade de horários ou simplesmente por não quererem participar)
- Não compareceram ao agendamento efectuada por telefone

2.4) Análise Estatística

O estudo estatístico dos dados obtidos foi realizado na *IBM® SPSS® Statistics* (Versão 20 do SPSS®).

Dada a natureza das variáveis expostas, a análise consiste na:

- Análise estatística descritiva quantitativa e qualitativa (gráficos e tabelas estatísticas), que nos fornece o resumo simples sobre a amostra e sobre as observações que foram realizadas. Este resumo pode ser quantitativo ou qualitativa. Os resultados tanto podem formar a base da descrição inicial dos dados, como

podem ser resultados suficientes por si mesmos ou fazerem parte de uma análise estatística mais extensa

- Correlação das diferentes perguntas com as provas de T-Test (*Independent-Samples e Paired-Samples*) e ANOVA (*One-Way*).

- O T de Student é um teste que consiste na formulação de uma hipótese nula e consequentemente uma hipótese alternativa, ou seja, trata-se de conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula quando a estatística de teste (t) segue uma distribuição *t de Student*.
 - O Independent-Samples é utilizado para comparar grupos independentes (não têm relação entre si).
 - O Paired-Samples é utilizado para comparar os grupos dependentes (têm relação entre si, os participantes do grupo X são os mesmos participantes do grupo Y)
- O T de O ANOVA (análise de variância) é um teste utilizado para comparar três ou mais tratamentos.
 - O One Way ANOVA é utilizado para analisar experiências com vários grupos de observações classificados através de um só factor.

3 Resultados

3) RESULTADOS

3.1) Género

Analisando o gênero, observamos que numa amostra de 95 participantes existe um predomínio de 55 pacientes do sexo feminino em comparação aos 40 pacientes masculinos (57,9% vs 42,1%, respectivamente) (Gráfico 1) (Anexo 6).

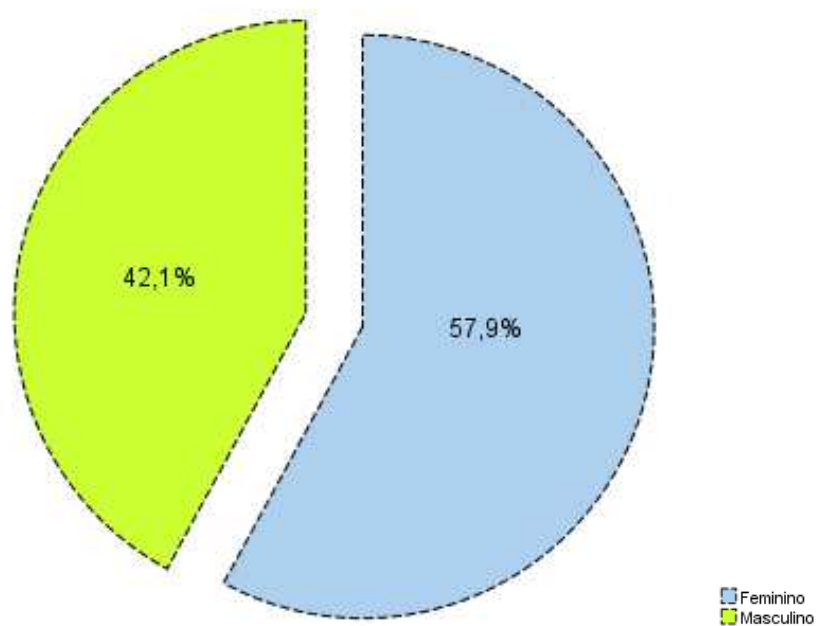


Gráfico 1) Percentagem de pacientes do sexo feminino e masculino que responderam ao questionário

3.2) Idade

Relativamente à questão da idade, esta foi decomposta em seis grupos. A amostra é maioritariamente séniores, albergando 37 pacientes pertencentes à faixa etária entre os 61-70 anos (38,9%), relativamente aos restantes grupos temos (Gráfico 2) (Anexo 7):

- 1 paciente entre os 31-40 anos (1,1%);
- 5 pacientes entre os 41-50anos (5,3%);
- 25 pacientes entre os 51-60 anos (26,3%);
- 24 pacientes entre os 71-80 anos (25,3%);
- 3 pacientes entre os 81-90 anos (3,2%).

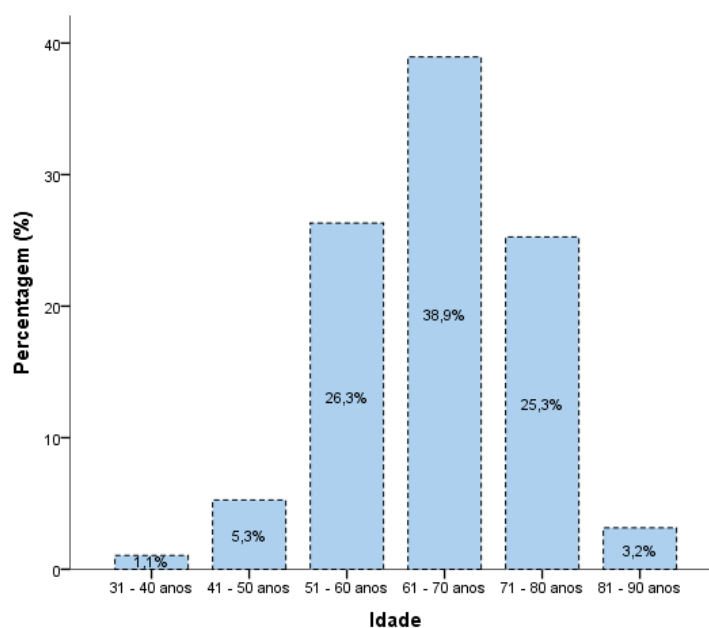


Gráfico 2) Intervalos de idade com a referida percentagem, correspondente aos pacientes portadores de sobredentaduras

3.3) O que usava antes da sobredentadura?

Perante a questão, “o que usava antes da sobredentadura?”, a maioria dos pacientes (52) referiu o uso de prótese parcial removível (54,7%).

Os valores referentes à ausência de próteses (21 pacientes), bem como ao uso de prótese total removível (22 pacientes) são muito próximos, diferindo quase 1,1% (22,1% e 23,2%, respectivamente) (Gráfico 3) (Anexo 8).

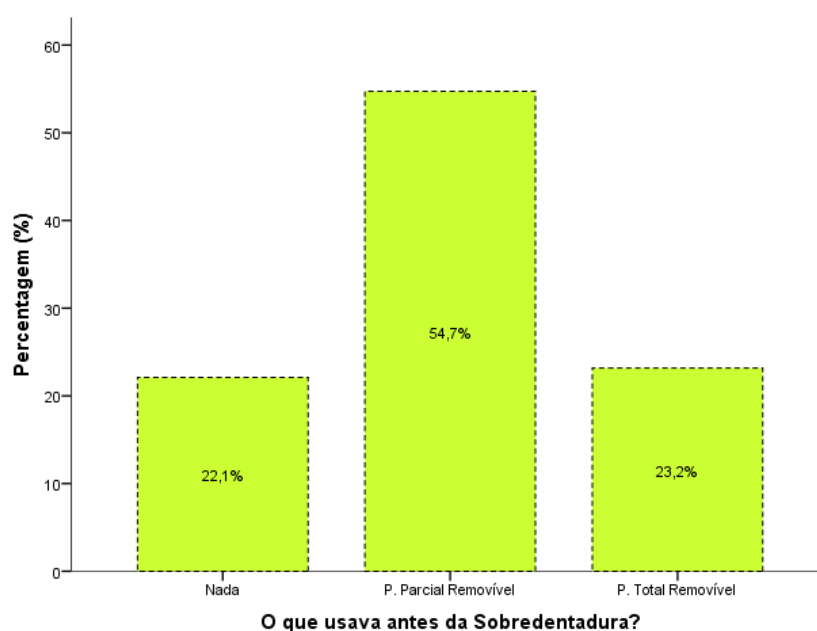


Gráfico 3) Percentagens de pacientes portadores ou não de próteses removíveis (parciais ou totais)

3.4) Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?

Dos pacientes envolvidos no estudo, 74 indivíduos (77,9%) utilizaram prótese removível, desta amostra 30 pacientes (40,5%) referiram ter usado prótese removível entre 1 a 5 anos. Os restantes 59,5% estão distribuídos pelos restantes seis períodos de tempo (Gráfico 4) (Anexo 9):

- 4 pacientes utilizaram prótese convencional num período de tempo <1ano (5,4%);
- 19 pacientes utilizaram próteses convencionais entre 6-10anos (25,7%);
- 7 pacientes utilizaram próteses convencionais entre 11-15anos (9,5%);
- 3 pacientes utilizaram próteses convencionais entre 16-20anos (4,1%);
- 11 pacientes utilizaram próteses convencionais \geq 21anos (14,9%).

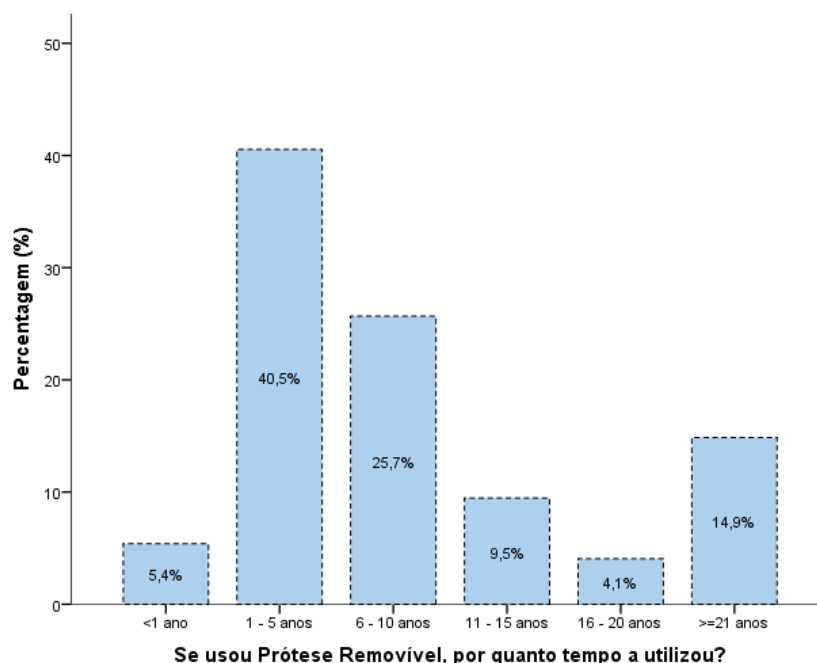


Gráfico 4) Percentagens de pacientes que possuíam próteses removíveis em relação ao seu tempo de uso

3.5) Há quanto tempo colocou a Sobredentadura?

Relativamente ao tempo que possui a sobredentadura, de 95 participantes 60 (63,2%) referiram já possuírem sobredentadura entre 1 a 5 anos. Quanto aos restantes 35 indivíduos (36,8%) estão distribuídos da seguinte forma (Gráfico 5) (Anexo 10):

- 21 pacientes (22,1%) utilizam a sobredentadura entre 1mês-1ano;
- 13 pacientes (13,7%) utilizam a sobredentadura entre 6-10anos (13,7%);
- 1 paciente (1,1%) utiliza a sobredentadura entre 11-15anos.

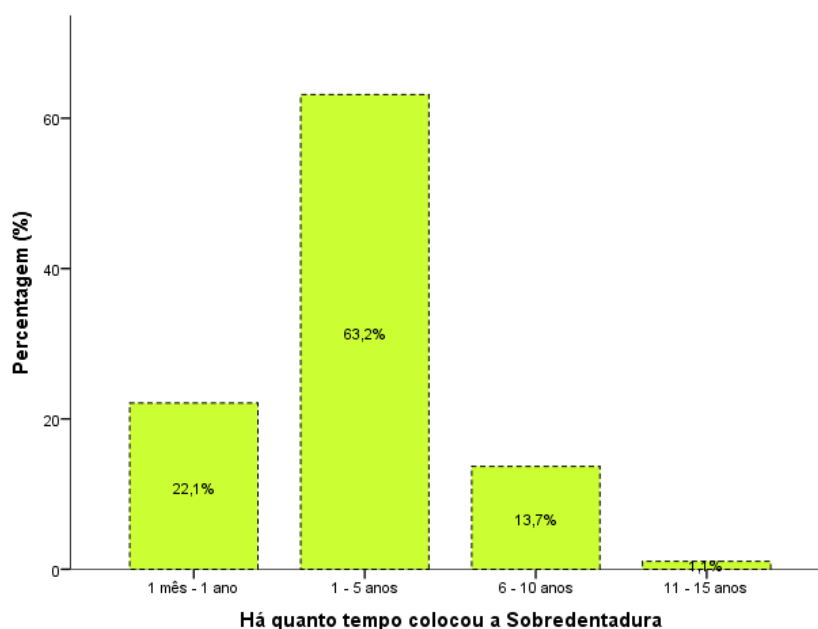


Gráfico 5) Percentagem de pacientes que possuem sobredentadura em relação ao seu tempo de uso

3.6) A sua Sobredentadura é?

A maioria dos pacientes (42) referiu possuir uma sobredentadura inferior (44,2%), a restante percentagem (55,8%, que corresponde a 53 participantes) distribui-se pelos pacientes que têm sobredentaduras superiores e ambas, diferindo entre si um ponto percentual (Gráfico 6) (Anexo 11):

- 26 pacientes referem usar uma sobredentadura superior (27,4%);
- 27 pacientes referem usar ambas as sobredentaduras (28,4%).

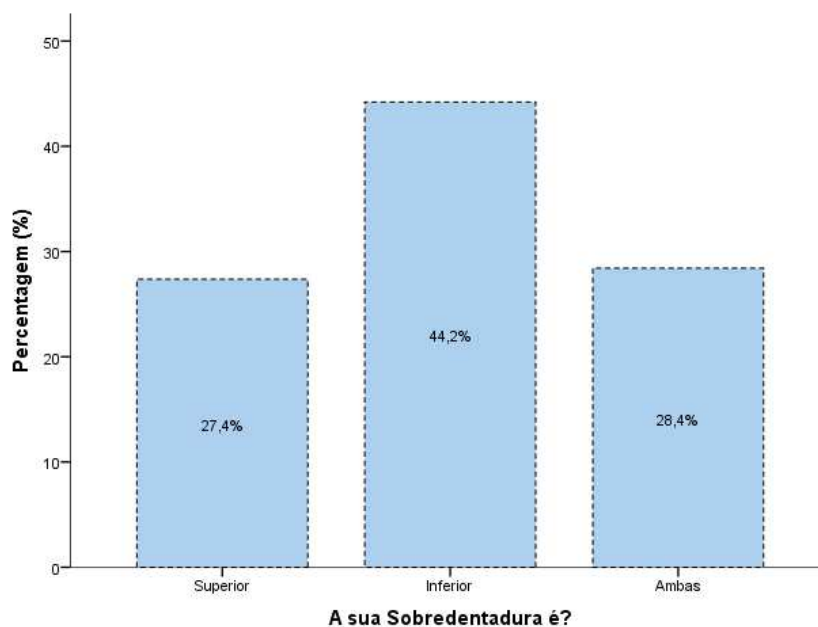


Gráfico 6) Percentagem de pacientes que possuem sobredentaduras em relação à sua localização

3.7) Qual o sistema de retenção da sua Sobredentadura?

Perante a análise do gráfico, constatamos uma maioria absoluta (79 pacientes) na retenção das sobredentaduras por barras (83,2%), os restantes 16,8% corresponde à retenção por locator (16 pacientes), nenhum participante possui outro tipo de retenção de sobredentadura (Gráfico 7) (Anexo 12).

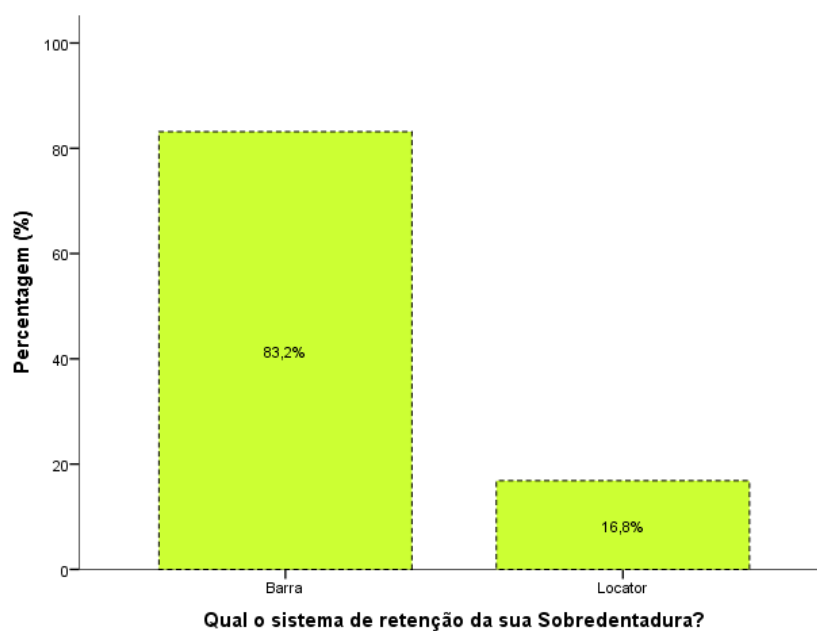


Gráfico 7) Percentagem de pacientes portadores de sobredentaduras em relação ao tipo de retenção da prótese

3.8) Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da Sobredentadura?

Para a realização desta resposta, recorreu-se á escala visual analógica (EVA), utilizando uma escala de 1 a 10, sendo que 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito.

Esta pergunta refere-se ao grau de satisfação que os pacientes possuíram em relação às próteses removíveis e podemos constatar que a maior percentagem da amostra (29,5%, 28pacientes) classificou a sua satisfação com um 3.

Sendo os restantes valores por ordem decrescente (Gráfico 8) (Anexo 13).

- 16 pacientes classificaram com grau 1 (16,8%);
- 13 pacientes classificaram com grau 5 e grau 2 (13,7%);
- 9 pacientes classificaram com grau 4 (9,5%);
- 6 pacientes classificaram com grau 6 (6,3%);
- 4 pacientes classificaram com grau 7 (4,2%);
- 3 pacientes classificaram com grau 8 (3,2%);
- 2 pacientes classificaram com grau 9 (2,1%);
- 1 paciente classificou com grau 10 (1,1%).

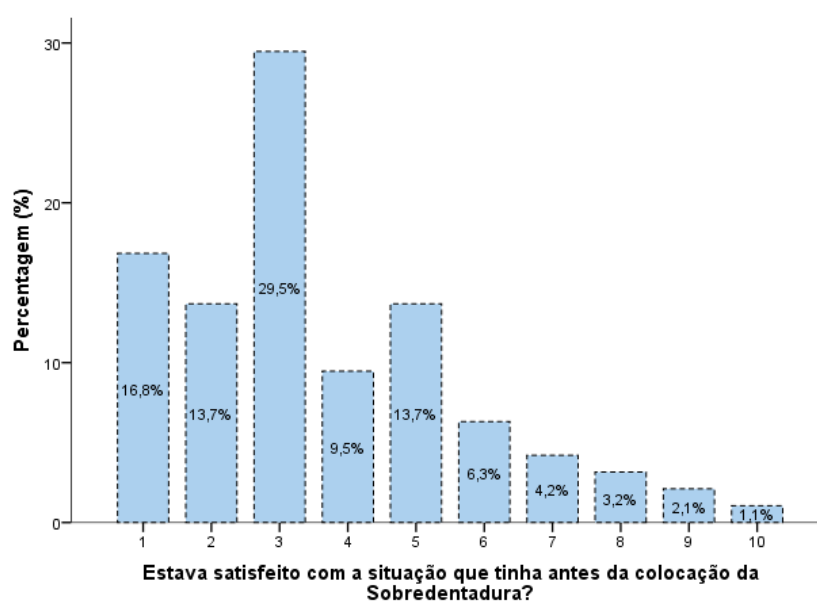


Gráfico 8) Grau de satisfação dos pacientes que possuíram próteses removíveis

3.9) Está satisfeito com a Sobredentadura?

A resposta a esta questão é a chave de todo o trabalho. Utilizou-se novamente a escala visual analógica (EVA). Sendo categorizada numa escala de 1 a 10, sendo que 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito.

As respostas são muito concludentes, 73 pacientes diferenciaram as suas classificações nos últimos três graus com os seguintes resultados (Gráfico 9) (Anexo 14):

- 19 pacientes classificaram com grau 8 (20%);
- 29 pacientes classificaram com grau 9 (30,5%)
- 25 pacientes classificaram com grau 10 (26%).

Os restantes pacientes (22) numa ordem decrescente responderam à questão da seguinte modo (Gráfico 9) (Anexo 14):

- 10 pacientes classificaram com grau 7 (10,5%);
- 5 pacientes classificaram com grau 5 (5,3%);
- 3 pacientes classificaram com grau 4 (3,2%);
- Os grau 6, 3, 2 e 1 (1,1% /cada grau), foram preenchidos cada um por um paciente distinto.

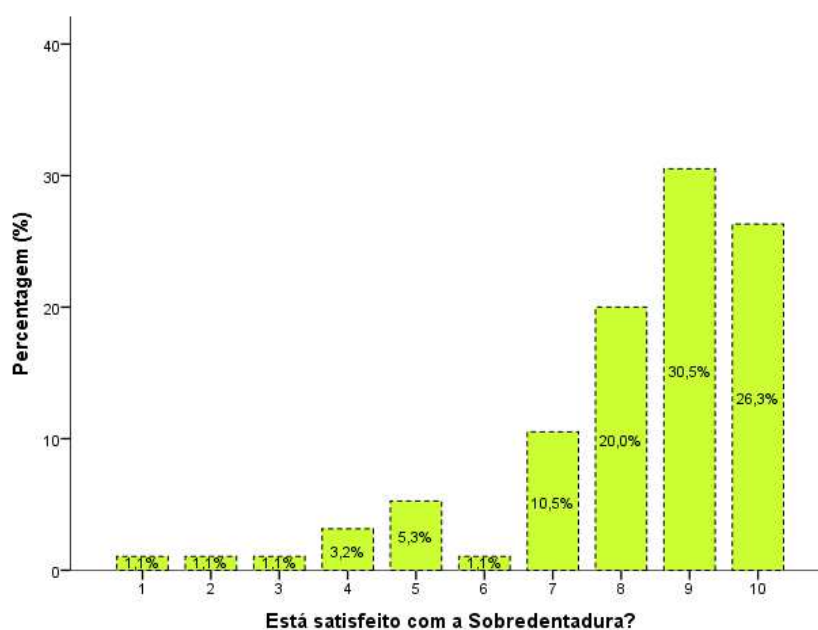


Gráfico 9) Percentagem de pacientes que possuem sobredentaduras, em relação ao grau de satisfação da sua utilização

3.10) Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma Sobredentadura?

Perante a questão, se colocariam novamente a sobredentadura mais de metade dos 95 participantes, ou seja, 77 pacientes (81,1%) responderam positivamente, a restante amostra, os 18 pacientes (18,9%) não optariam por este tipo de reabilitação (Gráfico 10) (Anexo 15).

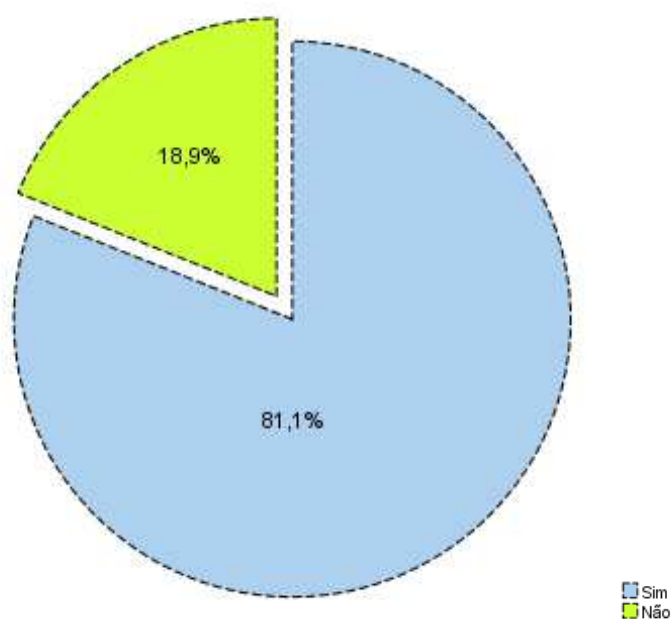


Gráfico 10) Percentagem de pacientes que colocariam ou não novamente uma sobredentadura

3.11) Gênero vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$t(94) = -2,197, \quad p = 0,031$$

Perante os resultados obtidos através do teste *T-Student*, constatamos que a variável gênero influencia o grau de satisfação dos pacientes, porque $p=0,031$, ou seja, $p \leq 0,05$ logo o teste é significativo.

O grupo do sexo masculino ($n=40$), apresenta uma média de grau de satisfação sobre as sobredentaduras superior ao sexo feminino (8,73 vs 7,87, respectivamente), este teste tem relevância significativa (Anexo 16).

3.12) Idade vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$F(5,89) = 1,136, \quad p = 0,347$$

A faixa etária não tem impacto significativo no grau de satisfação da amostra portadora de sobredentadura.

O teste ANOVA não tem significância (Anexo 17).

3.13) Uso ou não de prótese removível vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$F(2,92) = 0,292, \quad p = 0,747$$

A utilização ou não de próteses removíveis antes da colocação da sobredentadura, não tem significância estatística sobre o grau de satisfação dos pacientes.

O teste ANOVA não é significativo (Anexo 18).

3.14) Tempo de utilização de prótese removível vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$F(5,68)= 0,478, \quad p= 0,791$$

O teste *ANOVA* aqui aplicado não tem qualquer tipo de significância, ou seja, o tempo de utilização de uma anterior prótese removível não tem significância estatística sobre o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras (Anexo 19).

3.15) Tempo que os pacientes possuem a sobredentadura vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$F(3,91)= 1,052 \quad p= 0,374$$

Perante os resultados obtidos através do teste *ANOVA*, constatamos que o tempo de utilização da sobredentadura não tem significância estatística, no grau de satisfação da mesma (Anexo 20).

3.16) Localização na arcada das sobredentaduras vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$F(2,92)= 2,388, \quad p= 0,097$$

A localização na arcada de uma sobredentadura não tem qualquer significância estatística sobre o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras, ou seja, o teste *ANOVA* não tem significância (Anexo 21).

3.17) Tipo de retenção da sobredentadura vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$t(94)= 4,183, \quad p= 0,001$$

Através da aplicação do teste *T-Student*, sabemos que o teste de retenção utilizado na sobredentadura tem um impacto significativo relativo ao grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.

As sobredentaduras com meio de retenção em barra apresentam uma média de satisfação em relação ao locator superior, tendo significância estatística (8,67 vs 6,06, respectivamente) (Anexo 22).

3.18) Grau de satisfação relativo à utilização da prótese removível vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$t(94) = -14,940, \quad p = 0,000$$

Através do teste *T-Student* que tem significância estatística, observa-se que a diferença do antes (portador de prótese convencional) e depois (portador de sobredentadura) é significativo, a média do grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras é superior ao grau de satisfação desses mesmos pacientes que outrora utilizaram próteses removíveis (8,23 vs 3,61, respectivamente) (Anexo 23).

3.19) Nova colocação de sobredentadura vs Grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentadura

$$t(94) = 4,835, \quad p = 0,000$$

O grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras influencia positivamente uma nova colocação de sobredentadura. Tal é reforçado pelos resultados obtidos do teste *T-Student*, há uma média de respostas positivas de 8,75 versus 6,00 das respostas negativas (Anexo 24).

3.20) Género vs Uso ou não de prótese removível

$$t(94)= 2, 671, \quad p= 0,009$$

Através do teste *T-Student*, concluímos que o género influencia positivamente o uso prévio de próteses removíveis. O sexo feminino apresentou uma média superior ao sexo masculino (1,16 vs 0,80, respectivamente) (Anexo 25).

3.21) Género vs Tempo que os pacientes possuem a Sobredentadura

$$t(94)= 3,596, \quad p= 0,553$$

O género não influencia o tempo de uso de uma sobredentadura. O teste *T-Student* não é significativo (Anexo 26).

3.22) Localização na arcada das sobredentaduras vs Tipo de retenção da Sobredentadura

$$t(94)= 0,790, \quad p= 0,431$$

Utilizando o teste *T-Student*, o qual não é significativo nesta correlação, observamos que a localização da sobredentadura na arcada dentária não influencia directa o tipo de retenção (Anexo 27).

4 Discussão

4) DISCUSSÃO

Com o aumento da qualidade e esperança média de vida do ser humano, transversalmente surge o edentulismo, resultante da perda de órgãos dentários e da regressão óssea.

Todo o dinamismo dentário, como a transferência de forças oclusais dos dentes artificiais para a mucosa oral, conduz a um aumento na absorção do rebordo ósseo subjacente.

O uso de uma sobredentadura impulsionará para uma melhoria na estabilidade e retenção da prótese e ainda uma diminuição das contusões transferidas aos tecidos de suporte ⁽²⁶⁾.

Sendo reconhecido a vantagem da colocação de 2 a 4 implantes osteointegráveis, considerando os benefícios que daí advêm, tais como: maior estabilidade, funcionalidade, conforto e uma opção económica ⁽³³⁾.

Perante tais ocorrências, vários estudos descrevem as sobredentaduras como a melhor opção para o tratamento de indivíduos edêntulos. Afirmando que este modelo de reabilitação possui várias vantagens em analogia com as próteses convencionais, oferecendo maior retenção e estabilidade, que causará uma eficaz mastigação, segurança, melhoria no estado psicológico do paciente, com limitações anatómicas, fisiológicas, estéticas, higiénicas e financeiras ⁽³⁶⁾.

Sendo o objetivo desta investigação, chegar a resultados similares aos existentes relativamente ao grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras, da zona norte do país (Gandra, Porto, Ponte de Lima e Felgueiras).

4.1) Discussão sobre a distribuição do género e da idade na amostra

Na actualidade estamos perante uma população maioritariamente masculina (58% da amostra) verificando a sua preocupação relativa á saúde oral, querendo principalmente melhorar a sua função mastigatória e de conforto.

Os pacientes relatam que durante longos anos, foi acentuado o seu descuido, promovendo a perda dos dentes ao longo dos anos.No entanto, chegaram a uma fase da vida em que a capacidade mastigatória e o conforto na utilização das próteses convencionais era reduzida.

Estes resultados não são pioneiros, já Piattelli *et al.*, mencionaram no seu estudo que o sexo masculino recorre mais prontamente a este tipo de reabilitação estando cada vez mais a aumentar a sua procura ⁽¹⁷⁾.

Comparativamente, o sexo feminino preocupa-se mais com a estética, preferindo sempre a reabilitação fixa.

Quanto à idade, grande parte dos pacientes que possuem sobredentaduras encontram-se maioritariamente na faixa etária entre os 61 e 70 anos (39%). Nestes pacientes, existe a perspectiva de pelo menos mais dez anos poderão usufruir das mesmas aproveitando para terem uma melhor qualidade de vida.

As sobredentaduras são a reabilitação mais escolhida em comparação com as híbridas. Esta escolha teve influência do factor monetário e do medo das complicações cirúrgicas que podem ocorrer.

Na faixa etária compreendida entre os 81 e 90 anos, foi a que obteve o menor número de utentes (3,2%). A maior parte desta população mesmo compreendendo que é uma boa solução para minimizar alguns problemas da cavidade oral, pensam não valer a pena o investimento, derivado á sua avançada idade.

Os pacientes mais jovens optam pelas híbridas, e os mais velhos escolhem principalmente as sobredentaduras mandibulares. Concluimos assim, que a idade pode influenciar a escolha deste tratamento ⁽¹⁾.

4.2) Discussão sobre o que usava antes das Sobredentaduras e o tempo do seu uso.

Apesar de um edentalismo acentuado no nosso país, existe uma preocupação principalmente estética dos pacientes em recorrerem de próteses removíveis. Para alguns pacientes a reabilitação anterior é prioritária, em relação á reabilitação posterior, passando para segundo plano a função mastigatória e o conforto.

Perante a amostra, verificou-se existir uma população maioritariamente desdentada parcial, que possuía uma prótese parcial removível ⁽²²⁾. Entretanto constatou-se que a população não chegou aos limites do identalismo total.

Esta utilização na maior parte da amostra (40,5%), teve uma duração entre um a cinco anos, o que nos leva a concluir, que estes pacientes reconheceram que a qualidade de vida é fundamental.

Um ponto referido pelos pacientes foi o factor económico, alguns deles durante este período de tempo foram amealhando para investirem neste tipo de reabilitação.

Podemos afirmar que em geral a população ainda manteve na boca por alguns anos as próteses removíveis convencionais, no entanto, as condições básicas para a sua permanência foram diminuindo.

4.3) Discussão sobre o tempo de uso das Sobredentaduras, a sua localização na arcada e o seu sistema de retenção

Em relação ao tempo que os pacientes portadores de sobredentaduras as possuem incide no intervalo de tempo entre um ano e cinco anos.

Presumivelmente, deve-se ao facto de uma melhoria na qualidade no sistema de confecção das sobredentaduras, e de uma maior divulgação, aumentando assim a informação junto dos pacientes.

Os implantes são outro factor importante, Hermings *et al.*, destacam que 92% dos implantes mandibulares que retêm sobredentaduras estão em função após os cinco anos⁽²¹⁾.

Watson *et al.*, por sua vez relatam que 95% dos implantes ainda estavam em função nesse período⁽²²⁾. Ambos com boa performance das sobredentaduras.

Apesar das complicações das sobredentaduras maxilares recaírem sobre a dificuldade na fala, e défice de higiene, este tipo de reabilitação possui uma sobrevivência superior a 92% num período de 15 anos⁽⁵³⁻⁵⁷⁾, os resultados assim o demonstram, porque 74 dos 95 pacientes com sobredentadura possuem-na entre 1 a 15 anos.

Um factor para que as sobredentaduras permaneçam na cavidade oral é o tipo de retenção. As barras são a forma de retenção mais utilizadas e que obteve uma maior satisfação em relação ao locator[®] (83,2% vs 16,8%, respectivamente).

O sistema em barra é dos mais dispendiosos, podendo perder retenção no clip ou fracturar a barra. Mas é sem dúvida o meio de retenção mais utilizado e preferido dos pacientes^(22, 47).

Relativamente ao sistema locator[®], está comprovado ser o meio de retenção menos vantajoso, pois não promove uma retenção/conecção firme, ocorrendo fracturas nas próteses⁽⁴⁵⁾.

No entanto, existem excepções onde ocorrem pacientes satisfeitos com o sistema locator[®]⁽⁷⁹⁾.

Algumas vezes a retenção é escolhida consoante a localização da sobredentadura. Em regra observa-se uma maior adesão às sobredentaduras na mandíbula, devido à escasses óssea e a impossibilidade de colocação de um número suficiente de implantes⁽¹⁾.

4.4) Discussão sobre o grau de Satisfação dos pacientes antes de possuírem as sobredentaduras, após possuírem as sobredentaduras e se a colocariam novamente.

As próteses convencionais não são do agrado dos pacientes, atribuindo o seu grau de satisfação inferior ou igual a 5 (+/- 83%).

A justificação passa pela dificuldade mastigatória, fonética, atrofia dos tecidos de suporte das próteses convencionais, o que leva a um défice na retenção e um baixo estado psicossocial ^(8, 27-32).

Existem pacientes que logo após a colocação de uma próteses convencional ficam insatisfeitos (10% a 18%) o que é muito preocupante, em virtude de não terem tido tempo de se adaptarem ^(7, 33-35).

Relativamente à situação actual, os pacientes manifestam-se bastante satisfeitos (78%), classificando-a igual ou superior a 5. Os graus 8, 9 e 10 foram os que obtiveram maior percentagem, juntos perfizeram 77%. Estes valores reafirmam que as funções mínimas são restabelecidas ao paciente, por modo a elevar o seu grau de satisfação ⁽¹¹⁾.

Este método por trazer tantos benefícios aos pacientes, foi reafirmado pelos mesmos que colocariam novamente este sistema (81%).

4.5) Discussão sobre os factores que influênciam positivamente o grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentaduras.

Em síntese podemos referir que o género influencia positivamente a satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras, principalmente o sexo masculino com uma média de 8,73 pacientes satisfeitos..

O qual podemos depreender que o principal objectivo para esta população é a presença de uma boa função mastigatório e de retenção.

Outro ponto importante é o sistema de retenção, neste estudo o sistema em barra obteve uma média de 8,67 pacientes de satisfação superior ao do locator[®] com uma média de 6,06 de pacientes satisfeitos..

A maioria dos sistemas de retenção são úteis na fixação das sobredentaduras ⁽⁴⁵⁾, grande parte dos sistemas melhora a situação que outrora existia, portanto qualquer que seja o sistema de retenção proporcionam sempre um bom grau de satisfação ^(40, 80,87).

Contradizendo esta afirmação existem autores a afirmarem que o grau de satisfação não é afectado pelo tipo de retenção existente ^(40, 80, 87).

Neste trabalho obtivemos pacientes com outros tipos de retenção, no entanto, Burns et al., afirmam que os locator tiveram melhor grau de satisfação em relação aos sistemas retentivos magnéticos ⁽⁸⁰⁾.

A colocação de uma sobredentadura é uma opção válida para a maioria dos pacientes que optariam novamente por este sistema de reabilitação. Influenciando assim o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.

4.6) Discussão sobre os factores que não têm influência no grau de satisfação dos pacientes portadores de Sobredentaduras.

Perante o estudo efectuado verificou-se que os factores: idade, uso prévio de próteses convencionais, tempo da sua utilização, localização das sobredentaduras e tempo da sua utilização, não influenciam de um modo substancial o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.

Correlacionando o gênero com o uso prévio de próteses convencionais e a localização com o tipo de retenção, verificou-se que nenhum destes agentes se influenciam entre si.

4.7) Discussão sobre as aplicações clínicas deste estudo

Este estudo traz segurança para o clínico quando propõe uma sobredentadura, pois a taxa de sucesso aqui demonstrada é muito elevada.

Ajuda-nos a perceber que em termos de retenção o paciente prefere o sistema de barra, porém, sendo um sistema mais laborioso implica uma maior experiência por parte do médico dentista.

Este sistema adverte para as escolhas de tratamento preferidas pelos pacientes edêntulos, em analogia às sobredentaduras, tal como referem os consensos de McGill e York, pois melhora claramente a auto-estima, mastigação, fonética e estética do paciente.

4.8) Discussão sobre as limitações deste estudo e proposta de novos trabalhos

Ao tratar-se de um estudo dependente de terceiros, apresentou limitações importantes relativas à amostra, sendo esta maioritariamente idosa, resultando da pouca disponibilidade no deslocamento à clínica.

O período para a recolha dos dados foi limitado para a obtenção de uma amostra estatisticamente bastante relevante.

Outra barreira que surgiu foi a dificuldade de compreensão relativa a algumas questões, apesar de estarem formulados de uma forma directa.

A formulação do inquérito poderia ter sido mais abrangente, com o objectivo de se realizar um maior número de correlações.

Para se realizar uma comparação fiável entre dados já existentes e os dados obtidos neste estudo, o ideal seria a utilização dos mesmos inquéritos, aplicando os mesmos critérios de inclusão e exclusão, bem como a utilização da mesma análise estatística.

A constante evolução da medicina dentária e a exigência de maior qualidade por parte da sociedade, levanta o problema de resolver novas questões e abertura de novas ideias:

- Visto existir um aumento de população idosa/ edêntula as sobredentaduras são uma das soluções para resolver problemas relacionados com as próteses convencionais. Em virtude de não serem comparticipadas pelo estado, seria interessante torna-las um pouco mais acessíveis economicamente, através do estudo da matéria prima.

5 Conclusão

5) CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos e de acordo com a metodologia descrita no presente estudo, em que foi avaliado o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras, podemos tirar as seguintes conclusões:

1. Os pacientes portadores de sobredentaduras possuem um alto nível de satisfação, atribuindo nível 9 (31% da amostra) numa escala de 1 a 10.
2. O género influencia positivamente o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras. Os pacientes do sexo masculino apresenta uma média de grau de satisfação superior ao feminino (8,73 vs 7,87, respectivamente)
3. A idade não tem influência no grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras
4. O uso ou não prévio de uma prótese convencional não influencia o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras
5. O tempo de utilização das próteses convencionais não influencia o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras
6. O tempo que o paciente possuía a sobredentadura não influencia o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.
7. A localização da sobredentadura na arcada dentária não influencia o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras.
8. O tipo de retenção influencia positivamente o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras, sendo que a retenção em barra possui maior impacto significativo. Os pacientes portadores de sobredentadura com retenção em barra apresentam uma média de satisfação superior ao locator e a outros (8,67 vs 6,06 vs 0,00, respectivamente).

9. O grau de satisfação dos pacientes aquando da utilização da próteses removíveis convencionais influencia o grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentaduras. O grau de satisfação actual é superior ao anterior (8,23 vs 3,61, respectivamente).

10. O grau de satisfação actual influencia positivamente uma possível colocação de uma nova sobredentadura. A média de respostas que afirmam que colocariam novamente uma sobredentadura é superior às respostas negativas (8,75 vs 6,00, respectivamente).

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

1. Assunção WG, Barão VAR, Delben JA, Gomes EA, Tabata LF. A comparison of patient satisfaction between treatment with conventional complete dentures and overdentures in the elderly: a literatura review. *Gerodontology*. 2009; 1-9
2. Jemt T, Book K, Lindén B, Urde G. Failures and complications in 92 consecutively inserted overdentures supported by Brånemark implants in severely resorbed edentulous maxillae: a study from prosthetic treatment to first annual check-up. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1992; 7:162-67
3. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallén O, Ohman A. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw: experience from a ten-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl*. 1977; 16:1-132
4. Lee S, Yang J, Han J. Development of a decision making system for selection of dental implant abutments based on the fuzzy cognitive map. *Exp Syst Applic*. 2012; 39: 11564-11575
5. Meijer HJ, Raghoobar GM, Van't Hof MA. Comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional complete dentures: a 10- yer prospective study of clinical aspects and patient satisfaction. *Int. J. Oral Maxillofac Implant*. 2003; 18(6): 879-85
6. Novaes LCGF, Seixas ZA. Complete dentures prosthesis implants: contemporary techniques and patients satisfaction. *Int J Dent*. 2008; 7(1): 50-62
7. Pocztaruk RL, Vidal RA, Frasca LCF, Rivaldo EG, Gavião MBD, Van der Bilt A. Satisfaction level and masticatory performance of patient rehabilitated with implant-supported overdentures; Nível de satisfação e performance mastigatória de pacientes reabilitados com sobredentaduras suportada por implantes. *Rev Odonto Ciênc*. 2009;24(2):109-15
8. Al-Zubeidi MI, Alsabeeha NHM, Thomson WM, Payne AGT. Patient Satisfaction and Dissatisfaction with Mandibular Two-Implant Overdentures Using Different Attachment Systems: 5-Year Outcomes. *Clin Implant Dent Relat Res* 2010; 1-12
9. Al-Nawas B, Bragger U, Meijer HJA, Naert I, Persson R, Perucchi A, Quirynen M, Raghoobar GM, Reichert TE, Romeo E, Santing HJ, Schimmel M, Storelli S,

- Bruggenkate C, Vandekerckhove B, Wagner W, Wismeijer D, Muller F. A double-blind randomized controlled trial (RCT) of titanium- 13 zirconium versus titanium grade IV small- diameter bone level from implants in edentulous mandibles- Results from a 1- year observation period. *Clin. Implant Dent Relat Res.* 2011; 1-9
10. 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. *The Int. J. Prosthodont.* 2003; 16(2): 117-22
11. Albrektsson T, Blomberg S, Brånemark A, Carlsson GE. Edentulousness: a handicap. Patient reactions to treatment with jawbone-anchored prostheses. *J of Oral Reah.* 1987; 14(6): 481-87
12. Heydecke G, Boudrias P, Awad MA, Albuquerque RF, Lund JP, Feine J. Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant prostheses. Patient satisfaction and choice of prosthesis. *Clin. Oral Impl. Res.* 2003; 14: 125-30
13. Abrahamsson I, Berglundh T, Linder E, Lang NP, Lindhe J. Early bone formation adjacent to rough and turned endosseous implant surfaces. An experimental study in the dog. *Clin. Oral Impl. Res.* 2004; 15: 381-92
14. Gratton D, Aquilino S, Stanford C. Micromotion and dynamic fatigue properties of the dental implant–abutment interface. *J Prosthet Dent.* 2001; 85: 47-52
15. Krebs M, Schmenger K, Neumann K, Weigl P, Moser W, Nentwig GH. Long-Term Evaluation of ANKYLOS[®] Dental Implants, Part I: 20-Year Life Table Analysis of a Longitudinal Study of More Than 12,500 Implants. *Clin Impl Dent and Rel Res.* 2013; 1-12
16. Schwarz M. Mechanical complications of dental implants. *Clin Oral Impl Res.* 2000; 11: 156-58
17. Piattelli A, Pontes AE, Degidi M, Lezzi G. Histologic studies on osseointegration: Soft tissues response to implant surfaces and components. A review. *Dent Material.* 2011; 27: 53-60
18. Martins V, Bonilha T, Falcón-Antenucci RM, Verri ACG, Verri FR. Osseointegration: Analysis of clinical sucess and failure factors. *Rev Odont Araçutuba.* 2011; 32: 26-31

19. Mangano C, Mangano F, Piattelli A, Iezzi H, Mangano A, La Colla L. Prospective clinical evaluation of 1920 Morse taper connection implants: results after 4 years of functional loading. *Clin Oral Impl Res.* 2009; 20: 254-61
20. Hussaini, S., Weiner, S. e Ahmad, M.. Implant Survival Rates in a Condensed Surgical and Prosthetic Training Program for General Practitioners in Dental Implants. *Implant Dentistry.* 2010; 19(1): 73-80
21. Hemmings KW, Schmitt A, Zarb GA. Complications and maintenance requirements for fixed prostheses and overdenture in the edentulous mandible: A 5-year report. *Int J Oral Maxillofac Implant.* 1994; 9: 191-6
22. Walton JN, Ruse ND. In vitro changes in clips and bars used to retain implant overdentures. *J Prosthet Dent.* 1995; 74: 482-6
23. Bergendal T, Engquist B. Implant-supported overdentures: a longitudinal prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implant.* 1998; 13: 253-62
24. Spiekermann H, Jansen VK, Richter EJ. A 10-year follow-up study of IMZ and TPS implants in the edentulous mandible using bar-retained overdentures. *Int J Oral Maxillofac Implant.* 1995; 10(2): 231-43
25. Ekfeldt A, Christiansson U, Eriksson T, Lindén U, Lundqvist S, Rundcrantz T, Johansson LA, Nilner K, Billström C. A retrospective analysis of factors associated with multiple implant failures in maxillae. *Clin Oral Implant Res.* 2001; 12: 462-67
26. Sousa SA, Germano AR, Anselmo SM, Bezerra LAM. Implant supported overdenture and o'ring attachments – a case report. *RFO,* 2007; 3: 69-73
27. Al-Zubeidi MI, Alsabeeha NHM, Thomson WM, Payne AGT. Patient Satisfaction with Maxillary 3-Implant Overdentures Using Different Attachment Systems Opposing Mandibular 2-Implant Overdentures. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012;14(1):11-9.
28. Chee W, Jivraj S. Treatment planning of the edentulous mandible. *Br Dent J.* 2006;201(6):337-47.
29. Goiato MC, Garcia AR, Dos Santos DM, Zuim PRJ. Analysis of masticatory cycle efficiency in complete denture wearers. *J Prosthodont.* 2010;19(1):10-3.
30. 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.* 2010;22(1):13

31. Mericske Stern R, Probst D, Fahrländer F, Schellenberg M. Within Subject Comparison of Two Rigid Bar Designs Connecting Two Interforaminal Implants: Patients' Satisfaction and Prosthetic Results. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2009;11(3):228-37.

32. Nikawa H, Makihira S. Research projects related to complete dentures published in 2008 by members of the Japan Prosthodontic Society. *J Prosthodont Res.* 2009;53(3):103-6.

33. Rashid F, Awad M, Thomason J, Piovano A, Spielberg G, Scilingo E, et al. The effectiveness of 2-implant overdentures—a pragmatic international multicentre study. *J Oral Rehabil.* 2011;38(3):176-84.

34. 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;10(2):93-8.

35. Uçankale M, Akoğlu B, Özkan Y, Ozkan YK. The effect of different attachment systems with implant-retained overdentures on maximum bite force and EMG. *Gerodontology.* 2012;29(1):24-9

36. Nadin PS, Linden MSS, Panisson VP, Nadin MA. Overdenture fixing through O.Ring system for osseointegrated implants. *Passo Fundo.* 2000; 5(2): 55-9

37. Carlsson GE, Hedegard B, Koivumaa KK. Studies in partial dental prosthesis, III. A longitudinal study of mandibular partial dentures with double extension saddles. *Acta Odontol Scand.* 1962; 20:95-119

38. Chiapasco M, Gatti C, Rossi E, Haefliger W, Markwalder TH. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading. *Clin. Oral Impl Res.* 1997; 8: 48-57

39. Albuquerque Júnior RF, Lund JP, Tang L, Larivée J, de Grandmont P, Gauthier G, Feine JS. Within-subject comparison of maxillary long-bar implant-retained prostheses with and without palatal coverage: patient-based outcomes. *Clin. Oral Impl. Res.* 2000; 11(6), 555-65

40. Scmitt A, Zarb GA. The notion of implant-supported overdentures. *J Prosthetic Dentistry.* 1998; 79: 60-5

41. 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 Implant* 1997; 12(6): 758-66
42. Stålblad PA, Jansson T, Jemt T, Zarb G. Osseointegration in overdenture therapy. Preliminary comments. *Swed Dent J Suppl.*1985; 28: 169-70
43. Fragoso WR, Troia Jr MG, Bozzo RO, Vedovello SAS, Vedovello Filho M. Implant-Retained Overdenture. *RGO.* 2005; 53(4): 325-28
44. 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 Implant.* 1997; 12(3): 319-24
45. 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 Implant.* 1997; 12(4): 495-503
46. Waddell JN, Payne AGT, Swain MV, Kieser JA. Scanning electron microscopy observations of failures of implant overdenture bars: a case series report. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2010;12(1):26-38.
47. Waddell JN, Payne AGT, Swain MV. Physical and metallurgical considerations of failures of soldered bars in bar attachment systems for implant overdentures: A review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2006;96(4):283-8.
48. Guljé F, Raghoobar GM, Ter Meulen JWP, Vissink A, Meijer HJA. Mandibular Overdentures Supported by 6-mm Dental Implants: A 1-Year Prospective Cohort Study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2012;14(1):59-66.
49. Visser A, Raghoobar GM, Meijer H, Vissink A. Implant-retained maxillary overdentures on milled bar suprastructures: a 10-year follow-up of surgical and prosthetic care and aftercare. *Int J Prosthodont.* 2009;22(2):181.
50. Heschl A, Payer M, Clar V, Stopper M, Wegscheider W, Lorenzoni M. Overdentures in the Edentulous Mandible Supported by Implants and Retained by a Dolder Bar: A 5-Year Prospective Study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2013;15(4):589-99.
51. Suzuki Y, Osada H, Kobayashi M, Katoh M, Kokubo Y, Sato J, et al. Long-term clinical evaluation of implant over denture. *J Prosthodont Res* 2011;56(1):32-6.

-
52. Watson C, Tinsley D, Sharma S. Implant complications and failures: the complete overdenture. *Dent update*. 2001;28(5):234.
 53. Mahesh L, Silverstein L. Restoring Facial Aesthetics and Function with Implant Overdentures. *Clin Oral Implants Res*. 2011;2(2):6-12.
 54. Lowe LG, Shcherbukhin VM. An implant-supported, cobalt-chromium milled bar and nonflanged attachment-retained overdenture to rehabilitate the edentulous mandible. *J Prosthet Dent*. 2009;102(1):46-51.
 55. Sadowsky SJ. Treatment considerations for maxillary implant overdentures: a systematic review. *J Prosthet Dent*. 2007;97(6):340-8.
 56. Slot W, Raghoobar GM, Vissink A, Meijer HJA. Maxillary overdentures supported by anteriorly or posteriorly placed implants opposed by a natural dentition in the mandible: a 1-year prospective case series study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2014;16(1):51-61.
 57. Widbom C, Söderfeldt B, Kronström M. A Retrospective Evaluation of Treatments with Implant-Supported Maxillary Overdentures. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005;7(3):166-72.
 58. Chen I, Brudvik JS, Mancl LA, Rubenstein JE, Chitswe K, Raigrodski AJ. Freedom of rotation of selected overdenture attachments: An in vitro study. *J Prosthet Dent*. 2011;106(2):78-86
 59. Pasciuta M, Grossmann Y, Finger IM. A prosthetic solution to restoring the edentulous mandible with limited interarch space using an implant-tissue-supported overdenture: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 2005; 93: 116-20
 60. Akkad S, Richards M. Solutions for Severely Angulated Implants in the Mandibular Overdenture: A Clinical Report. *J Prosthodont* 2009;18(4):342-7.
 61. Al-Harbi SA. Implant Supported Milled Bar Mandibular Overdenture With Locator Attachments: Clinical Considerations. *Int Dent*.8(6):54-64.
 62. Cheng AC, Kwok-Seng L, Wee AG, Tee-Khin N. Prosthodontic management of edentulous patient with limited oral access using implant-supported prostheses: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 2006;96(1):1-6.
 63. Schneider AL, Kurtzman GM. Restoration of divergent free-standing implants in the maxilla. *J Oral Implantol*. 2002;28(3):113-6.

-
64. Petropoulos VC, Mante FK. Comparison of Retention and Strain Energies of Stud Attachments for Implant Overdentures. *J Prosthodont.* 2011;20(4):286-93.
 65. Swain MV. Attachment Systems for Mandibular Two-Implant Overdentures: A Review of In Vitro Investigations on Retention and Wear Features. *Int J Prosthodont* 2009;22(5):429-40.
 66. Fromentin O, Lassauzay C, Nader SA, Feine J, de Albuquerque RF, Jr. Wear of matrix overdenture attachments after one to eight years of clinical use. *J Prosthet Dent.* 2012;107(3):191-8.
 67. Kim MS, Yoon MJ, Huh JB, Jeon YC, Jeong CM. Implant overdenture using a locator bar system by drill and tapping technique in a mandible edentulous patient: a case report. *J Adv Prosthodont.* 2012;4(2):116-20.
 68. 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; 23(10):1217-23
 69. Chan MF, Johnston C, Howell RA. A retrospective study of the maintenance requirements associated with implant stabilized overdentures. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 1996; 4(1): 39-43
 70. Walton JN, Ruse ND. In vitro changes in clips and bars used to retain implant overdentures. *J Prosthet Dent.* 1995; 74(5):482-6
 71. Gonda T, Maeda Y, Walton JN, MacEntee MI. Fracture incidence in mandibular overdentures retained by one or two implants. *J Prosthet Dent* 2010;103(3):178-81.
 72. Karabuda C, Yaltrk M, Bayraktar M. A clinical comparison of prosthetic complications of implant-supported overdentures with different attachment systems. *Implant Dent.* 2008;17(1):74.
 73. Krennmair G, Krainhöfner M, Piehslinger E. The influence of bar design (round versus milled bar) on prosthodontic maintenance of mandibular overdentures supported by 4 implants: a 5-year prospective study. *Int J Prosthodont.* 2008;21(6):514.
 74. Nissan J, Oz-Ari B, Gross O, Ghelfan O, Chaushu G. Long-term prosthetic aftercare of direct vs. indirect attachment incorporation techniques to mandibular implant-supported overdenture. *Clin Oral Implants Res* 2011;22(6):627-30.

-
75. Bueno-Samper A, Hernandez-Aliaga M, Calvo-Guirado JL. The implant-supported milled bar overdenture: A literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(2):375-8.
 76. Mogensen M. Uso de barras como mecanismo de ferulización de dientes pilares en prótesis parciales removibles. *Acta Odontol Venez*. 2007;45(3):487-93.
 77. Besimo CE, Guarneri A. In vitro retention force changes of prefabricated attachments for overdentures. *J Oral Rehabil*. 2003;30(7):671-8.
 78. Mericske-Stern R, Probst D, Fahrlander F, Schellenberg M. Within-subject comparison of two rigid bar designs connecting two interforaminal implants: Patients' satisfaction and prosthetic results. *Clin. Impl Dent Rel Res*. 2009; 11(3): 228-37
 79. Landa LS, Cho SC, Froum SJ, Elian N, Tarnow DP. A prospective 2-year clinical evolution of overdentures attached to nonsplinted implants utilizing ERA attachments. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2001; 13(2):151-6
 80. 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; 73(4): 364-9
 81. 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; 69(3): 321-7
 82. Lindquist LW, Carlsson GE. Long-term effects on chewing with mandibular fixed prostheses on osseointegrated implants. *Acta Odontol Scand*. 1985; 43: 39-45
 83. Balaguer J, García B, Peñarrocha M. Satisfaction of patients fitted with implant-retained overdentures. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(2):204-9.
 84. Hoogstraten J, Lamers L. Patient satisfaction after insertion of an osseointegrated implant bridge. *J Oral Rehabil*. 1987;14(5):481-7
 85. Marinus AJ, Van Waas. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *J. Prosthet Dent*. 1990; 63: 307-10
 86. Sandberg G, Stenberg T, Wikblad K. Ten years of patients' experiences with fixed implant-supported prostheses. *J Dent Hyg*. 2000;74(3):210-8
 87. Davis DM, Rogers JO, Packer ME. The extent of maintenance required by implant-retained mandibular overdentures: a 3-year report. *Int J Oral Maxillofac Implant*. 1996; 11: 764-74

88. Petropoulos VC, Smith W, Kousvelari E. Comparison of retention and release periods for implant overdenture attachments. *Int J Oral Maxillofac Implant.* 1997; 12: 176-85
89. Kronström M, Widbom C, Söderfeldt B. Patient Evaluation after Treatment with Maxillary Implant-Supported Overdentures. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2006;8(1):39-43.
90. Rutkunas V, Mizutani H, Takahashi H, Iwasaki N. Wear simulation effects on overdenture stud attachments. *Dent Mater J.* 2011;30(6):845-53.
91. Bryant SR, Walton JN, MacEntee MI. A 5-year randomized trial to compare 1 or 2 implants for implant overdentures. *Br Dent J.* 2015;94(1):36-43.
92. Williams BH, Ochiai KT, Hojo S, Nishimura R, Caputo AA. Retention of maxillary implant overdenture bars of different designs. *J Prosthet Dent.* 2001;86(6):603-7.
93. Ellis JS, Burawi G, Walls A, Thomason JM. Patient satisfaction with two designs of implant supported removable overdentures; ball attachment and magnets. *Clin Oral Implants Res.* 2009;20(11):1293-8.
94. Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, Locker D, Klementi E, Chehade A, Savard, A, Feine JS. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int. Journal of Prosthodont.* 2003; 16(4): 390-96.
95. Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy E. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? The use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology.* 2009; 1-8

Anexos

ANEXO -1-

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitamos a sua participação no estudo "Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras". Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões, relacionadas com a sua sobredentadura.

A sua participação é muito importante, para sabermos a sua opinião acerca deste tipo de próteses.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

(Dra Juliana de Sá)
8070

_____/_____/_____

QUESTIONÁRIO

1 - Sexo

Feminino Masculino

2 - Idade

18 - 30 anos 31 - 40 anos 41 - 50 anos 51 - 60 anos 61 - 70 anos 71 - 80 anos
 81 - 90 anos 91 - 100 anos ≥ 101 anos

3 - O que usava antes da sobredentadura?

Nada P. Parcial Removível P. Total Removível

4 - Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?

< 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

5 - Há quanto tempo colocou a sobredentadura?

1 mês - 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

6 - A sua sobredentadura é?

Superior Inferior Ambas

7 - Qual o sistema de retenção da sua sobredentadura?

Barra Locator® Outros

8 - Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

9 - Está satisfeito com a sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

10 - Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma sobredentadura?

Sim Não



NOVA SAÚDE PARCERIAS, S.A.

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS:

Grau de Satisfação da População Portadora de Sobredentadura

Exmo. Diretor Clínico do Instituto Superior das Ciências da Saúde do Norte,

Professor Doutor José Júlio Pacheco

Eu, Juliana Manuela Barbosa de Sá, aluna do Mestrado de Reabilitação Oral, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação, relativo à tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências de Saúde do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Oral, sob orientação do Prof. Doutor José Manuel Mendes e co-orientação do Mestre António Sérgio Silva, intitulada: Grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentadura.

Os participantes em momento algum serão identificados, sendo os dados recolhidos confidenciais. Acrescento ainda, sob compromisso de honra, que o normal funcionamento da instituição não será colocada em causa.

Em anexo envio uma cópia do consentimento informado, bem como do questionário realizado aos pacientes.

Com os melhores cumprimentos.

Autorização
o Doutor Doutor
23/10/2015
J. Pacheco

ANEXO -3-

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitamos a sua participação no estudo "Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras". Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões, relacionadas com a sua sobredentadura.

A sua participação é muito importante, para sabermos a sua opinião acerca deste tipo de próteses.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

(Dra Juliana de Sá)
8070

_____/_____/_____

QUESTIONÁRIO

1 - Sexo Feminino Masculino

2 - Idade

- 18 - 30 anos 31 - 40 anos 41 - 50 anos 51 - 60 anos 61 - 70 anos 71 - 80 anos
 81 - 90 anos 91 - 100 anos ≥ 101 anos

3 - O que usava antes da sobredentadura? Nada P. Parcial Removível P. Total Removível

4 - Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?

- < 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

5 - Há quanto tempo colocou a sobredentadura?

- 1mês - 1ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

6 - A sua sobredentadura é?

- Superior Inferior Ambas

7 - Qual o sistema de retenção da sua sobredentadura?

- Barra Locator® Outros

8 - Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

9 - Está satisfeito com a sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

10 - Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma sobredentadura?

- Sim Não

ANEXO -3-

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS:

Grau de Satisfação da População Portadora de Sobredentadura

Exma. Dra Sara Silva

Eu, Juliana Manuela Barbosa de Sá, aluna do Mestrado de Reabilitação Oral, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação, relativo à tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências de Saúde do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Oral, sob orientação do Prof. Doutor José Manuel Mendes e co-orientação do Mestre António Sérgio Silva, intitulada: Grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentadura.

Os participantes em momento algum serão identificados, sendo os dados recolhidos confidenciais. Acrescento ainda, sob compromisso de honra, que o normal funcionamento da instituição não será colocada em causa.

Em anexo envio uma cópia do consentimento informado, bem como do questionário realizado aos pacientes.

Com os melhores cumprimentos.

Pedido Deferido
11/12/2014

Sara de Jesus do Oliveira Silva



Juliana
de Sá

Clínica Central da Areosa
R. Dr. Eduardo Santos Silva, 404
4200-280 Porto
NIF.: 508 608 654
Telef.: 225 400 107

ANEXO -3-

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitamos a sua participação no estudo "Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras". Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões, relacionadas com a sua sobredentadura.

A sua participação é muito importante, para sabermos a sua opinião acerca deste tipo de próteses.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

(Dra Juliana de Sá)
8070

_____/_____/_____

QUESTIONÁRIO

1 - Sexo Feminino Masculino

2 - Idade

- 18 - 30 anos 31 - 40 anos 41 - 50 anos 51 - 60 anos 61 - 70 anos 71 - 80 anos
 81 - 90 anos 91 - 100 anos ≥ 101 anos

3 - O que usava antes da sobredentadura? Nada P. Parcial Removível P. Total Removível

4 - Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?

- < 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

5 - Há quanto tempo colocou a sobredentadura?

- 1mês - 1ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

6 - A sua sobredentadura é?

- Superior Inferior Ambas

7 - Qual o sistema de retenção da sua sobredentadura?

- Barra Locator® Outros

8 - Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

9 - Está satisfeito com a sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

10 - Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma sobredentadura?

- Sim Não

ANEXO -4-

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS:

Grau de Satisfação da População Portadora de Sobredentadura

Exma. Dra Ana Sofia Castro

Eu, Juliana Manuela Barbosa de Sá, aluna do Mestrado de Reabilitação Oral, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação, relativo à tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências de Saúde do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Oral, sob orientação do Prof. Doutor José Manuel Mendes e co-orientação do Mestre António Sérgio Silva, intitulada: Grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentadura.

Os participantes em momento algum serão identificados, sendo os dados recolhidos confidenciais. Acrescento ainda, sob compromisso de honra, que o normal funcionamento da instituição não será colocada em causa.

Em anexo envio uma cópia do consentimento informado, bem como do questionário realizado aos pacientes.

Com os melhores cumprimentos.



Pedido defendido

Ana Sofia Castro
DentiCharme, Lda.
Clínica Dentária
Cont. n.º 500 881 730
Rua Dr. Luís Gonzaga, Ed. Tijuca - 1.º B
4990-114 Pente de Lima
T. 288 928 481 • Tm. 964 745 227

ANEXO -4-

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitamos a sua participação no estudo "Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras". Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões, relacionadas com a sua sobredentadura.

A sua participação é muito importante, para sabermos a sua opinião acerca deste tipo de próteses.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

(Dra Juliana de Sá)
8070

_____/_____/_____

QUESTIONÁRIO

1 - Sexo Feminino Masculino

2 - Idade

- 18 - 30 anos 31 - 40 anos 41 - 50 anos 51 - 60 anos 61 - 70 anos 71 - 80 anos
 81 - 90 anos 91 - 100 anos ≥ 101 anos

3 - O que usava antes da sobredentadura? Nada P. Parcial Removível P. Total Removível

4 - Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?

- < 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

5 - Há quanto tempo colocou a sobredentadura?

- 1mês - 1ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

6 - A sua sobredentadura é?

- Superior Inferior Ambas

7 - Qual o sistema de retenção da sua sobredentadura?

- Barra Locator® Outros

8 - Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

9 - Está satisfeito com a sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

10 - Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma sobredentadura?

- Sim Não

ANEXO -6-

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS:

Grau de Satisfação da População Portadora de Sobredentadura

Exmo. Dr. Pedro Luis Moreira

Eu, Juliana Manuela Barbosa de Sá, aluna do Mestrado de Reabilitação Oral, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação, relativo à tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências de Saúde do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Oral, sob orientação do Prof. Doutor José Manuel Mendes e co-orientação do Mestre António Sérgio Silva, intitulada: Grau de satisfação dos pacientes portadores de sobredentadura.

Os participantes em momento algum serão identificados, sendo os dados recolhidos confidenciais. Acrescento ainda, sob compromisso de honra, que o normal funcionamento da instituição não será colocada em causa.

Em anexo envio uma cópia do consentimento informado, bem como do questionário realizado aos pacientes.

Com os melhores cumprimentos.



Deferido

More
Clinic
Pedro Moreira



ANEXO -6-

CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicitamos a sua participação no estudo "Grau de Satisfação dos Pacientes Portadores de Sobredentaduras". Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões, relacionadas com a sua sobredentadura.

A sua participação é muito importante, para sabermos a sua opinião acerca deste tipo de próteses.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

(Dra Juliana de Sá)
8070

_____/_____/_____

QUESTIONÁRIO

1 - Sexo Feminino Masculino

2 - Idade

- 18 - 30 anos 31 - 40 anos 41 - 50 anos 51 - 60 anos 61 - 70 anos 71 - 80 anos
 81 - 90 anos 91 - 100 anos ≥ 101 anos

3 - O que usava antes da sobredentadura? Nada P. Parcial Removível P. Total Removível

4 - Se usou prótese removível, por quanto tempo a utilizou?

- < 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

5 - Há quanto tempo colocou a sobredentadura?

- 1 mês - 1 ano 1 - 5 anos 6 - 10 anos 11 - 15 anos 16 - 20 anos ≥ 21 anos

6 - A sua sobredentadura é?

- Superior Inferior Ambas

7 - Qual o sistema de retenção da sua sobredentadura?

- Barra Locator® Outros

8 - Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

9 - Está satisfeito com a sobredentadura?

Nada Satisfeito

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito Satisfeito

10 - Se fosse hoje, optava por colocar novamente uma sobredentadura?

- Sim Não

ANEXO -6-

Statistics

Sexo

N	Valid	95
	Missing	0

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Feminino	55	57,9	57,9	57,9
Valid Masculino	40	42,1	42,1	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -7-

Statistics

Idade

N	Valid	95
	Missing	0

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
31 - 40 anos	1	1,0	1,0	1,0
41 - 50 anos	5	5,3	5,3	6,3
51 - 60 anos	25	26,3	26,3	32,6
Valid 61 - 70 anos	37	38,9	38,9	71,6
71 - 80 anos	24	25,3	25,3	96,8
81 - 90 anos	3	3,2	3,2	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -8-

Statistics

O que usava antes da
Sobredentadura?

N	Valid	95
	Missing	0

O que usava antes da Sobredentadura?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	21	22,1	22,1	22,1
Valid	P. Parcial Removível	52	54,7	76,8
	P. Total Removível	22	23,2	100,0
	Total	95	100,0	

ANEXO -9-

Statistics

Se usou Prótese Removível, por quanto tempo a utilizou?

N	Valid	74
	Missing	21

Se usou Prótese Removível, por quanto tempo a utilizou?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<1 ano	4	4,2	5,4	5,4
1 - 5 anos	30	31,6	40,5	45,9
6 - 10 anos	19	20,0	25,7	71,6
Valid 11 - 15 anos	7	7,4	9,5	81,1
16 - 20 anos	3	3,2	4,1	85,1
>=21 anos	11	11,6	14,9	100,0
Total	74	77,9	100,0	
Missing System	21	22,1		
Total	95	100,0		

ANEXO -10-

Statistics

Há quanto tempo colocou a

Sobredentadura

N	Valid	95
	Missing	0

Há quanto tempo colocou a Sobredentadura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 mês - 1 ano	21	22,1	22,1	22,1
1 - 5 anos	60	63,2	63,2	85,3
Valid 6 - 10 anos	13	13,7	13,7	98,9
11 - 15 anos	1	1,1	1,1	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -11-

Statistics

A sua Sobredentadura é?

N	Valid	95
	Missing	0

A sua Sobredentadura é?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Superior	26	27,4	27,4
	Inferior	42	44,2	71,6
	Ambas	27	28,4	100,0
	Total	95	100,0	100,0

ANEXO -12-

Statistics

Qual o sistema de retenção da sua Sobredentadura?

N	Valid	95
	Missing	0

Qual o sistema de retenção da sua Sobredentadura?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Barra	79	83,2	83,2	83,2
Valid Locator	16	16,8	16,8	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -13-

Statistics

Estava satisfeito com a situação
que tinha antes da colocação da
Sobredentadura?

N	Valid	95
	Missing	0

Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da Sobredentadura?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	16	16,8	16,8	16,8
2	13	13,7	13,7	30,5
3	28	29,4	29,5	60,0
4	9	9,5	9,5	69,5
5	13	13,7	13,7	83,2
Valid 6	6	6,3	6,3	89,5
7	4	4,2	4,2	93,7
8	3	3,2	3,2	96,8
9	2	2,1	2,1	98,9
10	1	1,1	1,1	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -14-

Statistics

Está satisfeito com a
Sobredentadura?

N	Valid	95
	Missing	0

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	1,1	1,1	1,1
2	1	1,1	1,1	2,1
3	1	1,1	1,1	3,2
4	3	3,2	3,2	6,3
5	5	5,3	5,3	11,6
Valid 6	1	1,1	1,1	12,6
7	10	10,5	10,5	23,2
8	19	20,0	20,0	43,2
9	29	30,5	30,5	73,7
10	25	26,3	26,3	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -15-

Statistics

Se fosse hoje, optava por
colocar novamente um
Sobredentadura?

N	Valid	95
	Missing	0

Se fosse hoje, optava por colocar novamente um Sobredentadura?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	77	81,1	81,1	81,1
Valid Não	18	18,9	18,9	100,0
Total	95	100,0	100,0	

ANEXO -16-

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Está satisfeito com a	Feminino	55	7,87	2,064	,278
Sobredentadura?	Masculino	40	8,73	1,552	,245

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Está satisfeito com a	Equal variances assumed	2,812	,097	-2,197	93	,031	-,852	,388	-1,623	-,082
	Sobredentadura?			Equal variances not assumed						

ANEXO -17-

Descriptives

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
31 - 40 anos	2	7,50	3,536	2,500	-24,27	39,27	5	10
41 - 50 anos	4	9,00	1,155	,577	7,16	10,84	8	10
51 - 60 anos	25	8,68	1,796	,359	7,94	9,42	2	10
61 - 70 anos	37	8,05	1,840	,303	7,44	8,67	1	10
71 - 80 anos	24	8,21	1,911	,390	7,40	9,02	3	10
81 - 90 anos	3	6,33	3,215	1,856	-1,65	14,32	4	10
Total	95	8,23	1,904	,195	7,84	8,62	1	10

ANOVA

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20,448	5	4,090	1,136	,347
Within Groups	320,457	89	3,601		
Total	340,905	94			

ANEXO -18-

Descriptives

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Nada	21	8,10	2,234	,487	7,08	9,11	2	10
P. Parcial Removível	52	8,17	1,855	,257	7,66	8,69	1	10
P. Total Removível	22	8,50	1,739	,371	7,73	9,27	4	10
Total	95	8,23	1,904	,195	7,84	8,62	1	10

ANOVA

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,153	2	1,077	,292	,747
Within Groups	338,752	92	3,682		
Total	340,905	94			

ANEXO -19-

Descriptives

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<1 ano	4	8,75	1,258	,629	6,75	10,75	7	10
1 - 5 anos	30	8,47	2,030	,371	7,71	9,22	1	10
6 - 10 anos	19	7,79	1,619	,371	7,01	8,57	5	10
11 - 15 anos	7	8,43	2,070	,782	6,51	10,34	4	10
16 - 20 anos	3	9,00	1,000	,577	6,52	11,48	8	10
>=21 anos	11	8,36	1,859	,560	7,11	9,61	4	10
Total	74	8,31	1,820	,212	7,89	8,73	1	10

ANOVA

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8,217	5	1,643	,478	,791
Within Groups	233,634	68	3,436		
Total	241,851	73			

ANEXO -19-

Descriptives

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1 mês - 1 ano	21	8,67	1,354	,295	8,05	9,28	4	10
1 - 5 anos	60	8,15	1,849	,239	7,67	8,63	2	10
6 - 10 anos	12	7,67	2,871	,829	5,84	9,49	1	10
11 - 15 anos	2	9,50	,707	,500	3,15	15,85	9	10
Total	95	8,23	1,904	,195	7,84	8,62	1	10

ANOVA

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	11,422	3	3,807	1,052	,374
Within Groups	329,483	91	3,621		
Total	340,905	94			

ANEXO -20-

Descriptives

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Superior	26	8,54	1,476	,289	7,94	9,13	5	10
Inferior	42	7,76	1,792	,276	7,20	8,32	3	10
Ambas	27	8,67	2,304	,443	7,76	9,58	1	10
Total	95	8,23	1,904	,195	7,84	8,62	1	10

ANOVA

Está satisfeito com a Sobredentadura?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	16,825	2	8,412	2,388	,097
Within Groups	324,081	92	3,523		
Total	340,905	94			

ANEXO -21-

Group Statistics

	Qual o sistema de retenção da sua Sobredentadura?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Está satisfeito com a Sobredentadura?	Barra	79	8,67	1,448	,163
	Locator	16	6,06	2,407	,602

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Está satisfeito com a Sobredentadura?	Equal variances assumed	13,021	,000	5,799	93	,000	2,608	,450	1,715	3,502
	Equal variances not assumed			4,183	17,259	,001	2,608	,624	1,294	3,922

ANEXO -22-

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da Sobredentadura?	3,61	95	2,105	,216
Está satisfeito com a Sobredentadura?	8,23	95	1,904	,195

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da Sobredentadura? & Está satisfeito com a Sobredentadura?	95	-,129	,215

ANEXO -22-

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Estava satisfeito com a situação que tinha antes da colocação da Sobredentadura? - Está satisfeito com a Sobredentadura?	-4,621	3,015	,309	-5,235	-4,007	-14,940	94	,000

ANEXO -23-

Group Statistics

	Se fosse hoje, optava por colocar novamente um Sobredentadura?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Está satisfeito com a Sobredentadura?	Sim	77	8,75	1,349	,154
	Não	18	6,00	2,326	,548

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Está satisfeito com a Sobredentadura?	Equal variances assumed	16,745	,000	6,683	93	,000	2,753	,412	1,935	3,571
	Equal variances not assumed			4,835	19,751	,000	2,753	,569	1,564	3,942

ANEXO -24-

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O que usava antes da	Feminino	55	1,16	,660	,089
Sobredentadura?	Masculino	40	,80	,648	,103

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
O que usava antes da Sobredentadura?	Equal variances assumed	,001	,971	2,671	93	,009	,364	,136	,093	,634
	Equal variances not assumed			2,678	85,044	,009	,364	,136	,094	,634

ANEXO -25-

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Há quanto tempo colocou a	Feminino	55	,98	,707	,095
Sobredentadura	Masculino	40	,90	,591	,093

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Há quanto tempo colocou a Sobredentadura	Equal variances assumed	,049	,825	,596	93	,553	,082	,137	-,191	,354
	Equal variances not assumed			,613	91,148	,541	,082	,133	-,183	,347

ANEXO -26-

Group Statistics

	Qual o sistema de retenção da sua Sobredentadura?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A sua Sobredentadura é?	Barra	79	1,04	,775	,087
	Locator	16	,88	,619	,155

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
A sua Sobredentadura é?	Equal variances assumed	1,792	,184	,790	93	,431	,163	,206	-,247	,573
	Equal variances not assumed			,917	25,545	,368	,163	,178	-,203	,529