

Vitor Manuel Branco Rodrigues de Brito

**Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em
Pacientes Submetidos a Reabilitação Oral com
Implantes Dentários**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, para a
obtenção do Grau de Mestre em Cirurgia Oral

Orientador: **Professor Doutor António Correia Pinto**

Agradecimentos

Para a execução desta dissertação, foi de capital importância o apoio de um conjunto de pessoas que, de alguma forma contribuíram para a sua realização.

Deixo aqui expresso o meu agradecimento:

Ao meu orientador da tese, Prof. Doutor António Correia Pinto, pelo incentivo compreensão e disponibilidade para orientar esta tese.

Ao Mestre Dr. Frias Bulhosa, pela disponibilidade e incentivo à realização deste trabalho.

Ao meu grande amigo Prof. Pedro Parreira pela inestimável colaboração, aconselhamento, estímulo e amizade.

Ao meu amigo e colega Júlio Patrício pela colaboração e seriedade colocadas na recolha de dados.

À minha companheira Rosário pela perseverança contagiosa, que com carinho infinito me estimulou na realização deste trabalho.

A todos os que, directa ou indirectamente colaboraram e possibilitaram a realização deste trabalho, expresso os meus sinceros agradecimentos.

Índice Geral

	Pag.
Resumo	
1-Introdução	16
1.1- Qualidade de Vida em Saúde	19
1.2- Saúde Oral	21
1.2.1- Objectivos para a Saúde Oral no futuro segundo a OMS	23
1.2.2- Sistemas de informação na Saúde Oral	25
1.3- Implantes Dentários	27
1.3.1- Evolução histórica da implantologia	27
1.3.2- Fases da reabilitação oral com implantes	30
1.4- Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde e Saúde Oral	39
1.4.1- Instrumentos de Medição de Qualidade de Vida em Saúde	39
1.4.2- Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral	41
2- Problema, Objectivos e Hipóteses	44
2.1- Problema em estudo	45
2.2- Objectivos da investigação	45
2.3- Hipóteses de investigação	46
3- Metodologia	47
3.1- Tipo de estudo e desenho	48
3.2- Tipo e dimensão da amostra	50
3.3- Local e população em estudo	50
3.4- Definição das variáveis em estudo	50
3.4.1- Variáveis socio-demográficas e contextuais	50
3.5- Instrumentos de Medição	51
3.5.1- Oral health Impact Profile-OHIP	51
3.5.2- Health Survey Instrument-SF-36	56

3.6- Questionários construídos	58
3.7- Procedimento	59
4- Resultados	60
4.1- Caracterização da amostra	61
4.2- Caracterização dos instrumentos	70
4.2.1- Caracterização do OHIP	70
4.2.2- Caracterização do SF-36	78
4.3- Propriedades Psicométricas dos Instrumentos	88
4.4- Teste de Hipóteses	91
5- Discussão	104
6- Conclusão	112
Bibliografia	115
Anexos	123

Índice de Figuras

	Pag.
Figura nº1- Componentes dos Sistemas de Informação em Saúde Oral	25
Figura nº2- Modelo dos factores de risco para a promoção da saúde	27
Figura nº3- Modelo Conceptual de Saúde Oral de Locker	52
Figura nº4- Modelo Factorial SF-36 com duas componentes	57

Índice de Quadros

	Pag.
Quadro n.º 1 - Evolução do WHOQOL	41
Quadro n.º 2 - Fases do Estudo	49
Quadro n.º 3 - Desenho do Estudo	49
Quadro n.º 4 - Dimensões da OHIP 49-Port. [2]	54
Quadro n.º 5 - Conteúdo abreviado dos itens e pontuações das escalas do SF-36v2	57
Quadro n.º 6 - Valores do alfa de Cronbach (n=31), para as dimensões do instrumento OHIP	89
Quadro n.º 7 - Valores do alfa de Cronbach (n=31), para as dimensões do instrumento SF-36v2	89

Índice de Tabelas

	Pag.
Tabela nº1 - Distribuição dos respondentes pela variável Idade, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	61
Tabela nº2 - Distribuição dos respondentes pela variável Sexo, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal, Continental no ano de 2005 (n=31)	62
Tabela nº3 - Distribuição dos respondentes pela variável Estado Civil, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	62
Tabela nº4 - Distribuição dos respondentes pela variável Habilitações Literárias, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	62
Tabela nº5 - Distribuição dos respondentes pela variável Profissão, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	63
Tabela nº6 - Distribuição dos respondentes por Região de Residência, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	63
Tabela nº7 - Distribuição dos respondentes pela variável Hábitos Tabágicos, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005(n=31)	64
Tabela nº8 - Distribuição dos respondentes pela variável Número de Cigarros Fumados por Dia, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	64
Tabela nº9 - Distribuição dos respondentes pela variável nº de Consultas de Medicina Dentária por Ano, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	64
Tabela nº10 - Distribuição dos respondentes por Frequência de Escovagem Dentária Diária, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	65
Tabela nº11 - Distribuição dos respondentes pela variável Sangramento Gengival, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	66

Tabela nº12 - Distribuição dos respondentes por Número de Dentes Ausentes na Maxila, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	66
Tabela nº13 - Distribuição dos respondentes por Número de Dentes Ausentes na Mandíbula, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	67
Tabela nº14 - Distribuição dos respondentes por Tempo de Edentulação em anos, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	68
Tabela nº15 - Distribuição dos respondentes por Problemas de Saúde Associados, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	68
Tabela nº16 - Distribuição dos respondentes por Patologias Associados, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	69
Tabela nº17 - Distribuição dos respondentes por atribuição de Importância da Boca em Relação à Saúde em Geral, em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	69
Tabela nº18 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a Dimensão, Limitação Funcional do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	70
Tabela nº19 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Dor Física do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	72
Tabela nº20 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Desconforto Psicológico do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	73
Tabela nº21 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Incapacidade Física do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	74
Tabela nº22 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Incapacidade Psicológica do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	75

Tabela nº23 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Incapacidade Social do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	76
Tabela nº24 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Desvantagem do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	78
Tabela nº25 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Função Física do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	79
Tabela nº26 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Desempenho Físico do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	80
Tabela nº27 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Dor Física do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	81
Tabela nº28 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Saúde Geral do Questionário SF-36 em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	83
Tabela nº29 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Vitalidade do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	84
Tabela nº30 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Função Social do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	85
Tabela nº31 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão Desempenho Emocional do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	86
Tabela nº32 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para os itens que constituem a dimensão Saúde Mental do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	87
Tabela nº33 - Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para o item Mudança de Saúde do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	88

Tabela nº34 - Correlação entre as dimensões do instrumento OHIP, no momento T0	90
Tabela nº35 - Correlação entre as dimensões do instrumento SF-36, no momento T0	90
Tabela nº36 - Teste de normalidade para as dimensões do instrumento OHIP, no momento T0	91
Tabela nº37 - Teste de normalidade para as dimensões do instrumento SF-36, no momento T0	92
Tabela nº38 - Média e Desvio Padrão nas dimensões do instrumento OHIP nos momentos T0 e T1	93
Tabela nº39 - Média ordinal e significância das diferenças por dimensão, nos momentos T0 e T1 do instrumento OHIP	94
Tabela nº40 - Média e Desvio Padrão nas dimensões do instrumento SF-36 nos momentos T0 e T1	95
Tabela nº41 - Média ordinal e significância das diferenças por dimensão, nos momentos T0 e T1 dos instrumentos OHIP e SF-36	96
Tabela nº42 - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões dos instrumentos OHIP e SF-36	97
Tabela nº43 - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento OHIP e a variável satisfação	98
Tabela nº44 - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento SF-36 e a variável satisfação	98
Tabela nº45 - Média e Desvio padrão das diferenças por sexo nas dimensões do instrumento OHIP	99
Tabela nº46 - Média ordinal e significância das diferenças por sexo, nas dimensões do instrumento OHIP	100
Tabela nº47 - Média ordinal e significância das diferenças para os grupos de fumadores e não fumadores nas variáveis do instrumento OHIP	100
Tabela nº48 - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento OHIP e as variáveis: idade, número de cigarros, escova os dentes, falta de dentes na maxila, falta de dentes na mandíbula e tempo de edentulação.	101

- Tabela nº49** - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento SF-36 e as variáveis: idade, número de cigarros, escova os dentes, falta de dentes na maxila, falta de dentes na mandíbula e tempo de edentulação. 102
- Tabela nº50** - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento OHIP e a variável “Importância da boca”. 103
- Tabela nº51** - Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento SF-36 e a variável “Importância da boca” 103

Índice de Gráficos

	Pag.
Gráfico n.º 1 - Distribuição dos respondentes para a variável “Idade” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	61
Gráfico n.º 2 - Distribuição dos respondentes para a variável “Número de consultas de Medicina Dentária por Ano” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	65
Gráfico n.º 3 - Distribuição dos respondentes para a variável “Número de Dentes Ausentes na Maxila” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	66
Gráfico n.º 4 - Distribuição dos respondentes para a variável “Número de Dentes Ausentes na Mandíbula” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)	67
Gráfico n.º 5 - Distribuição dos respondentes para a variável “Tempo de Edentulação” em anos em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	68
Gráfico n.º 6 - Distribuição dos respondentes para a variável “Importância da Boca” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)	69
Gráfico n.º 7 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Limitação Funcional do instrumento OHIP	71
Gráfico n.º 8 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Dor Física do instrumento OHIP	72
Gráfico n.º 9 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Desconforto Psicológico do instrumento OHIP	73
Gráfico n.º 10 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Incapacidade Física do instrumento OHIP	74
Gráfico n.º 11 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Incapacidade Psicológica do instrumento OHIP	75
Gráfico n.º 12 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Incapacidade Social do instrumento OHIP	77
Gráfico n.º 13 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Desvantagem do instrumento OHIP	78

Gráfico n.º 14 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Função Física do instrumento SF-36	79
Gráfico n.º 15 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Desempenho Físico do instrumento SF-36	80
Gráfico n.º 16 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Dor Física do instrumento SF-36, item7	81
Gráfico n.º 17 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Dor Física do instrumento SF-36, item 8	82
Gráfico n.º 18 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Saúde Geral do instrumento SF 36	83
Gráfico n.º 19 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Vitalidade do instrumento SF-36	84
Gráfico n.º 20 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Função Social do instrumento SF-36, item 6	85
Gráfico n.º 21 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Função Social do instrumento SF-36, item 10	85
Gráfico n.º 22 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Desempenho Emocional do instrumento SF-36	86
Gráfico n.º 23 - Distribuição dos respondentes para a dimensão Saúde Mental do instrumento SF-36	88
Gráfico n.º 24 - Gráfico de Dispersão tipo <i>boxplot</i> nas dimensões do instrumento OHIP nos momentos T0 e T1	93
Gráfico n.º 25 - Gráfico de Dispersão tipo <i>boxplot</i> nas dimensões do instrumento SF-36 nos momentos T0 e T1	95

Resumo

O impacto da saúde oral relacionada com a qualidade de vida começou a ser abordado na década de 90, com a introdução de instrumentos válidos e fiáveis capazes de indicar a relação entre a saúde oral e qualidade de vida.

Pretende-se com este estudo, avaliar o Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos a Reabilitação Oral com Implantes Dentários, através de uma amostra de 31 pacientes, atendidos em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 e 2006.

Para a realização deste trabalho, foram utilizados dois instrumentos de medição, o OHIP, *Oral Health Impact Profile*, versão portuguesa OHIP 49-Port [2] e o *Health Survey Instrument SF-36*, versão portuguesa SF-36v2, e questionários construídos com questões de índole sócio-demográfica, contextual e questões abertas de satisfação e de relação entre saúde geral e saúde oral.

Os resultados indicaram que a reabilitação oral com implantes dentários é efectivamente uma mais valia, incrementando qualidade de vida em pacientes total ou parcialmente desdentados, independentemente do sexo ou da idade. Esta mudança, foi estatisticamente significativa quando tratada com o instrumento OHIP 49-Port [2], não se confirmando quando tratada com o instrumento SF-36v2.

Estes resultados afastam-se quando comparados os resultados dos dois instrumentos. O instrumento OHIP 49-Port [2], revelou maior sensibilidade para discriminar as questões de saúde oral, em relação ao SF-36v2 que não revelou essa sensibilidade.

Pensa-se que o estudo poderá ser enriquecido com investigações futuras. O seu aprofundamento poderá passar pelo aumento da dimensão da amostra, inscrevendo uma área demográfica mais abrangente e comparando com outras soluções protéticas.

Abstract

The relationship between oral health and the quality of life began to be studied in the 90s, with the use of valid instruments which would allow to measure the relationship between the two.

This study hopes to evaluate the impact of oral health on the quality of life of patients who have undergone oral rehabilitation with oral Implants. The study implied 31 patients who were attended in dental centres in the centre and south of Continental Portugal in the years 2005 and 2006.

The data for this study was obtained after using two measuring instruments, OHIP, Oral Health Impact Profile, Portuguese version OHIP 49-Port [2] and the Health Survey Instrument SF-36, Portuguese version SF-36v2, and questionnaires including socio-demographic, contextual and client satisfaction questions, as well as questions aiming the relationship between general health and oral health.

The results indicate that the oral rehabilitation with oral implants is a further value in order to, improve the quality of life of patients partially or totally edentulous, whatever their gender or age. This change was statistically significant when treated with the instrument OHIP 49-Port [2], and not confirmed when treated with instrument SF-36v2.

These results differ from each other when comparing the results of both instruments. The instrument OHIP 49-Port [2], showed a greater sensitivity in the discriminating of the oral health when compared to the SF-36v2, which did not show the same sensitivity.

We believe that this study may be enriched by future investigations, including the increase in samples, the cover of a larger demographic area and the comparison of this technic with other alternative forms of prosthesis.

1. Introdução

1. Introdução

O conceito qualidade de vida é geral e abrange uma variedade de condicionantes que podem afectar o indivíduo, nos seus sentimentos e comportamentos relacionados com o quotidiano, não se limitando apenas à sua condição de saúde e intervenções médicas. Possui múltiplas dimensões e resulta da actuação de vários eventos concorrentes, ou seja, é multideterminado. Diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades.

Conceitos subjectivos de bem-estar, felicidade, solidariedade, liberdade, realização pessoal e conceitos objectivos tais como satisfação das necessidades básicas, trabalho, educação, saúde e lazer integram-se na cultura e constituem a noção contemporânea de qualidade de vida. A avaliação de qualidade de vida, pode ser referenciada segundo diferentes critérios que dependem principalmente do grau de progresso alcançado por uma sociedade, seus valores e ideais. O facto da avaliação de qualidade de vida depender de valores e ideais mutáveis no tempo e no espaço faz com que ela seja expressa em termos de desejo, prazer, bem-estar ou satisfação em relação às condições disponíveis para adaptação das pessoas e grupos sociais.

A expressão qualidade de vida é um conceito multidimensional ao qual têm sido atribuídas diversas definições.

A Organização Mundial de saúde (OMS) define a qualidade de vida como “A percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas padrões e preocupações.”¹ É um conceito amplo, abrangente e complexo que interrelaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Para Ferreira², a qualidade de vida é a percepção única e pessoal de vida, marcada por muitos factores interrelacionados, como a situação económica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde podem não alterar os factores que contribuem para a qualidade de vida, mas inevitavelmente afectam a saúde e o estado de saúde.

Num Conceito mais restrito, surge-nos a definição de “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” que segundo Bowling³ é o “nível óptimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepções da saúde, bom nível de condição física, satisfação com a vida e bem-estar”.

Segundo Locker⁴, este conceito é um processo dinâmico difícil de mensurar, e que se refere a algo mais amplo do que a saúde.

A saúde oral, nomeadamente na sua vertente de saúde pública, não é excepção ao que se acabou de referir. Cada vez mais, com o advento de maior informação, novas tecnologias, maior especialização e uma maior exigência por parte dos utentes, a mesma dá um contributo para a qualidade de vida. As doenças orais são as mais comuns das doenças crónicas e são um problema de saúde pública importante, devido à sua prevalência, ao seu impacto no indivíduo e na sociedade e pelo peso económico despendido com os seus tratamentos. Em alguns países a doença oral representa 25% das doenças com maior dispêndio económico⁵.

O impacto da saúde oral relacionada com o bem-estar geral dos indivíduos e qualidade de vida, começou a ser abordado na década de 90, com a introdução de diversos instrumentos efectivos, válidos e confiáveis, capazes de indicar a relação entre a saúde oral e qualidade de vida. As pesquisas em saúde oral, desenvolveram-se com a percepção do peso da doença oral, utilizando instrumentos de medição epidemiológicos tradicionais (incidência e prevalência) que permitem avaliar a forma como a doença oral, sinais e sintomas afectam as actividades da vida diária.⁶

Numerosos estudos demonstraram que muitos adultos têm dificuldade na mastigação, alimentação com dor, e problemas relacionados com interações sociais, devido a distúrbios orais.⁷ Esses mesmos estudos são conclusivos da relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação de vida.

As lesões do aparelho estomatognático, nomeadamente perda de peças dentárias, são geralmente acompanhadas de patologia associada: lesões da articulação temporomandibular, perda de eficácia da função mastigação, dor, dificuldades na alimentação, problemas de auto-imagem, relacionamento social e desconforto psicológico. Com o surgimento de novas abordagens tecnológicas, a possibilidade de reabilitação protética na ausência parcial ou total dentes, evoluiu de meros similares dentários removíveis, para peças fixas muito semelhantes aos homólogos dentes naturais, com o surgimento dos implantes dentários.

Quando apareceu esta técnica de reabilitação protética oral, na década de 70, os materiais utilizados eram ainda não bio compatibilizados, e com *design* desfavorável, o que dificultava a sua utilização massiva. Recentemente, o emprego de implantes orais sofreu um acentuado desenvolvimento devido a factores tais como as inovações ao nível da imagiologia, surgimento de técnicas cirúrgicas auxiliadas por simulação em

computador e a utilização de enxertos ósseos ou de similares o que permite o aumento do volume ósseo sempre que necessário. Actualmente, os implantes orais são considerados a forma de reabilitação protética oral mais próxima, quer no aspecto estético quer no funcional, dos dentes naturais.

A reabilitação protética com implantes, consiste na ancoragem de um ou de um grupo de dentes ao substrato ósseo de forma a que se verifique uma estabilidade mastigatória e articular, promovendo a eficácia funcional com benefícios na fonética, bem como melhorias no aspecto estético, promovendo consequentemente a melhoria da auto imagem.

Neste contexto, a utilização de implantes promove um contributo fundamental na satisfação do utente, com consequentes repercussões na qualidade de vida. Nunca poderá existir uma boa qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito, sendo o ponto de vista deste um resultado importante do serviço prestado. Neste sentido, surge a necessidade premente em efectuar estudos que visem comprovar a eficácia terapêutica, da reabilitação protética oral com implantes, evidenciando as suas vantagens na melhoria da qualidade de vida do utente. Assim, orienta-se este estudo de modo a avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida em pacientes submetidos a reabilitação oral com implantes dentários, utilizando simultaneamente um Questionário de Estado de Saúde o SF-36, e uma escala específica de Estado de Saúde Oral o OHIP. Justifica-se esta associação avaliar o comportamento paralelo face ao conceito individual de ganhos em qualidade de vida em pacientes submetidos a reabilitação oral com implantes dentários

1.1 Qualidade de Vida em Saúde

O conceito Qualidade de vida tem sofrido evolução e reflectindo as suas definições, quer as diversas perspectivas de abordagem, quer a necessidade sentida de adequar estes conceitos de qualidade, na sua maioria com origem na indústria, às especificidades da saúde.

Do ponto de vista histórico, “qualidade de vida” foi um conceito político, o interesse pelo conceito e por outros tais como “ padrão de vida” estava inicialmente muito ligado à diminuição da mortalidade e ao aumento das expectativas de vida. No entanto, a preocupação com este conceito foi-se desenvolvendo no âmbito das ciências Humanas, Sociais e Biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que

o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento das expectativas de vida na determinação de níveis de qualidade de vida. Ou seja é dada maior atenção ao indivíduo na sua globalidade, independentemente do seu estado de saúde.

Lyndon Jonhson, presidente dos Estados Unidos foi o primeiro a empregar a expressão qualidade de vida ao declarar em 1964 “Os objectivos não podem ser medidos pelo tamanho da nossa conta bancária, eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas.”⁸

Na área da medicina e da saúde, as publicações sobre qualidade de vida só aumentaram significativamente na década de 70. A evolução da medicina, o aumento da esperança de vida, o aumento das doenças crónicas, o crescimento dos custos em saúde, faz-se num ambiente em que há um interesse crescente pela qualidade. Os progressos clínicos e organizacionais vão aumentando, mas a expectativa dos utentes e todos os utilizadores dos serviços de saúde em relação à qualidade na saúde são cada vez mais elevadas. A qualidade na saúde, surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um seu atributo essencial.

A qualidade de vida entendida enquanto fenómeno que se inter-relaciona com as diversas dimensões do ser humano tem sido objecto de inúmeros estudos na comunidade científica. A falta de consenso em torno da sua definição tem levado muitos estudiosos a empregar o termo qualidade de vida de forma reduzida e indiscriminada desconsiderando a sua riqueza e complexidade, associando o termo ao conceito restrito de saúde, no sentido de ausência de doença e de bem estar físico. No entanto, tem que se ter em conta que a multidimensionalidade de aspectos na Qualidade de vida é congruente com a multidimensionalidade de aspectos na doença tendo em conta factores físicos, cognitivos, afectivos, sociais e económicos.⁸ É um conceito amplo abrangente em que nenhum componente isoladamente é suficientemente amplo para abranger todos os aspectos da qualidade.

A Organização Mundial de Saúde constituiu um grupo de Qualidade de vida (grupo WHOQOL) com o objectivo de desenvolver instrumentos para avaliar a qualidade de vida numa perspectiva transcultural. No entanto, e como já foi referido anteriormente devido à falta de consenso, o primeiro passo foi reunir especialistas de várias partes do mundo e criar uma definição do conceito. É um conceito amplo, que abrange a complexidade do constructo e interrelaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações pessoais e crenças pessoais. “A percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de

valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹ A OMS (Organização Mundial de Saúde) identifica como componentes da qualidade dos cuidados de saúde, o elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, risco mínimo para os doentes, satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos.

Segundo Pisco et al⁹, a qualidade em saúde tem que ter algumas características que a diferenciam de outros sectores, nomeadamente o da indústria. São elas as seguintes:

Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais.

É pró-activa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado.

Tem de reunir integradamente como atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

A integração da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde e dos cidadãos em geral nos processos de tomada de decisão, no respeito das suas necessidades e expectativas, é hoje também uma exigência natural. Qualquer que seja o conceito que possamos escolher para definir qualidade de vida terá sempre que enquadrar a visão do utente, nunca poderá haver uma elevada qualidade dos cuidados de saúde se o utente não estiver satisfeito. Segundo Selpúlvara¹⁰ essa satisfação / qualidade terá a ver com factores fundamentais como a técnica, com a relação interpessoal que se estabelece com o utente prestador e com as características do estabelecimento de saúde e dos próprios cuidados.

1.2 Saúde Oral

A parte final do século XX sofreu uma transformação única na saúde em geral e saúde oral. A década passada foi um tempo de mudanças significativas de saúde a nível internacional, a compreensão das causas e consequências da saúde está em mudança.

No entanto, apesar de todas as proezas e factores nas recentes décadas, milhões de pessoas de todo o mundo estão excluídas dos benefícios dos avanços e desenvolvimentos sócio económicos e científicos que melhoraram os cuidados de saúde e qualidade de vida. As limitações financeiras, falta de infra-estruturas, conhecimentos e

investigação, são algumas das razões para o aumento da fenda entre necessidades, serviços prestados e políticas que contemplem os problemas de saúde oral. No mundo global, com a abertura de mercados rapidamente se mudaram os hábitos alimentares e estilos de vida. A confecção dos alimentos foi alterada com aumento do consumo de açúcar e sal bem como o aumento do consumo de álcool e tabaco, tudo isto tendo um efeito nocivo para a saúde oral e saúde em geral das populações.

O peso, responsabilidade da doença oral é particularmente elevado nas populações mais desfavorecidas e mais pobres nos países em vias de desenvolvimento. A doença oral tal como a cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes, lesões da mucosa oral, cancro da oro faringe, HIV/SIDA (relacionado com a doença oral) e trauma oro dentário são os maiores problemas de saúde pública do mundo. Segundo Petersen et al¹¹ “Uma pobre saúde oral tem repercussões profundas na saúde geral e qualidade de vida” e a diversidade dos padrões e desenvolvimento da saúde oral nos diferentes países, reflectem perfis de risco distintos e implementação de programas preventivos distintos de saúde oral.

Inúmeras pesquisas epidemiológicas comprovaram o papel importante do comportamento social e factores do meio ambiente na saúde e doença oral. Condições de vida precárias acarretam maior factor de risco, relacionando falta de saúde com estilos de vida (dieta, nutrição e higiene oral pobres, consumo de tabaco e álcool) e o acesso limitado aos serviços de saúde oral. Programas de saúde pública com implementação de medidas efectivas para prevenção da doença oral e promoção da saúde são uma necessidade urgente.¹¹ A compartimentalização da boca em relação ao resto do corpo é uma atitude que deverá mudar, uma vez que a saúde oral afecta a saúde em geral interferindo com factores tais como a dor, alimentação, mastigação, sorriso e comunicação tendo grande impacto na vida diária.⁵

Os custos com a saúde oral são consideráveis, uma vez que a doença oral condiciona as actividades escolares, profissionais e domésticas causando grande grau de absentismo em todo o mundo e baixa de produtividade. Na saúde oral, a cárie dentária e a doença periodontal são os problemas mais representativos da doença oral. A cárie dentária é ainda o maior problema de saúde dos países mais industrializados afectando entre 60 e 90% na idade escolar e uma vasta maioria de adultos, embora a tendência seja para a diminuição. O impacto da doença oral no indivíduo e nas comunidades tem um resultado considerável com um quadro de dor, sofrimento, déficite funcional, redução da qualidade de vida essencialmente nas populações e grupos desfavorecidos. O peso da

doença oral na população idosa é elevado e tem um efeito negativo na qualidade de vida.¹¹

1.2.1 Objectivos para a Saúde Oral no futuro segundo a OMS

A Organização Mundial de Saúde nos seus projectos tenta sempre evidenciar e transmitir que a saúde oral é uma parte integrante da saúde e essencial para a qualidade de vida. O objectivo da Organização Mundial de Saúde, programa de saúde oral é reordenar e acordar novas estratégias de prevenção e promoção da saúde, desenvolvendo políticas globais de promoção da saúde oral e prevenção da doença

A OMS¹² identifica como áreas prioritárias nos programas de saúde oral as seguintes:

- Efectivo uso de fluretos para prevenção de cáries com manutenção e implementação de níveis de fluretos constantes e adequados;
- Saúde oral e prevenção da doença, sensibilizando para dieta, redução do consumo de açúcar e incrementando o consumo de fruta e vegetais;
- Envolver os profissionais de saúde para a relação tabaco/doença oral no sentido da cessação e prevenção do início do seu consumo;
- Desenvolvimento de programas de saúde oral nas escolas;
- Promoção da saúde oral nas populações mais idosas;
- Integração da saúde oral nos programas de saúde pública de cada país, inter relacionando-a com a saúde em geral e qualidade de vida;
- Desenvolvimento de um sistema de saúde oral e orientação para a prevenção e promoção na saúde;
- Estimular a prevenção da doença oral nos portadores de HIV e SIDA principalmente nos países em desenvolvimento;
- Desenvolvimento de sistemas de informação de saúde oral; evidência nas políticas de saúde oral, formulação de objectivos e medição dos progressos;
- Investigação na saúde oral, ultrapassando as diferenças de investigação entre os países desenvolvidos e os não desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Recentemente a OMS em conjunto com a FDI (Federação Dentária Internacional) e a IADR (International Association for Dental Research), prepararam as metas da saúde oral para o ano 2020.¹³ O grupo de trabalho foi constituído por elementos representantes das organizações acima referidas das diferentes regiões do mundo, e o documento resultante foi divulgado pelas associações dentárias nacionais. Nele foram planeados e definidos quais os objectivos e metas padronizadas para a saúde oral até ao ano de 2020:

Metas

Minimizar o impacto da doença oral na saúde e desenvolvimento psicossocial, dando ênfase à promoção da saúde oral e reduzindo a mesma nas populações.

Minimizar o impacto das manifestações orais de doenças sistémicas nos indivíduos e sociedade e usar estas manifestações para diagnóstico precoce e efectivo de doenças sistémicas.

Objectivos

Os objectivos passam pela redução da mortalidade e morbilidade provocadas pelas doenças orais e aumento da qualidade de vida. Pela criação de programas e políticas de sistemas de saúde oral com maior acessibilidade aos sistemas de saúde.

Uma integração da saúde oral nos outros sectores da saúde, diminuição dos factores de risco assim como redução das desigualdades nos cuidados de saúde entre países com diferentes capacidades económicas. Promover a responsabilidade social e prática ética de cuidados prestados.

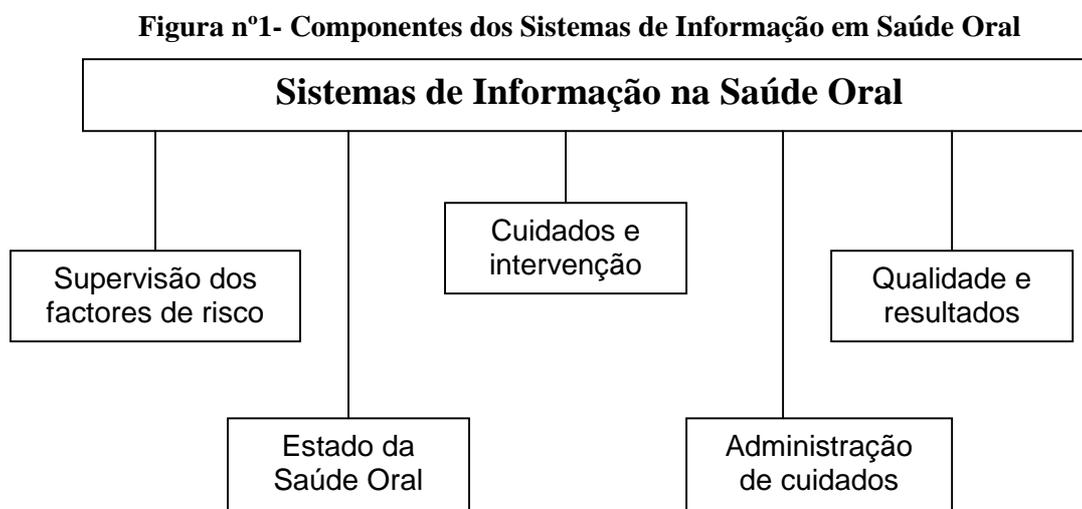
Alvos

Os alvos principais passam pela redução de factores tais como; a dor, desordens funcionais, doenças infecciosas, cancro da oro faringe, manifestações orais em pacientes com HIV, cancro oral, traumatismos, anomalias crânio-faciais, cárie dentária, anomalias no desenvolvimento dentário, doença periodontal, doenças da mucosa, distúrbios das glândulas salivares, perda de dentes. É também referido a melhoria dos cuidados e serviços de saúde bem como os sistemas de informação de cuidados de saúde.

Para pôr em prática os objectivos descritos, a Organização Mundial de Saúde utiliza sistemas de informação.

1.2.2 Sistemas de Informação na Saúde Oral

A Organização Mundial de Saúde¹⁴ tem uma tradição antiga na pesquisa metodológica e supervisão em saúde oral. A base de dados de saúde oral da Organização Mundial de Saúde foi estabelecida em 1967. Esta surgiu da recolha de informação resultante de pesquisas sobre cáries dentárias em crianças particularmente nos países muito industrializados. Muitas das pesquisas que despertaram interesse nesses países foram inicialmente motivadas pela necessidade de planear serviços de saúde oral ou organizar programas de intervenção de saúde pública. Para se assegurar que os dados eram fiáveis a OMS criou instrumentos para recolha de dados, e foram recomendados critérios standard para as diferentes situações clínicas. Informações do estado de saúde oral para monitorizar os padrões de doença, representam um componente essencial dos sistemas de informação em saúde oral. Componentes esses que podem ser observados na figura nº1.



Fonte: Petersen OMS 2000

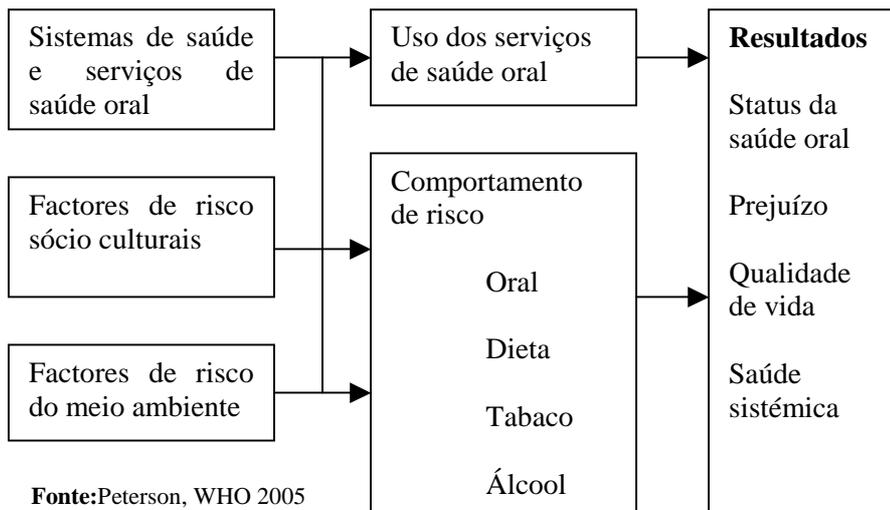
Em adição para a informação epidemiológica os decisores e planeadores de saúde necessitam de informação acerca dos factores de risco em saúde oral (fig.2), saúde oral e qualidade de vida, serviços de cobertura informativa e utilização de serviços de saúde oral, intervenção e cuidados, procedimentos administrativos e qualidade dos cuidados e serviços.

Em 1996 a OMS criou uma base de dados online suportada pelo Centro de Colaboração em Saúde Oral da Universidade de Malmo na Suécia, e na Universidade de Niigata, no Japão. O denominado CAPP (Country/Áreas Profile Programme) até ao presente, fornece informação individual dos países, em doença oral incluindo dados dos programas de saúde oral , educação oral e recursos humanos. Os dados são obtidos de literatura científica fornecida pela OMS e relatórios de Ministérios da Saúde. A base de dados foi designada para precocemente usar a informação cujo alvo são os profissionais de saúde oral, políticos, planeadores de saúde, universidades e público em geral. O utilizador pode seleccionar um país e em adição os dados do país em saúde oral. O CAPP providencia uma base de dados de ideias e experiências relacionados com programas de saúde oral, bem como a facilidade do acesso a outras importantes bases de dados como por exemplo a PUB Med. e programas técnicos da OMS.

Nos anos recentes, a Comissão Europeia suportou o desenvolvimento do Centro Europeu de Indicadores Globais de Saúde Oral. O objectivo deste projecto internacional foi ajudar a identificar os indicadores básicos da saúde oral, para supervisão europeia dos sistemas e poder assim providenciar uma base para comparação, entre países, dos sistemas de saúde oral. Nos sistemas de informação de saúde oral foram designados indicadores focando particularmente o estado de saúde, morbidade e função oral, determinantes do comportamento, modelos de saúde oral e saúde oral relacionada com qualidade de vida.

Em termos futuros, para prever a responsabilidade, o peso da doença crónica incluindo a doença oral na população, bem como para identificar potenciais intervenções para reduzir o peso dessa doença impõe-se que os dados possam ser utilizados efectivamente para informações políticas, prevenção e controle das actividades de saúde. Com as bases de dados é possível comparar estimativas dos factores de risco e determinadas doenças.

Figura n.º 2- Modelo dos factores de risco para a promoção da Saúde Oral



Os sistemas de informação de saúde oral são importantes nas iniciativas de saúde pública e programas para a avaliação e objectivos na saúde. A existência de bases de dados globais, regionais e nacionais na saúde oral foram usados para análises epidemiológicas da doença oral e avaliação dos resultados dos sistemas e programas preventivos de saúde oral. Implementar qualidade nos sistemas de informação mundial da saúde oral pode ajudar nos programas de prevenção e promoção da saúde em benefício dos grupos e populações mais desfavorecidos

1.3 Implantes Dentários

1.3.1 Evolução histórica da implantologia

Os implantes dentários são raízes artificiais similares às dos dentes naturais que permitem o apoio nas mesmas de um dente perdido integralmente.

O uso de implantes cilíndricos colocados nos processos alveolares, despertou interesse há mais de 1500 anos, quando na América Central, num crânio precolombiano foi encontrada uma pedra fina esculpida e inserida como um dente.

Em 1901 Payne, descreveu o uso de uma cápsula de prata como um implante para substituir um dente perdido.¹⁵

Quando apareceu esta técnica de reabilitação prótica oral, os materiais utilizados eram ainda não bio compatibilizados, e com design desfavorável o que dificultava a sua utilização massiva.

Segundo Albrektsson et al¹⁶ no início dos anos 60, Branemark e colaboradores da Universidade de Goteborg iniciaram o desenvolvimento de um novo implante que para a função clínica dependia de uma ancoragem directa no osso denominada osteointegração, que representa uma conexão directa entre o osso e o implante sem interposição de camadas de tecidos moles. Os resultados foram publicados em 1977 por Branemark, Hansson e Adell após cerca de 10 anos de utilização de implantes em titânio e nos quais se demonstrava a biocompatibilidade e osteointegração deste material. Esta osteointegração à época não foi bem aceite havendo cepticismo em relação à mesma e suas potencialidades. Esse cepticismo poder-se-ia justificar pelo facto de não haver métodos disponíveis para ressecar o tecido ósseo sem remoção do implante metálico, impedindo a evidencia histológica da osteointegração.

O primeiro investigador a demonstrar claramente a osteointegração, pesquisando os implantes ancorados directamente no osso foi Schroeder na Suíça durante a década de 70. A sua equipa, empregou técnicas recém desenvolvidas para cortar cuidadosamente o osso não descalcificado e o implante, sem separação prévia da ancoragem. Com a ajuda de excelentes ilustrações para a época foi provado inequivocamente o contacto directo entre o osso e o implante.

Em 1981 Albrektsson et al¹⁶ apresentaram informação sobre uma série de factores importantes que devem ser controlados para se obter a osteointegração do implante tais como; a biocompatibilidade, o desenho do implante, a condição de superfície do mesmo, o terreno cirúrgico, a técnica cirúrgica utilizada para colocação do implante e as condições das cargas aplicadas sobre o mesmo após a sua instalação.

Segundo Taylor et al¹⁷, após a interiorização do conceito de osteointegração operaram-se as mais profundas mudanças nos tratamentos prostodônticos. Os resultados de tratamentos protéticos planeados mudaram para sempre e em curto período de tempo. As principais alterações tornaram-se mais valias nos âmbitos da função, da estética e da longevidade de um tratamento protético.

Actualmente, os implantes orais são considerados a forma de reabilitação prótica oral mais próxima dos dentes naturais quer no aspecto estético quer no funcional. Segundo Dubruille et al¹⁸, o desenvolvimento da implantologia, actualmente, é devido a vários factores tais como:

- Precisão na avaliação do volume e qualidade do osso, graças às actuais técnicas de imagiologia médica;
- Novas técnicas cirúrgicas que podem ser coadjuvadas por simulação em computador;
- A utilização de enxertos ósseos ou de similares ósseos de origem animal ou sintética, permitindo recrear um volume de osso suficiente ao exercício da técnica.

Os implantes são feitos em titânio devido às suas características de bio compatibilidade com o tecido ósseo e o meio bucal e também pela resistência desse metal às forças a que são submetidos durante a mastigação, passando assim a ser o metal de eleição de todos os tipos de marcas de implantes. O titânio reage com o oxigénio ambiente formando uma superfície de óxido bio compatível de 600 a 1000nm. A superfície dos implantes é tratada aplicando jacto de areia e ataque ácido ou termo ácido para criar uma gama de aspereza de superfície de 50 a 120 nm, o que permite a justaposição do osso com a superfície do óxido de titânio, assim aumentada de 20 a 70%, conferindo também a rugosidade uma retenção mecânica. Estas propriedades conferem ao implante grande estabilidade e resistência para enfrentar as forças a que fica submetido. O osso cortical confere a maioria do apoio ao implante. As forças aplicadas na prótese são na sua maior parte aplicadas à área onde o implante emerge do córtex.¹⁹

Em relação à sua forma, o tipo de implantes utilizados antes da era da osteointegração foram os justa-ósseos (que eram colocados entre o osso e a gengiva), os agulhados (em forma de agulha, sendo colocados de três em três, para formar um trípodo) os laminados (em forma de laminas, colocado numa canaleta aberta no osso). Actualmente os cilíndricos (em forma de parafuso) são os utilizados.

Estudos recentes²⁰, sugerem o mesmo nível de sucesso clínico quando comparados os implantes curtos (6 a 8mm de comprimento) e implantes longos, pelo que, o sucesso deste tipo de tratamento parece estar mais relacionado com as características do osso de suporte do que com o comprimento do implante. Acresce referir que a utilização de implantes curtos simplifica e reduz o risco de interferência com estruturas anatómicas.

1.3.2 Fases da reabilitação oral com implantes

Geralmente, a colocação de implantes decorre em quatro etapas distintas:

- Exame e diagnóstico clínicos
- Fase cirúrgica, ou seja a colocação de implantes.
- Fase protética que corresponde à confecção e colocação da prótese.
- Fase de manutenção, em que se procede à vigilância periódica dos implantes.

Exame e diagnóstico clínicos

Um exame pré-operatório bem executado e um plano de tratamento completo, são pré-requisitos para um tratamento bem sucedido com implantes dentários. O resultado está intimamente relacionado com as condições de saúde do paciente. Erros de diagnóstico e tratamento de situações patológicas dentárias ou periodontais podem predizer de modo significativo resultados de tratamentos com implantes orais a curto ou longo prazo.²¹

Segundo Lekholm²², o sistema de implantes Branemark propõe um protocolo, aplicável a outros sistemas de implantes, que consiste em:

Exame inicial (avaliação protética)

Exame secundário (avaliação cirúrgica)

Plano de tratamento (avaliação protética e cirúrgica)

No exame inicial, após a análise das condições gerais de saúde do indivíduo e eliminadas as contra-indicações a esta forma de reabilitação oral, pode orientar-se o paciente para a colocação de implantes.

Num paciente proposto para reabilitação oral implantes, o médico-dentista deve inicialmente identificar os problemas orais que o paciente possui. É também importante abordar as considerações estéticas e funcionais do resultado da reabilitação, a fim de identificar as expectativas do paciente. Qualquer sinal de expectativas não realistas deve ser identificado e discutido, assim não sendo haverá problemas de insatisfação no final do tratamento. Devem ser apresentadas ao paciente as diversas alternativas protéticas.

Aquando da cirurgia para colocação de implantes nenhuma situação patológica, tal como, estomatites, candidíases, hiperplasias, tumores, restos radiculares, periodontites, lesões periapicais, infecções residuais da maxila ou mandíbula, podem estar presentes.

Deverão também ser avaliados os possíveis defeitos ósseos do sítio cirúrgico. Segundo Tinti et al²³ a classificação dos defeitos ósseos tem como objectivo auxiliar o clínico a adequar as opções terapêuticas e a organizar o tratamento, bem como normalizar a nomenclatura médica, para otimizar a comunicação.

Os mais habituais são os seguintes:

Lesões pós-extracção - Pode haver uma reabsorção significativa durante o primeiro mês de cicatrização. As opções terapêuticas podem passar pela colocação imediata do implante ou de um procedimento regenerativo ósseo para prevenção de desenvolvimento de morfologia incompatível com a colocação dos implantes.

Fenestrações - São defeitos vestibulares, linguais ou palatinos, que consistem num defeito da espessura de osso, dando lugar a exposição parcial do implante completamente circundado de osso. Esta exposição pode variar de insignificante (classe I) ou significativa (classe II). Estes defeitos podem ser corrigidos através regeneração óssea guiada.

Deiscência - Defeito da espessura óssea das paredes vestibular, lingual, ou palatina que expõe o implante em direcção apical. As opções de correcção terapêuticas são semelhantes às das fenestrações.

Defeitos horizontais - Defeito de espessura com consequente exposição de mais de 50% do diâmetro do implante.

Defeitos verticais do rebordo - Existe uma perda tridimensional do rebordo ósseo de grande extensão, não permitindo a colocação de implantes. Classe I perda inferior a 3mm, classe II superior a 3mm. Os implantes de pequena dimensão podem ser uma solução adequada, outras possibilidades são enxerto ósseo em bloco e utilização de membranas, colocando o implante em segunda fase cirúrgica, também a distração óssea, combinada com enxerto em bloco, elevação do seio.

Em exame secundário, os pacientes propostos para implantes devem reunir condições gerais de saúde e estar psicologicamente preparados para suportar os procedimentos cirúrgicos. Embora o sexo do paciente não tenha influência, as mulheres na menopausa apresentam maior propensão para a osteoporose. A idade não parece influenciar o sucesso da integração²², contudo, os processos de cicatrização nos indivíduos idosos são mais lentos e os potenciais riscos de infecção são maiores. Por outro lado, em fase de crescimento nos indivíduos jovens, os implantes colocados podem ficar em infra-oclusão, pois não acompanham o crescimento e o

desenvolvimento dos arcos, comportando-se como dentes anquilosados. Em suma, não é a idade cronológica que deverá ser tomada em consideração, mas sim a maturação esquelética.²⁴

Para a cirurgia de implantes, bem como para outras cirurgias, existem contra-indicações absolutas e contra-indicações relativas, que devem ser identificadas nesta fase, diagnóstica.^{25, 22}

As contra-indicações absolutas mais frequentemente relatadas são:

- Doenças sistêmicas, como neoplasias em desenvolvimento e SIDA. Mesmo em pacientes HIV-positivos, a cirurgia não deverá ser opção, já que poderá complicar no futuro devido aos mecanismos de defesa, aumentando risco de infecção.
- Enfarte do miocárdio recente, prótese valvular e outras doenças cardíacas, a não ser que haja autorização do cardiologista responsável pelo paciente. Também pacientes com patologia valvular, e em utentes com história recente (período inferior a seis meses) de enfarte do miocárdio.
- Patologias da coagulação, como hemofilia, trombocitopenia, leucemia aguda e agranulocitose, são patologias que apresentam riscos de hemorragia e que dificultam a cicatrização dos tecidos. Em caso de suspeita, análises laboratoriais devem ser requeridas.
- A utilização de terapêutica anti-coagulante, ou qualquer outra terapêutica que dificulte a coagulação pode influenciar a hemostase e a cicatrização.
- Patologia renal grave, é uma das contra-indicações mais importantes para colocação de implantes e enxertos cirúrgicos de osso, devido aos riscos imediatos. Também pelas perdas de cálcio a que estes pacientes estão sujeitos.
- Doenças psiquiátricas, são risco potencial pois estes pacientes podem não ter a capacidade de colaborar, quer no pós-operatório quer na manutenção. A própria terapêutica pode não ser compatível com alguns anestésicos.
- Diabetes resistentes não controlada por tratamento.

- Osteoporose secundária generalizada, uma vez que a osteointegração do implante neste tipo de pacientes não acontece, devido a uma rarefacção das tábuas corticais e das trabéculas ósseas.
- Infecções agudas não controladas, como por exemplo as do trato respiratório, podem influenciar negativamente o tratamento.

As contra-indicações relativas para a reabilitação oral com implantes, verificam-se em pacientes com doenças crónicas. Contudo, sob determinados procedimentos e precauções, por vezes são passíveis de ser reabilitados e, são as seguintes:

- Pacientes com diabetes, em que o risco de infecções é aumentado e o potencial de cicatrização é diminuído. A cirurgia deverá ser realizada sob o efeito de cobertura antibiótica e com em condições de glicemia compensada.
- Pacientes submetidos a radioterapia na região da mandíbula, apresentam também riscos potenciais quando sujeitos a cirurgia com implantes dentários, devido à possível ocorrência de osteorradionecrose. Neste âmbito tem sido sugerido a sujeição à terapia com oxigénio hiperbárico.
- A quimioterapia parece ter pouco efeito no sucesso da osteointegração de implantes dentários, se os implantes forem colocados antes ou após o tratamento quimioterápico.
- Pacientes fumadores apresentam a longo prazo taxas de sucesso inferiores pois a osteointegração e a remodelação óssea são deficientes.
- Pacientes alcoólicos e tóxico-dependentes apresentam riscos potenciais, devido a deficiências da cicatrização e riscos de infecção aumentados.
- A existência de lesões como o líquen plano, podem originar perda dos implantes colocados.
- Tratamentos com corticoesteroides, por provocarem osteoporose e consequentemente menor capacidade de osteointegração.

As avaliações radiográficas nesta fase são muito importantes com o objectivo de identificar acidentes anatómicos, qualidade e disponibilidade óssea. No entanto, dever-se-á ter em conta o custo/benefício sempre que se pretende obtenção de informação clínica, não ignorando que os custos não são meramente de índole financeira, pois a exposição à radiação X acarreta riscos não menos importantes. Aumentando o número

de indivíduos com indicação para receber tratamentos com implantes, existe o risco de aumento de dose de radiação na população.

A técnica radiográfica de eleição é a da radiografia intra-oral do paralelismo, que incide perpendicularmente a uma tangente que passa pelo arco dentário nas áreas de interesse. Nas regiões edêntulas, esta técnica fornece uma informação valiosa a respeito da dimensão mesiodistal desta região, bem como da altura óssea disponível, e relativa ao seio maxilar ou ao canal do dentário inferior, contudo não facultar informação sobre dimensões vestibulo-lingual ou vestibulo-palatina. As mensurações das altura e largura ósseas, apenas são fornecidas pela T.A.C..

Na maxila, é necessária uma avaliação precisa da distância entre a crista óssea marginal e o bordo inferior da cavidade do seio maxilar e da cavidade nasal, de modo a permitir a selecção do implante adequado de forma a ficar ancorado na cortical interna destas estruturas.

Na mandíbula, a distância entre a crista óssea marginal e o bordo superior do canal do dentário inferior deve ser determinada com precisão de modo a que aquando da cirurgia não haja lesão do feixe vasculo-nervoso que percorre este trajecto. Tal ocorrência acarretaria parestesias transitórias ou mesmo permanentes, tratando-se de uma complicação grave. Ao contrário da maxila o implante deve ser mais curto de forma a não contactar estas estruturas. Outros acidentes de grande relevo pela importância de os não lesar, são a glândula sub mandibular e o ramo da artéria facial que a percorre por dentro. Esta situação pode ocorrer quando em corte transversal a mandíbula a apresenta forma de um arco de concavidade interna.

A ortopantomografia é um exame simples onde é empregue baixa dosagem de radiação, apresenta alguma distorção de aproximadamente de 0,25. É o exame radiológico mais adequado para pacientes edentados parciais, porém não fornece informações sobre a espessura óssea.¹⁸

A tomografia computadorizada necessita de maiores doses de radiação todavia fornece melhor qualidade de imagem na relação de 1 para 1 identificando tridimensionalmente as estruturas presentes.

Após a obtenção de todas as informações clínicas e radiográficas referidas anteriormente é realizado o plano de tratamento.²² Nesse plano de tratamento deve haver um planeamento detalhado sobre a localização, posição e direcção dos implantes e discutir nesta fase quais os objectivos que se pretendem alcançar com o tratamento e

por sua vez constatar se as aspirações do paciente são compatíveis de ser realizadas com os procedimentos propostos.

Os obstáculos possíveis para a cirurgia devem ser identificados e as soluções alternativas devem ser sugeridas tais como enxertos locais ou/e aumento do rebordo ósseo.

O enceramento diagnóstico auxilia a prever o resultado final quer funcional quer estético para o clínico e para o paciente. O mesmo enceramento poderá servir de base à confecção de uma guia cirúrgica.

A guia cirúrgica, cuja utilização é preconizada pela maioria dos autores, é na realidade uma guia cirúrgica e protética. Ela permite transpor para a boca o planeamento idealizado de acordo com os achados radiográficos e os modelos de estudo (réplicas das estruturas orais).

As diversas guias cirúrgicas têm em comum uma estrutura resinosa e referências rádio-opacas, correspondendo estas à localização dos implantes dentários a colocar.

Podem referir-se três tipos de guias¹⁸ em função do tipo e forma das referências:

- bolas em titânio, com medida padrão, habitualmente com 1mm de diâmetro, auxiliam na interpretação das dimensões relativas dos exames radiográficos.

- referências do tipo axial. Cones de guta e tubos-guia em titânio, estes dão uma orientação ideal do implante. A colocação dos implantes é predeterminada por imperativos da futura prótese.

- guias em forma de prótese provisória. Dentes standard ou prótese provisória em resina, rádio-opacificados com bário, permitem uma aproximação biomecânica da futura estrutura protética. A sua confecção associada a uma tomografia e a um programa informático para simulação de colocação implantar e protético.

As guias cirúrgicas servem de suporte à avaliação clínica, indicação terapêutica e à realização de um plano de tratamento.

Fase cirúrgica

Para Dubruille et al¹⁸, a selecção do local onde colocar o implante é em função do conceito ocluso-protético, e depende da disponibilidade óssea.

A concepção da reabilitação oral com implantes, baseia-se na colocação de pilares artificiais, tendo em conta as necessidades protéticas e o local da colocação dos implantes, por contingências de disponibilidade óssea.

São necessárias análises radiológicas e um estudo oclusal.

No desenho do retalho cirúrgico, poderão ser utilizadas duas diferentes técnicas²², incisões vestibulares ou sobre a crista óssea, sendo que, basicamente há autores que seleccionam o tipo de abordagem de acordo com as características da crista óssea. Assim para cristas altas e estreitas deve seleccionar-se a incisão vestibular, sendo a crista larga a incisão deverá ser sobre a mesma.

Em condições ideais de rebordo ósseo largo da crista, a utilização de bisturi circular torna menos traumatizante o acto cirúrgico.

A elevação do retalho mucoso é feito em espessura total, elevando conjuntamente o periósteo, o que evita interferências com as brocas e facilita a observação das estruturas sub-gengivais, contornos das raízes, concavidades ou protuberâncias, e estruturas anatómicas, como o nervo mentoniano.

A trepanação é feita sob irrigação, para arrefecimento da broca, pois o tecido ósseo não pode ser submetido a calor excessivo durante este processo, já que segundo Erksson e Adell (1986) citados Lekholm²², “o limiar térmico em que os danos irreversíveis ocorrem aos osteócitos é cerca de 47°C, isto é somente 10°C acima da temperatura corporal”. A trepanação óssea executa-se de forma a gerar o mínimo de calor, com osteotomia intermitente, executada com brocas afiadas, acompanhada de irrigação com solução salina estéril.

Bahat 1993, Friberg 1994, Watzek e Ulm 2001, citados por Lekholm²² afirmam “Para minimizar o risco de uma instabilidade inicial do implante, recomenda-se o emprego de uma técnica cirúrgica apurada utilizando brocas finas ou implantes de diâmetro maiores”.

As estruturas nobres a ter em consideração na mandíbula são, o nervo alveolar inferior, os vasos sanguíneos que acompanham o seu trajecto, observados em imagens radiográficas, a artéria submentoniana e a veia facial, estas na região pré-molar.

Coloca-se o implante na posição mesio-distal e vestibulo-lingual correspondente ao dente natural, ficando o mesmo completamente imerso no osso e a distância entre o eixo de implantes ou entre o eixo de implantes e dentes não deve ser inferior a 7mm.

É também possível fazer ancoragem protética simultânea entre implantes e dentes naturais.

O implante ancorado na cortical óssea apresenta melhor estabilidade do que se apenas estiver ancorado no osso trabecular.

A selecção do implante depende das características do local de inserção, sendo preferível o implante auto-rosqueante de maior dimensão, pois a taxa de sobrevivência é

maior. Em condições de osso pouco denso, deve também optar-se por implantes de maior diâmetro. Tem-se como regra geral que quanto menor a densidade óssea mais longo o período de cicatrização/osteointegração. Em média o período que decorre entre a cirurgia e a prótese varia entre 3 e 4 meses. Actualmente, há autores que defendem a carga imediata, com próteses provisórias ou próteses definitivas, sobretudo para a ausência parcial de dentes.

Fase protética

É com base num conceito ocluso-protético global, que a utilização dos implantes é considerada um meio de reabilitação oral e, como tal ser proposto.

A confecção de pontes sobre implantes devem obedecer a regra da prótese fixa sobre dentes naturais, para a distribuição das forças sobre os pilares protéticos.

Em situações de edentulação unitária a utilização de implantes dentários tem como grande vantagem, a não mutilação dos dentes adjacentes. Contudo, apesar deste aspecto importante, e segundo Dubruille¹⁸ apresenta limitações nomeadamente, a ausência de sensibilidade proprioceptiva, a difícil adaptação cervical do elemento protético, sobretudo ao nível dos molares.

A colocação de implantes em áreas estéticas, deve ser efectuada com a plataforma do implante próxima da crista óssea, ou a nível da junção amelo-cementária dos dentes adjacentes.²⁶ Este procedimento permite ocultar a margem da supra-estrutura abaixo da mucosa criando um perfil de emergência gradual da plataforma do implante para a superfície, simulando um dente natural.

Em reabilitações parciais posteriores das arcadas dentárias, regiões de carga da dentição por excelência, a utilização de implantes dentários tem, segundo Belser et al²⁷, vantagens inerentes sobre a prótese removível, e sobre as próteses fixas convencionais, estas por vezes de alto risco, por perda de elementos posteriores, com elementos protéticos em *cantilever*, por falta de pilares estratégicos e existência de grandes segmentos edêntulos.

O edentulação mandibular total é uma das situações em que a utilização de implantes dentários oferece uma grande vantagem. A fixação de prótese convencionais através de barras ou *attachments* de precisão, oferece retenção, estabilidade, e melhorias significativas da função.²⁸

A utilização de implantes dentários em desdentados totais para elaboração de prótese fixa, superior ou inferior é também uma possibilidade. Na mandíbula colocam-

se geralmente 5 ou 6 implantes na região inter-mentoniana. A prótese a colocar poderá ser uma ponte fixa ou uma prótese híbrida.

Na reabilitação da mandíbula habitualmente são usados 6 a 8 implantes. A prótese geralmente é segmentada e constituída por diversas pontes fixas sobre os implantes.

Os meios de fixação de próteses sobre implantes poderão ser através da cimentação ou aparafusamento dos elementos protéticos aos implantes.²⁹

Muitos autores defendem o uso de próteses cimentadas sobre implantes, pois apresentam vantagens estéticas, de estabilidade oclusal, elimina-se também a necessidade de restaurar o local de inserção do parafuso. Outra grande vantagem será a de que o próprio cimento absorve o choque das forças de mastigação oclusais, minimizando as forças transmitidas ao implante e ao osso.

O uso de cimentos como meio de fixação de próteses provoca alguma irritação nos tecidos peri-implantares. A remoção de próteses tratadas com cimentos definitivos torna-se difícil.

Fase de manutenção

Os exames radiográficos pós-operatórios são importantes para analisar a osteointegração do implante e aquando da colocação das coroas, fornecendo informação na adaptação das mesmas ao implante, servindo também como referência para as etapas subsequentes de manutenção. Deve ser observado o nível do osso marginal, bem como o osso circundante ao implante. È pois importante que a incidência densidade e contrastes da imagem sejam semelhantes.

As alterações clinicamente significativas, acontecem no primeiro ano da função do implante. O controlo é radiográfico importante aos 6 e aos 12 meses após a colocação das próteses.

O mesmo controlo radiográfico deve se processado para com os dentes remanescentes, pois as condições patológicas nos dentes ou tecidos envolventes poder-se-ão repercutir nos implantes.

As radiografias intra-orais, devem ser utilizadas para o controlo das condições das conexões implante/prótese, tendo como imagens referência as obtidas logo após a colocação das próteses.

O tratamento de suporte inclui consultas semestrais para avaliação e controlo da placa.

1.4 Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde e Saúde Oral

1.4.1 Instrumentos de Medição de Qualidade de Vida em Saúde

“Os instrumentos de medida de qualidade de vida sumarizam o julgamento que o utente faz ao descrever as suas experiências na saúde e na doença.”³⁰ Neste contexto, medidas de qualidade de vida captam a perspectiva e percepção dos pacientes sobre a sua doença e tratamento, cuidados de saúde e resultados. Elas são assim centradas no paciente. No entanto, algumas das medidas de qualidade de vida falham, porque impõem modelos standardizados de qualidade de vida com domínios pré estabelecidos.

A medição da qualidade de vida relacionada com a saúde é um tema que desde a década de 80 que tem vindo a despertar um interesse que tem aumentado bastante.³¹ Uma das razões do rápido desenvolvimento das medidas de qualidade de vida foi o grande reconhecimento da importância de reconhecer o impacto da intervenção nos cuidados de saúde na vida dos doentes.³² Durante bastante tempo a aplicação de medidas de Qualidade de Vida em saúde, era feita em doentes crónicos em que o objectivo da intervenção era acrescentar qualidade de vida aos anos ou seja aumentar a esperança de vida com qualidade.

Na prática clínica, os instrumentos de medição de qualidade de vida podem ser utilizados em complemento com outras formas de avaliação, dando informação que pode indicar as áreas nas quais o paciente está mais afectado e ajudando o profissional de saúde nas melhores opções de cuidados ao paciente. Podem ainda ser usados para avaliar a mudança na qualidade de vida no decurso do tratamento.

Os instrumentos para avaliar a qualidade de vida em saúde são bastante mais complexos do que avaliar a mortalidade ou morbilidade, porque são constructos subjectivos influenciados por características temporais e culturais. Quando comparamos as diferentes tentativas para medir Qualidade de Vida têm sido consideradas duas abordagens principais; uma é a que diz respeito à visão multifactorial da doença, outra com a visão global dos resultados de tratamentos. Ambas as abordagens partem do mesmo nível de medida, isto é, como os doentes consideram os diversos componentes. Para Ferreira et al³³, “A qualidade de vida é coerentemente avaliada se o valor auto relatado for idêntico à qualidade observada, significando qualquer desvio uma avaliação incoerente” ou seja as medidas de qualidade de vida estão no contexto das definições subjectivas dos próprios utentes. Sendo necessário haver mecanismos rigorosos e

sistemáticos para avaliar os cuidados prestados, para assim se poder ter alguma garantia em relação à eficiência dos recursos utilizados e se foi obtida a qualidade pretendida.

Existe uma grande variedade de instrumentos utilizados na medição de qualidade de vida, instrumentos que procuram medir estados de saúde e têm características bastante diferentes, podendo estes ser classificados como gerais ou específicos.³⁴ Os gerais, permitem a obtenção de valores do estado de saúde genérico dos indivíduos independentemente de um problema ou doença específico e incidem mais em componentes importantes para a saúde nomeadamente em funções físicas, papéis sociais ou estados psíquicos. Os específicos incidem mais em sintomas e são especificamente relacionados com uma determinada patologia.

Dos inúmeros instrumentos gerais existentes para avaliação da qualidade de vida em saúde temos como exemplo o SF-36, o Euro Qol e o WHOQOL.

O SF-36 Health Survey é um dos instrumentos genéricos de estado de saúde e qualidade de vida mais utilizados. Mede a qualidade de vida relacionada com a saúde através de 36 itens distribuídos por 8 dimensões com uma componente física e outra mental.

Euro Qol é um instrumento genérico para medir e descrever a qualidade de vida relacionada com a saúde. Complementa outras formas de medição de qualidade de vida e permite fazer comparações entre países. Pode ser utilizado como medida de resultados de saúde tanto na avaliação clínica como na avaliação económica.

O WHOQOL 100 é a medida de Qualidade de vida mais utilizada em todo o mundo.³⁵ Os instrumentos WHOQOL podem ser utilizados em diferentes situações tais como; prática clínica, pesquisas e investigações, auditorias, avaliação dos serviços de saúde e quando se pretendam implementar novas políticas de saúde, situação em que é importante avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

O WHOQOL está disponível em 40 países em diferentes línguas e existindo adaptações para condições particulares tais como espiritualidade, religião e crenças pessoais. Foi criado com a ajuda e colaboração de 15 centros de todo o mundo e desenvolveram dois instrumentos de medição de qualidade de vida. Foram eles o WHOQOL-100 e o WHOQOL Bref ambos podem ser utilizados em meios culturais variados podendo os resultados entre diferentes populações e países ser comparado.

O WHOQOL 100 foi criado em 1995 é constituído por 100 questões distribuídas por 7 domínios que são eles; Saúde física (1), psicológica (2), grau de independência

(3), relações sociais (4), meio ambiente (5) e espiritualidade, religião e crenças (6), tem ainda uma faceta geral com perguntas gerais sobre qualidade de vida.

O WHOQOL Bref é constituído por 26 itens e 4 domínios que são; Saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente.

Quadro nº1 - Evolução do WHOQOL

Data	1991/2	1993/4	1995/7	1998/9
Centros	10	15	15	30+
Métodos	Qualitativo	Quantitativo
Versões	Pré piloto	Piloto	100	Bref
Domínios	7	6	6	4
Sub Domínios	134	29	25	25
Itens	2500	235	100	26

Para além dos instrumentos de medição de qualidade de vida, se falarmos em termos de economia da saúde, para que se possa medir qualidade de vida relacionada com a saúde, é muito importante medir a utilidade dos estados de saúde, surgindo-nos assim outro conceito que são os QALYS. As utilidades permitem o desenvolvimento de um conceito que combina numa única medida ganhos na quantidade e na qualidade de vida dos indivíduos, os Quality Adjusted Life Years (QALYs), com um potencial de utilização na análise e avaliação de intervenções em saúde. Foram desenvolvidos na década de 70, pretendendo-se que os QALYs incorporassem os ganhos em quantidade de vida (medidos em termos de anos de vida ganhos) e os ganhos em qualidade de vida (medidos através de diversas dimensões como a função física/mobilidade, função psicológica/emocional, função cognitiva, dor mobilidade e cuidados pessoais).³⁴

1.4.2 Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral

Até à anterior década havia uma ausência quase total de medidas de qualidade de vida relacionada com saúde oral. Contudo, hoje e segundo Slade³⁶ existe uma impressionante quantidade de instrumentos que avaliam o impacto das condições orais no bem-estar e qualidade de vida. Nos últimos 10 anos foram desenvolvidas um número de medidas para avaliar especificamente a saúde oral e qualidade de vida. São medidas

similares em muitos aspectos às medidas desenvolvidas noutras especialidades da medicina que são designadas para documentar o impacto das doenças orais ao nível funcional psicológico e social do indivíduo³⁷. Essas medidas têm um potencial de aplicações na investigação clínica e saúde pública. Em medicina geral usam-se as medidas para avaliar a saúde das populações, para comparar as diferentes intervenções terapêuticas e tomar decisões acerca dos cuidados individuais dos pacientes.

Em medicina dentária as medidas de saúde oral relacionadas com qualidade de vida são usadas em observação clínica de adultos, populações mais idosas, na terapia com implantes e avaliação de programas de cuidados dentários para populações especiais. São usadas na prática clínica e decisão clínica.

Segundo Slade et al³⁸, recentemente aumentou o interesse em quantificar as consequências da doença que afectam o conforto, a função, a capacidade de desempenho nas actividades da vida diária. Uma compreensão do processo patológico para prevenção e manejo clínico da doença. O conhecimento sistemático acerca das consequências da doença é um valor adicional para prosseguir com esses objectivos. Em geral, medidas de disfunção, desconforto e incapacidade podem ser usadas para a avaliação da “responsabilidade da doença”. Há benefícios adicionais que se ganham na avaliação da disfunção, desconforto e incapacidade relacionados colectivamente com “impacto social”.

Em primeiro lugar a avaliação das prioridades dos cuidados têm que ser melhoradas. Medidas do impacto social nos indivíduos ou grupos podem ser usadas em conjunto com dados clínicos para formular programas de cuidados dentários, dirigidos para as condições mais disfuncionais.

Em segundo lugar as medidas podem melhorar a compreensão da saúde oral relacionada com comportamentos. Perceber o impacto individual das condições identificadas como um motivo para prevenir e procurar comportamentos adequados e identificar essas percepções, que podem oferecer uma oportunidade para promover comportamentos adequados.

O terceiro benefício é advogar sobre a saúde oral. A descrição dos resultados na saúde de um modo geral, pode ajudar a desenhar a importância da doença oral como parte da saúde em geral.

Em adição, melhorar a avaliação do tratamento dentário pode ser antecipada. O processo dos cuidados dentários frequentemente está limitado à influência dos índices epidemiológicos.

Contudo, estas medidas não são suficientemente sensíveis para descrever experiências individuais do impacto social. Algumas pesquisas descreveram especificamente consequências da doença oral. Existem relatos de alta prevalência e impacto da doença oral em adultos.

Outras pesquisas desenvolveram escalas que dão um índice do impacto das desordens orais, são medidas específicas e temos como exemplo de instrumentos de medidas de saúde oral o Geriatric Oral Health Assessment Index. (GOHAI) e o OHIP.

O GOHAI foi criado em 1990 por Atchison e Dolan e é um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar a Saúde oral em geriatria com questões específicas em relação a dor e desordens orais e consequências dessas desordens em termos sociais.³⁸

O OHIP é um questionário usado como um índice para medir o Impacto da doença oral na qualidade de vida baseado no modelo de saúde de Locker que foi elaborado para identificar domínios conceituais na hierarquia do impacto social. O OHIP pretende explicitamente capturar uma variedade de impactos relacionados com funções orais, efeitos da doença e afecções pessoais.

2. Problema, Objectivos e Hipóteses

2. Problema, Objectivos e Hipóteses

2.1 Problema em estudo

A avaliação da qualidade de vida tem hoje um papel preponderante. Devido às novas exigências sociais e ao desenvolvimento técnico, a qualidade deixou de ser uma opção, passando a ser uma obrigação e uma necessidade para todos. Na saúde, esta visão encontra-se bem visível no reclamar de melhores condições assistenciais pelo que, a realização de estudos que visem dar um contributo efectivo para a melhoria da qualidade de vida com a saúde oral se apresente como pertinente e importante.

Sendo a ausência parcial ou total de dentes, um problema com repercussões múltiplas, uma vez que a perda de peças dentárias é geralmente acompanhada de patologia associada tal como lesões da articulação temporo-mandibular, perda de eficácia da função mastigação, dor, dificuldades na alimentação, problemas de auto-imagem, relacionamento social e desconforto psicológico, colocamos a seguinte questão de investigação “qual o impacto da saúde oral na qualidade de vida de doentes desdentados totais ou parciais, submetidos a reabilitação oral com implantes dentários?”

2.2 Objectivos da investigação

A elaboração deste trabalho tem como objectivo principal “avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de doentes desdentados totais ou parciais, submetidos a reabilitação oral, com a técnica de implantes dentários em adultos seguidos em consulta de medicina dentária em clínicas do centro e sul de Portugal Continental nos anos 2005/06”.

Como decorrentes, são designados os seguintes objectivos:

- Comparar resultados de qualidade de vida obtidos com uma escala genérica (SF-36) e uma escala específica para saúde oral (OHIP);
- Conhecer o perfil do paciente que opta pela reabilitação oral com implantes;
- Avaliar a relação das variáveis sócio-demográficas com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (idade, sexo, profissão/ocupação, habilitações literárias, local de residência, estado civil);

- Avaliar a relação das variáveis contextuais com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (hábitos tabágicos, patologias associadas, tempo de edentulação, vigilância de saúde oral, hábitos de higiene oral);
- Conhecer o grau de satisfação com a opção protética;
- Conhecer a importância atribuída à saúde oral.

2.3 Hipóteses de Investigação

Para responder aos objectivos acima propostos, levantámos as seguintes hipóteses:

- A reabilitação com implantes dentários promove uma melhoria na Qualidade de Vida;
- Existe relação entre a melhoria da Qualidade de Vida e o grau de satisfação com a opção protética;
- Existe relação entre melhoria da qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas e contextuais: sexo, hábitos tabágicos, idade, número de cigarros fumados por dia, número de escovagens dentárias, número de dentes ausentes na maxila, número de dentes ausentes na mandíbula, e tempo de edentulação;
- A importância atribuída à saúde oral está associada com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e saúde geral.

3. Metodologia

3. Metodologia

A metodologia define o caminho a percorrer para que se chegue a determinado fim, sendo por isso o instrumento que possibilitará a descrição e análise dos métodos utilizados. Desta forma esclarecerá todas as opções tomadas, clarificando o processo analítico tomado possibilitando a sua replicação futura.

Neste capítulo serão definidos, o tipo de estudo e desenho, tipo e dimensão da amostra, local do estudo e a população em estudo, seguindo-se a apresentação das variáveis em estudo, os instrumentos utilizados e o procedimento.

3.1 Tipo de estudo e desenho

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional longitudinal já que se pretende conhecer, descrever, interpretar e correlacionar variáveis, sem no entanto pretender ter carácter explicativo.

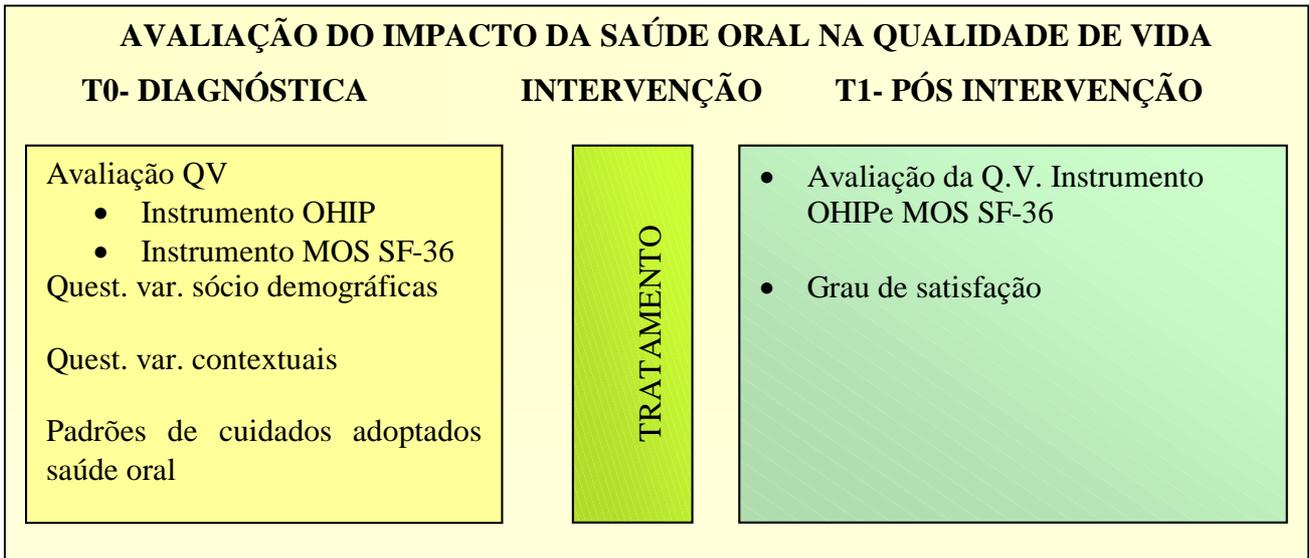
Relativamente ao desenho, os utentes foram seguidos em média durante um ano e avaliados em dois tempos distintos:

Conforme quadro nº 2, o estudo encontra-se dividido em três fases, a primeira, o momento T0, fase diagnóstica, foram aplicados os instrumentos OHIP e MOS SF-36 para avaliação da qualidade de vida em saúde e saúde oral, o questionário sobre variáveis sócio demográficas (idade, sexo, hab. literárias, profissão) e contextuais (hábito de higiene oral, hábito tab.), questões sobre valorização da qualidade de vida relacionado com a saúde oral que visam caracterizar a amostra.

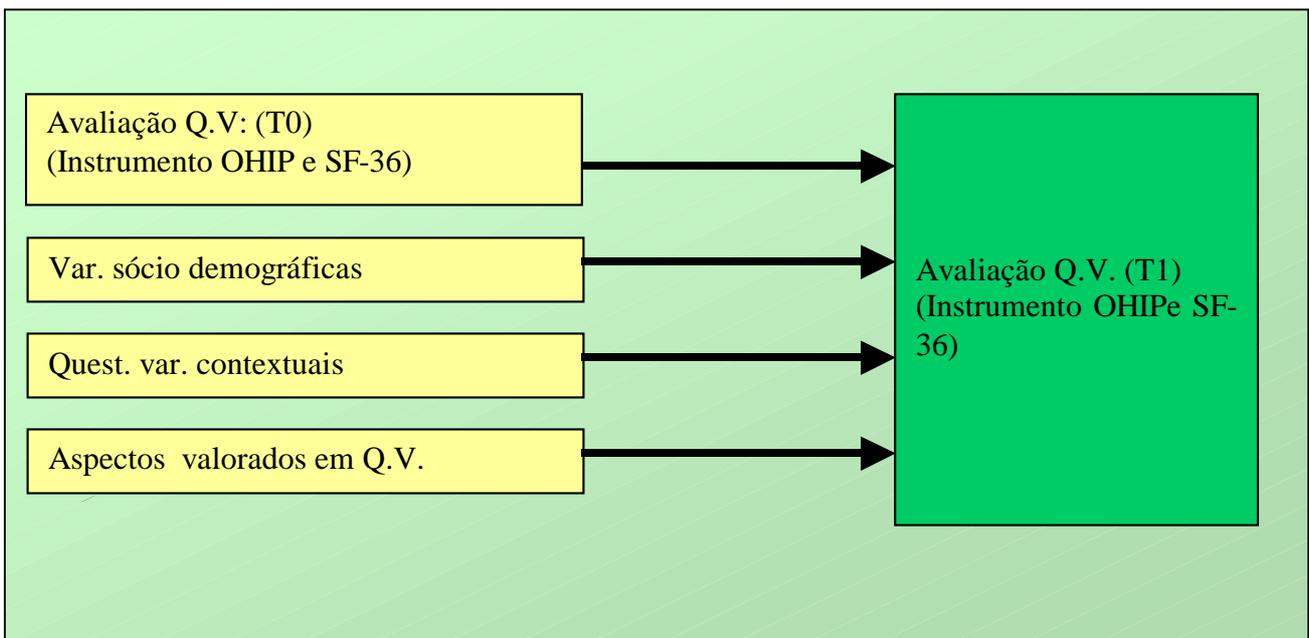
A segunda, fase, tratamento, corresponde à colocação dos implantes dentários e reabilitação protética.

A terceira fase, o momento T1, fase pós intervenção, após a reabilitação oral com próteses fixas sobre implantes (1 mês) foram entregues os instrumentos OHIP e SF-36, colocadas questões que visam avaliar, os padrões de cuidados com a saúde oral após a reabilitação com implantes, o grau de satisfação com a opção protética adoptada.

Quadro nº2 – Fases do estudo



Quadro nº3 - Desenho do estudo



3.2 Tipo e dimensão da amostra

A amostra será do tipo não probabilística por conveniência, sendo considerados todos os utentes que iniciaram tratamento no mês de Janeiro de 2005 e que aceitaram participar no estudo.

3.3 Local e população em estudo

O estudo foi realizado em clínicas de Medicina Dentária situadas no Centro e Sul do país (Coimbra, Leiria, Santarém, Portalegre, Lisboa e Faro) no ano de 2005 e 2006.

A população em estudo é constituída por 31 utentes adultos, submetidos a reabilitação protética com implantes dentários, seguidos na consulta de Medicina dentária em clínicas situadas no centro e sul de Portugal Continental nos anos de 2005/06.

Foi critério de inclusão na amostra:

- Iniciar tratamento de Janeiro de 2005 até Julho de 2005
- Ter pelo menos ausência de um dente.

3.4 Definição das variáveis em estudo

3.4.1 Variáveis sócio-demográficas e contextuais

Idade (“idade”), em anos

Sexo (“sexo”)

Estado civil (“est_civ”). Categorias da variável: (Solteiro/a, Casado/a, União de facto, Viúvo/a, Divorciado/a e Separado/a)

Habilitações literárias (“hab.lit”) Categorias da variável: (Não sabe ler nem escrever, Ensino primário, 9º ano de escolaridade, 12º ano de escolaridade, Ensino superior)

Profissão/ocupação (“profissão”) Categorias da variável: (estudante, aposentado, profissionais de saúde, administrativo, quadro técnico, quadro médio, quadro superior, empresário, desempregado)

Local de residência Categorias da variável: (norte, centro, sul)

Hábitos tabágicos (*“habit.tabag”*) Categorias da variável: (Não fumador, Fumador) e **Número de cigarros que fuma por dia** (*numcigarros*)

Vigilância de saúde oral (*vigil.saudor*), **Número de consultas de Medicina Dentária por ano**, **Hábito de escovar os dentes**: (*“num.escova”*) (Não, Sim), **Número de escovagens dentárias diárias** (*“qdo.escovad”*)

Sangramento gengival (*“sang.geng”*) Categorias da variável: (Não sangra, Sangra)

Número de dentes ausentes na maxila (*“faltamax.sup”*)

Número de dentes ausentes na mandíbula (*“faltamax.inf”*)

Tempo de edentulação (*“tempo.sem.dentes”*)

Se tem algum problema de saúde (*“probl.saude”*) Categorias da variável: (Não Sim)

Patologias associadas (*“qual.prob.saude”*)

Qual a importância da boca em relação à saúde em geral (*“impot.boca”*)

É uma escala tipo Likert de 7 pontos, em que 1 significa: Nada Importante e 7, significa Extremamente Importante.

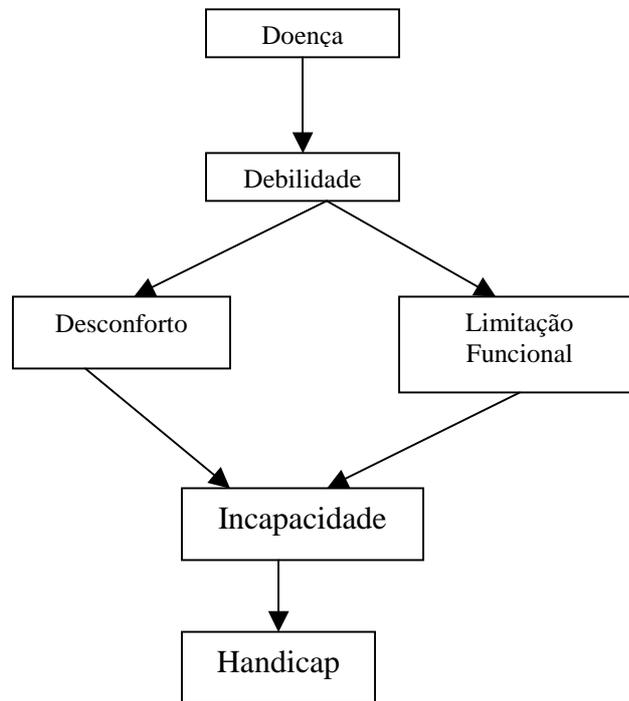
3.5 Instrumentos de Medição

3.5.1 Oral Health Impact Profile (OHIP)

O questionário de estado de saúde oral OHIP avalia o impacto da saúde oral na Qualidade de Vida.

O Perfil de Impacto da Saúde Oral (OHIP) é um instrumento criado e validado por Slade e Spencer.³⁸ O objectivo foi desenvolver e avaliar um questionário que pudesse ser usado como um índice para medir o impacto social da doença oral e sendo baseado no já existente modelo de saúde oral de Locker (1988) modelo esse que foi elaborado para identificar domínios conceptuais na hierarquias do impacto social e que podemos observar na fig. nº 3.

Figura nº3 - Modelo Conceptual de Saúde Oral de Locker



O OHIP pretende, segundo os autores, explicitamente capturar uma variedade de impactos relacionados com funções orais e efeitos da dor e afecções pessoais. É segundo Loker e al³⁷, uma das mais sofisticadas medidas de qualidade de vida na saúde oral desenvolvido até à data.

O OHIP é um instrumento de auto percepção que avalia o impacto da saúde oral na qualidade de vida, é constituído por 49 questões que abrangem 7 dimensões e que abarcam uma gama extensa de possíveis problemas de saúde oral, que têm impacto na qualidade de vida, sendo as mesmas:

- Limitação funcional
- Dor Física
- Desconforto psicológico
- Inaptidão física
- Inaptidão psicológica

- Inaptidão social
- Handicap (Desvantagem)

O questionário é de resposta rápida, cerca de 17 minutos, segundo Slade et al³⁸ não deverá ser aplicado em crianças ou adultos com problemas de linguagem ou déficit na compreensão.

As seis possíveis categorias de escolha são: nunca, quase nunca, às vezes, muitas vezes, e sempre.

Os códigos destas categorias, vão de 0 a 4 indicando as contagens mais altas os problemas mais sérios (0 para nunca e 4 para sempre).

O questionário foi adaptado e validado para a versão portuguesa por Bulhosa (2003) apresentado na Comunicação intitulada “Adaptação e validação da versão portuguesa do *Oral Health Impact Profile (OHIP)*”, em co-autoria com Slade nas XI Jornadas de Ciências Dentárias do Porto, realizadas em Paredes em Março de 2003 a aguardar publicação, segundo o autor, na Revista da Universidade Fernando Pessoa durante o ano de 2006.

Nesta versão portuguesa (OHIP 49-Port[2]) (anexo 1), é utilizada uma escala de Likert que varia de 1 a 6, (1 para nunca 5 para sempre, e 6 para valores “não sei”). A valores mais altos correspondem situações de menor qualidade de vida de saúde oral, excepto para o valor 6. Às 49 questões, distribuídas por 7 dimensões (conforme quadro seguinte) são atribuídas valorações ponderadas que variam entre 1.106 e 2.179.

De forma a cotarmos a severidade nas diferentes dimensões, para tal optou-se por atribuir à categoria “não sei” o valor de “0” (zero).

Quadro nº4 - Dimensões da OHIP 49-Port. [2]

Limitação Funcional	Valorações
1-Tem tido dificuldade em mastigar alguns alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	1.854
2-Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes ou boca?	1.534
3-Tem notado que algum dente parece não estar bem?	1.106
4-Tem sentido que o teu aspecto tem sido afectado devido a problemas com os dentes ou boca?	1.568
5-Tem sentido mau hálito devido a problemas com os dentes ou boca?	1.709
6-Tem notado que o seu sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	1.379
7-Tem tido comida que se agarra aos dentes e à dentadura?	1.749
8-Tem notado que a sua digestão tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	1.729
9-Tem notado que a sua dentadura não assenta devidamente? (responder só no caso de usar qualquer tipo de prótese dentária)	2.179
Dor Física	
10-Tem tido muitas dores na boca?	1.796
11-Tem tido dores num dos maxilares?	1.387
12-Tem tido dores de cabeça devido a problemas com os dentes ou boca?	1.604
13-Tem tido dentes sensíveis devido, por exemplo, a comidas e bebidas frias ou quentes?	1.560
14-Tem tido dores de dentes?	2.015
15-Têm-lhe doído as gengivas?	1.610
16-Tem sentido desconforto ao comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	1.478
17-Tem tido pontos dolorosos na boca?	1.872
18-Tem sentido desconforto com a dentadura? (responder só no caso de usar qualquer tipo de prótese dentária)	1.484
Desconforto Psicológico	
19-Tem-se sentido incomodado com problemas de dentes?	1.650
20-Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes ou boca?	1.564
21-Os problemas com os dentes têm-no tornado deprimido?	1.852
22-Tem-se sentido mal devido ao aspecto dos seus dentes ou boca?	1.493
23-Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes ou boca?	1.666
Incapacidade Física	
24-A sua fala tem sido pouco clara devido a problemas com os dentes ou boca?	1.641
25-Alguém o tem compreendido mal devido a problemas com os dentes ou boca?	1.645

26-Tem sentido que a comida tem menos sabor devido a problemas com os dentes ou boca?	1.556
27-Tem-lhe sido impossível escovar os dentes convenientemente devido a problemas com os dentes ou boca?	1.581
28-Tem sido obrigado a evitar alguns alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	1.874
29-A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes ou boca?	1.514
30-Tem-lhe sido impossível comer com a dentadura devido a problemas com a mesma? (responder só no caso de usar qualquer tipo de prótese dentária)	2.000
31-Tem evitado sorrir devido a problemas com os dentes ou boca?	1.585
32-Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes ou boca?	1.409
Incapacidade Psicológica	
33-O seu sono tem sido interrompido devido a problemas com os dentes ou boca?	1.925
34-Tem-se sentido perturbado devido a problemas com os dentes ou boca?	1.375
35-Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes ou boca?	1.625
36-Tem-se sentido deprimido devido a problemas com os dentes ou boca?	1.911
37-A sua concentração tem sido afectada devido a problemas com os dentes ou boca?	1.616
38-Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes ou boca?	1.418
Incapacidade Social	
39-Tem evitado sair devido a problemas com os dentes ou boca?	1.293
40-Tem-se sentido menos tolerante para com o teu cônjuge/namorado ou familiares devido a problemas com os dentes ou boca?	2.101
41-Tem tido dificuldade em relacionar-se com outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?	1.507
42-Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?	1.839
43-Tem tido dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes ou boca?	1.484
Desvantagens	
44-Tem sentido que o seu estado de saúde geral tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	2.085
45-Sofreu algumas perdas financeiras devido a problemas com os dentes ou boca?	1.402
46-Tem sido incapaz de apreciar o suficiente a companhia dos outros devido a problemas com os dentes ou boca?	1.525
47-Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes ou boca?	1.547
48-Tem-lhe sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes ou boca?	1.855
49-Tem-lhe sido incapaz trabalhar com plena capacidade devido a problemas com os dentes ou boca?	1.457

3.5.2 Health Survey Instrument (SF-36)

Este instrumento é uma versão reduzida do *Medical Outcomes Studys* (MOS), e inclui 36 itens constituindo um indicador genérico do estado de saúde, podendo ser utilizado conjuntamente com medições de situações específicas, como medida de resultado das práticas clínicas e investigações.

O questionário de estado de saúde MOS SF-36v2 (anexo 2), designado como SF-36v2, avalia a percepção do estado de saúde e Qualidade de Vida estando adaptado e validado para a versão portuguesa por Ferreira et al³⁹ no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, em 1997, referindo o mesmo que a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 denominada SF-36v2 foi usado para medir a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos portugueses. As normas portuguesas são importantes para colocar em contexto as pontuações obtidas nas dimensões de percepção do estado de saúde e de qualidade de vida sempre que o instrumento SF-36 é aplicado em doentes ou mesmo a cidadãos portugueses saudáveis.

Este instrumento conforme apresentado na figura 4, representa oito dos conceitos mais importantes em saúde, abrangendo a componente física e a componente mental, a saber:

Função Física (FF)- Destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, podendo ser essas limitações ao nível das AVDs (Actividades da Vida Diária) no laser, desporto ou andar uma determinada distancia

Desempenho físico (DF) - Mede o impacto das limitações em saúde devido a problemas físicos

Dor Corporal (DC) - Mede a forma como a dor interfere com o trabalho normal assim como a intensidade e o desconforto causados pela mesma.

Saúde em Geral (SG) - Mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável.

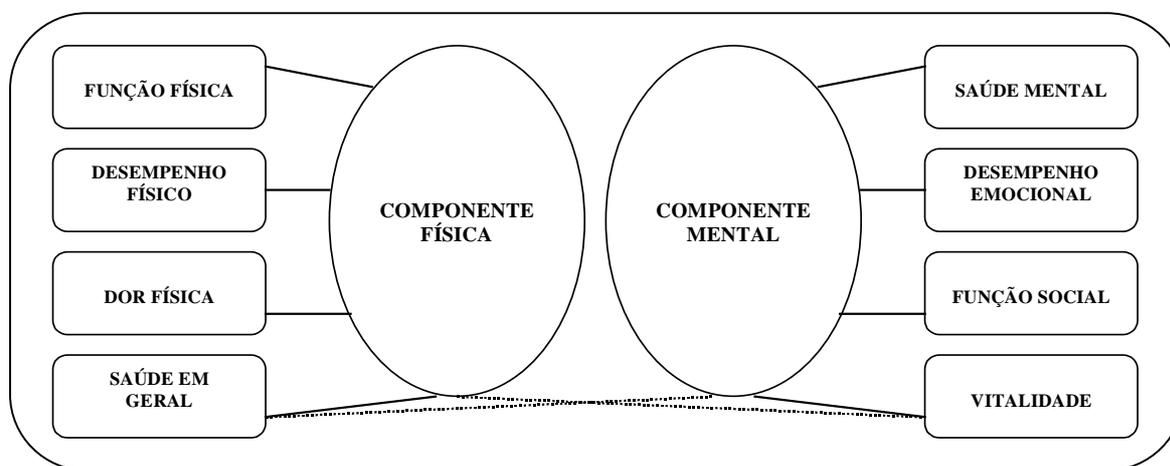
Saúde Mental (SM) – Inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico

Desempenho Emocional (DE), Mede o impacto das limitações em saúde devido a problemas emocionais

Função Social (FS) – Capta a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades

Vitalidade (VT) – Níveis de energia e de fadiga.

Figura nº4 - Modelo factorial SF-36 com duas componentes



Quadro nº5 - Conteúdo abreviado dos itens e pontuações das escalas do SF-36v2.

Escala	Conteúdo dos itens	Item	Pontuação
FF- Função Física	Actividades violenta	3a	1 a 3
	Actividades moderadas	3b	1 a 3
	Levantar ou pegar nas compras da mercearia	3c	1 a 3
	Subir vários lanços de escadas	3d	1 a 3
	Subir um lanço de escadas	3e	1 a 3
	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	3f	1 a 3
	Andar mais de 1 Km	3g	1 a 3
	Andar vários quarteirões ou grupos de casas	3h	1 a 3
	Andar um quarteirões ou grupos de casas	3i	1 a 3
	Tomar banho ou vestir-se sozinho	3j	1 a 3
	DP- Desempenho Físico	Diminuir o tempo gasto a trabalhar ou em outra actividade	4a
Fez menos do que queria		4b	1 a 5
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutra actividade		4c	1 a 5
Dificuldade em executar o seu trabalho ou outras activ. diárias		4d	1 a 5

D – Dor Física	Intensidade das dores	7	1 a 5**
	Interferência da dor no local de trabalho	8	1 a 5**
SG – Saúde Geral	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca	1	1 a 5**
	Parece que adoço mais facilmente do que os outros	11 ^a	1 a 5
	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	11b	1 a 5*
	Estou convencido de que a minha saúde vai piorar	11c	1 a 5
	A minha saúde é ótima	11d	1 a 5*
VT – Vitalidade	Cheio/a de vitalidade	9a	1 a 5*
	Com muita energia	9e	1 a 5*
	Sentiu-se estafado/a	9g	1 a 5
	Sentiu-se cansado/a	9i	1 a 5
FS – Função Social	Interferências de problemas de saúde nas actividades sociais	6	1 a 5*
	Nº de casos em que a saúde física interferiu nas activ. sociais	10	1 a 5
DE – Desempenho Emocional	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	5a	1 a 5
	Fez menos do que queria	5b	1 a 5
	Não trabalhou tão cuidadosamente como era de costume	5c	1 a 5
SM – Saúde Mental	Sentiu-se muito nervoso/a	9b	1 a 5
	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava	9c	1 a 5
	Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a	9d	1 a 5*
	Sentiu-se triste e em baixo	9f	1 a 5
	Sentiu-se feliz	9h	1 a 5*
MD – Mudança de Saúde	Saúde actual comparada com o que acontecia à um ano	2	1 a 5

*valores a inverter

** valores a inverter e recalibrar

Os dados em bruto provenientes da codificação das respostas não estão de imediato em condições de serem usados, passando por um procedimento específico, de modo a torná-los coerentes e passíveis de interpretação.

As fases do procedimento são a introdução dos dados, transformação dos dados, tratamento de dados, cálculo das escalas e verificação.

As várias escalas contêm 1 a 10 itens e são pontuadas através de escala de Likert, que varia de 1 a 3 ou 1 a 6 pontos.

3.6 Questionários construídos

Os questionários relativos ao momento T0 (anexo3), analisam as variáveis socio-demográficas tais como idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão/ocupação, local de residência, e variáveis contextuais nomeadamente; hábitos tabágicos, vigilância de saúde oral, tempo de edentulação e n.º de dentes ausentes, patologias associadas, padrões de cuidados adoptados saúde oral e auto-percepção.

Os questionários relativos ao momento T1 (anexo3), analisam os padrões de cuidados de saúde oral adoptados, grau de satisfação e auto-percepção.

3.7 Procedimento

O estudo foi realizado com utentes de clínicas dentários do centro e sul de Portugal Continental.

Foram critérios de inclusão, para o estudo:

Ter pelo menos a ausência de um dente, e ser reabilitado com próteses fixas ou removíveis sobre implantes dentários.

A idade mínima para as mulheres foi de 16 anos de idade e para os homens 18 anos de idade. Esta condição foi colocada por razões de maturidade esquelética.

Fez-se uma explicação presencial dos objectivos do estudo, e dos questionários a preencher, a todos os participantes envolvidos.

Esclareceu-se a confidencialidade dos dados recolhidos, pois o mesmo é anónimo e de participação voluntária e, a sua colheita, realizada sob a forma de questionário auto-administrado.

A participação foi obtida mediante consentimento informado (anexo 4), após explicados os objectivos do estudo.

O estudo foi efectuado em dois momentos: momento T0, que corresponde à fase de diagnóstico, e momento T1, que corresponde à fase após a reabilitação protética sobre implantes (tendo decorridos pelo menos três meses após a reabilitação). Entre estes dois momentos decorreram as fases, cirúrgica e de reabilitação protética.

Relativamente à colheita de informação, na fase de diagnóstico entregaram-se em mão os questionários, OHIP 49 Port-[2], SF-36v2 e questionário para mensuração sócio-demográfica e contextual. Na fase pós reabilitação protética, entregaram-se em mão os questionários, OHIP 49 Port-[2], SF-36v2 e questionário para mensuração sócio-demográfica e contextual, conforme desenho anteriormente descrito.

A aplicação dos instrumentos de medida decorreu entre os meses de Janeiro e Dezembro de 2005.

Receberam-se os questionários via postal, mediante a devolução em carta fechada com o respectivo RSF.

Após a recolha dos questionários, efectuou-se o tratamento dos dados, informaticamente, no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

4. Resultados

4. Resultados

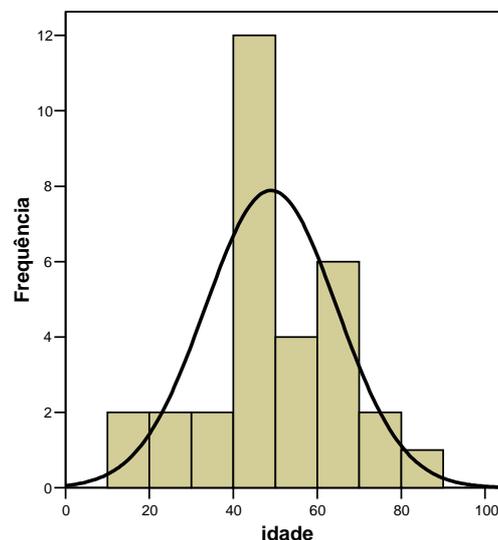
4.1 Caracterização da amostra

Verificamos na tabela nº1 e gráfico n.º1 que a amostra é composta de 31 respondentes com uma média de idades de 49 anos, com um mínimo de 16 anos e um máximo de 84 e com um desvio padrão de 15,680.

Tabela nº1- Distribuição dos respondentes pela variável “Idade”, em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)

	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
idade	31	16	84	49,00	15,680

Gráfico n.º1- Distribuição dos respondentes para a variável “Idade” em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)



Como podemos constatar na tabela nº2 a amostra é predominantemente feminina com uma percentagem de 58,1% (18), o sexo masculino representa 41,9% (13) da mesma.

Tabela nº2- Distribuição dos respondentes pela variável “Sexo” em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

sexo		
	f	%
feminino	18	58,1
masculino	13	41,9
Total	31	100,0

Como se pode observar na tabela n.º3 a amostra em estudo, quanto ao estado civil é predominantemente casado o que representa 54,8%, o que correspondendo a 17 respondentes. Seguem-se os solteiros com 19,4% (6) e os divorciados com 9,7% (3).

Tabela nº3- Distribuição dos respondentes pela variável “Estado Civil” em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

estadocivil		
	f	%
solteiro	6	19,4
casado	17	54,8
união de facto	2	6,5
viúvo	2	6,5
divorciado	3	9,7
separado	1	3,2
Total	31	100,0

Da observação tabela n.º 4 constata-se que a mostra em estudo detém predominantemente formação académica superior, o que corresponde a 51,6% (16) dos respondentes. Com o 12º ano de escolaridade observam-se 19,4% (6). É de referir, que apenas 1 dos respondentes (3,2%) não sabe ler nem escrever.

Tabela nº4- Distribuição dos respondentes pela variável “Habilitações Literárias” em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Habilitações Literárias		
	f	%
não sabe ler	1	3,2
ensino primário	3	9,7
9º ano escolaridade	5	16,1
12º ano escolaridade	6	19,4
ensino superior	16	51,6
Total	31	100

Da observação da tabela seguinte nº5 podemos constatar que predominam os profissionais de saúde, com uma percentagem de 22,6% (7), seguidos dos administrativos e aposentados em igual número e percentagem 16,1% (5). È de referir que apenas 1 dos sujeitos é desempregado (3,2%).

Tabela nº5- Distribuição dos respondentes pela variável “Profissão” em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

		f	%
Profissão	estudante	2	6,5
	aposentado	5	16,1
	profissional de saude	7	22,6
	administrativo	5	16,1
	quadros técnicos	2	6,5
	quadros médios	2	6,5
	quadros superiores	4	12,9
	empresário	3	9,7
	desempregado	1	3,2
	Total	31	100,0

Da observação da Tabela n.º6 conclui-se que 64,5% (20) dos respondentes reside na região centro e os restantes 35,5% (11) na região sul do País.

Tabela nº6- Distribuição dos respondentes por “Região de Residência” em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	Sujeitos	Percentagem
centro	20	64,5
sul	11	35,5
Total	31	100,0

Como se pode constatar na tabela nº7 os não fumadores predominam com uma percentagem de 67,7% com 21 sujeitos, em relação aos fumadores são 10 sujeitos, correspondendo a uma percentagem de 33,3%.

Tabela nº7- Distribuição dos respondentes pela variável “Hábitos Tabágicos” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Hábitos Tabágicos		
	f	%
não fumador	21	67,7
fumador	10	32,3
Total	31	100

Como podemos observar na tabela n.º (anterior) 67,7%, (21) da amostra é não fumadora. Em relação aos fumadores, tabela n.º os 9 sujeitos fumam em média 16,11 cigarros por dia, e a consumirem entre, um mínimo de 6 cigarros e um máximo de 30 cigarros diariamente.

Tabela nº8- Distribuição dos respondentes pela variável “Número de Cigarros Fumados por Dia” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

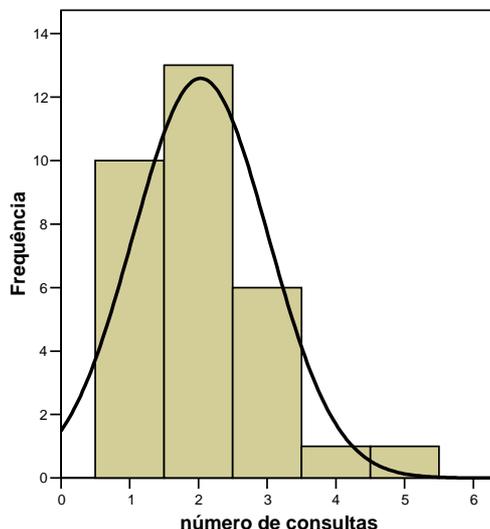
fumadores				
f	Média	Desv. Pad.	Mín.	Máx.
9	16,11	9,280	6	30

Como se pode observar na tabela nº9 e gráfico n.º2, os 31 respondentes frequentam a consulta de Medicina Dentária em média 2,03 vez por ano, com um desvio padrão de 0,983. O número de consultas mínimo foi de 1 consulta e o máximo foi de 5 por ano.

Tabela nº9- Distribuição dos respondentes pela variável “Número de Consultas de Medicina Dentária” por Ano em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
número de consultas	31	1	5	2,03	,983

Gráfico n.º2- Distribuição dos respondentes para a variável “Número de Consultas de Medicina Dentária por Ano” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)



Pela análise da questão “escova os dentes”, obtivemos resposta positiva em 100% da amostra podemos concluir que a totalidade dos sujeitos da amostra em estudo respondeu que escova os dentes diariamente.

A amostra refere na totalidade ter hábitos de escovagem dentária diária. Pela análise da Tabela n.º 10, observamos que, 45,2% (14), escoavam os dentes, 2 vezes por dia, 35,5% (11), escovam os dentes 3 vezes por dia e que 6,5% (2) escovam os dentes 4 vezes por dia.

Tabela n.º10- Distribuição dos respondentes por “Frequência de Escovagem Dentária Diária” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	f	%
1	4	12,9
2	14	45,2
3	11	35,5
4	2	6,5
Total	31	100,0

Como podemos verificar pela leitura da tabela nº11 a maior parte dos respondentes não refere sangramento gengival (74,2%), apenas 25,8% refere sangramento o que equivale a 8 sujeitos.

Tabela nº11- Distribuição segundo a variável “Sangramento Gengival” dos respondentes, seguidos em clínicas dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

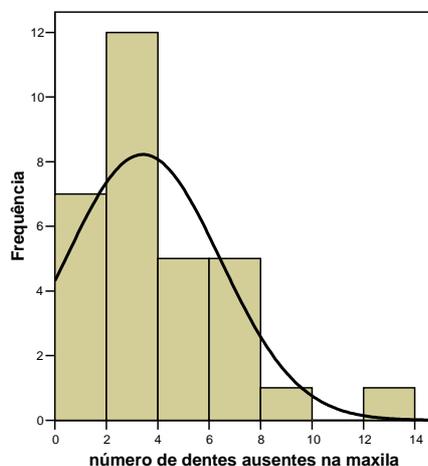
sangramento gengival		
	f	%
não sangra	23	74,2
sangra	8	25,8
Total	31	100,0

A tabela n.º12 e o gráfico n.º3 revelam que dos 31 sujeitos apresentam uma média de ausência de dentes no maxilar superior é 3,42 dentes, para um mínimo de 0 e máximo de 14 de dentes. O desvio padrão é de 3,009.

Tabela nº12- Distribuição dos respondentes por “Número de Dentes Ausentes na Maxila” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
falta de dentes Maxila	31	0	14	3,42	3,009

Gráfico n.º3- Distribuição dos respondentes para a variável “Número de Dentes Ausentes na Maxila” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)

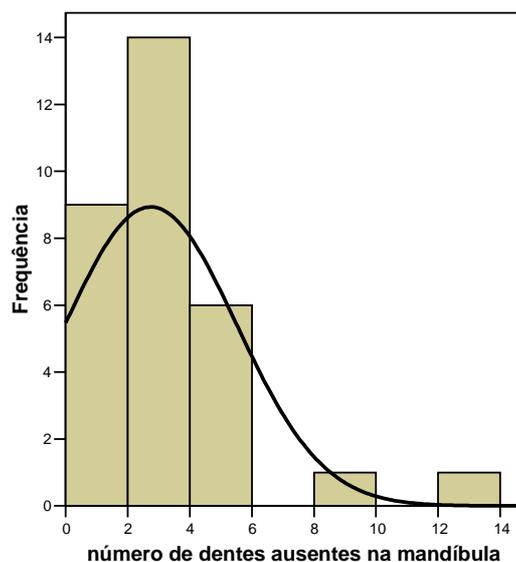


A tabela n.º13 e o gráfico n.º4 revelam que para 31 dos sujeitos, a média de ausência de dentes no maxilar inferior é 2,74 dentes, para um mínimo de 0 e máximo de 14 de dentes. O desvio padrão é de 2,768.

Tabela n.º13- Distribuição dos respondentes por “Número de Dentes Ausentes na Mandíbula” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
falta de dentes Mandíbula	31	0	14	2,74	2,768

Gráfico n.º4- Distribuição dos respondentes para a variável “Número de Dentes Ausentes na Mandíbula” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental, no ano de 2005 (n=31)

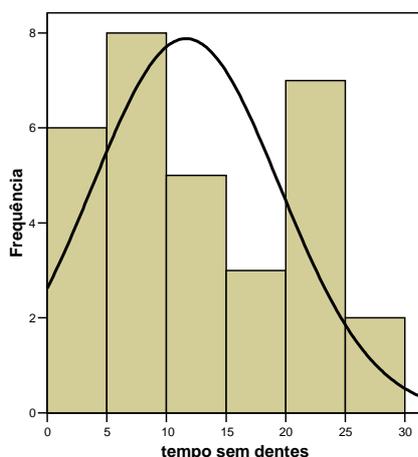


A tabela n.º14 e o gráfico n.º5 revelam que dos 31 sujeitos a média de tempo de ausência de dentes é 11,65 anos, para um tempo mínimo de ausência de 0 anos e máximo de 30. O desvio padrão é de 7,847.

Tabela nº14- Distribuição dos respondentes por “Tempo de Edentulação” em anos em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
tempo.de Edentulação	31	1	30	11,65	7,847

Gráfico n.º5- Distribuição dos respondentes para a variável “Tempo de Edentulação” em anos em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)



A maior parte dos sujeitos da amostra são saudáveis com uma percentagem de 67,7% o que representa um total de 21 indivíduos.

Tabela nº15- Distribuição dos respondentes por “Problemas de Saúde Associados” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

problemas de saúde		
	f	%
não	21	67,7
sim	10	32,3
Total	31	100,0

A Hipertensão arterial e a Hérnia discal afectam um total de 5 indivíduos com um total de 55,5% para cada patologia.

Tabela nº16- Distribuição dos respondentes por “Patologias Associadas” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

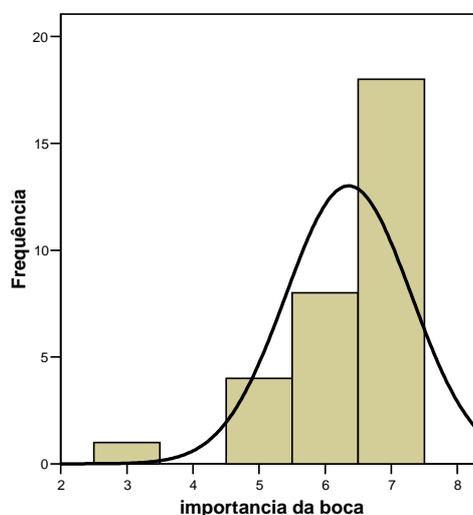
Sujeitos com Patologias Associadas		
	f	%
hipertensão arterial	3	33,3
hérnia discal	2	22,2
espondilite anquilosante	1	11,1
hipertiroidismo	1	11,1
diabetes	1	11,1
depressão	1	11,1
Total	9	100,0

Podemos verificar pela tabela e gráfico seguintes, que numa escala de 7 pontos, a média da importância atribuída à saúde oral em relação à saúde geral é 6,35, sendo o mínimo de 3 e o máximo de 7, com um desvio padrão de 0,950.

Tabela nº17- Distribuição dos respondentes por atribuição de “Importância da Boca em Relação à Saúde em Geral” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
importância da boca	31	3	7	6,35	,950

Gráfico n.º6- Distribuição dos respondentes para a variável “Importância da Boca” em clínicas dentários do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)



4.2. Caracterização dos instrumentos

4.2.1 Caracterização do OHIP

Verifica-se na tabela n.º18 e gráfico n.º7 referente à dimensão “Limitação Funcional”, que a escala tem bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo 2,94 sendo inferior ao valor médio 3,00.

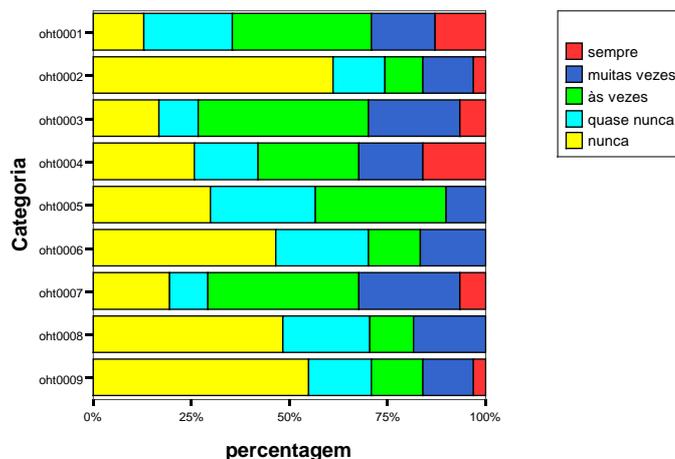
Os itens oht0003 (“Tem notado que algum dente parece não estar bem”) e oht0001 (“Tem tido dificuldades em mastigar alguns alimentos devido a problemas com dentes ou boca”) apresentam valores médios mais elevados, 3,03 e 2,94, respectivamente. Em contrapartida, os itens oht0002 (“Tem tido problemas em pronunciar palavras devido a problemas com os dentes ou boca”) e oht0009 (“Tem notado que a sua dentadura não assenta devidamente”) apresentaram valores baixos, 1,84 e 1,94, respectivamente.

O item oht0008 (“Tem notado que a sua digestão tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca”) 1,749 apresenta maior dispersão de respostas. O item oht0007 (“Tem tido comida que se agarra aos dentes”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =1,193.

Tabela n.º18- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a Dimensão, “Limitação Funcional” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Limitação Funcional					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0001	31	1	5	2,94	1,209
oht0002	31	1	5	1,84	1,241
oht0003	30	1	5	2,93	1,143
oht0004	31	1	5	2,81	1,424
oht0005	30	1	4	2,23	1,006
oht0006	30	1	4	2,00	1,145
oht0007	31	1	5	2,90	1,193
oht0008	27	1	4	2,00	1,177
oht0009	31	1	5	1,94	1,237

Gráfico n.º7-Distribuição dos respondentes para a dimensão “Limitação Funcional” do instrumento OHIP



Verifica-se na tabela n.º19 e gráfico n.º8 referente à dimensão “Dor Física”, que a escala tem bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo 2,25 sendo inferior ao valor médio 3,00.

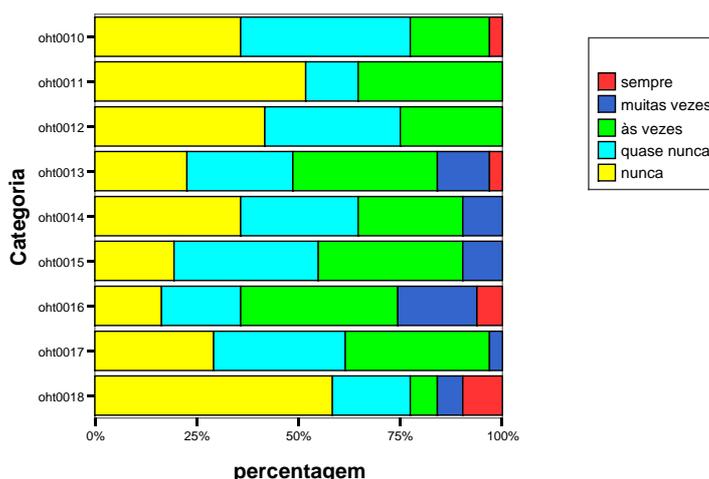
Os itens oht0016 (“Tem sentido desconforto ao comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes ou boca”) e oht0012 (“Tem tido tem tido dores de cabeça devido a problemas com dentes ou boca”) apresentam valores médios mais elevados, 2,81 e 2,77, respectivamente. Em contrapartida, os itens oht0011 (“Tem tido dores num dos maxilares?”) e oht0018 (“Tem sentido desconforto com a dentadura?”) apresentaram valores baixos, 1,84 e 1,90, respectivamente.

O item oht0012 (“Tem tido tem tido dores de cabeça devido a problemas com dentes ou boca”), Desvio Padrão = 1,91 apresenta maior dispersão de respostas. O item oht0017 (“Tem tido pontos dolorosos na boca?”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,885.

Tabela nº19- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Dor Física” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Dor Física					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0010	31	1	5	1,94	,929
oht0011	31	1	3	1,84	,934
oht0012	24	1	3	1,83	,816
oht0013	31	1	5	2,48	1,092
oht0014	31	1	4	2,10	1,012
oht0015	31	1	4	2,35	,915
oht0016	31	1	5	2,81	1,138
oht0017	31	1	4	2,13	,885
oht0018	31	1	5	1,90	1,350

Gráfico n.º8-Distribuição dos respondentes para a dimensão “Dor Física” do instrumento OHIP



Verifica-se na tabela n.º20 e gráfico n.º9 referente à dimensão “Desconforto Psicológico”, que a escala tem bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo sendo inferior ao valor médio 3,00.

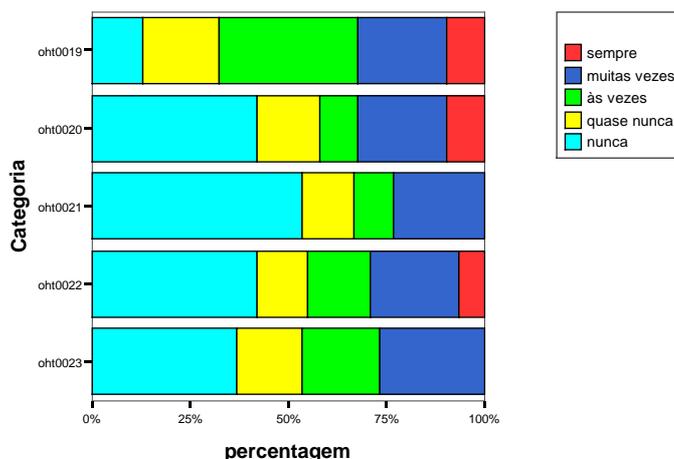
Os itens oht0019 (“Tem-se sentido incomodado com problemas de dentes?”) e oht0023 (“Tem-se sentido tenso ou ansioso devido ao aspecto dos seus dentes ou boca?”) apresentam valores médios mais elevados, 2,97 e 2,48, respectivamente. Em contrapartida, o item oht0021 (“Os problemas com os dentes têm-no tornado deprimido?”) apresentara valor mais baixo, 2,16.

O item oht0020 (“Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes ou boca?”) 1,478 apresenta maior dispersão de respostas. O item oht0019, apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =1,169.

Tabela nº20- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Desconforto Psicológico” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Desconforto Psicológico					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0019	31	1	5	2,97	1,169
oht0020	31	1	5	2,42	1,478
oht0021	30	1	4	2,03	1,273
oht0022	31	1	5	2,39	1,407
oht0023	30	1	4	2,37	1,245

Gráfico n.º9-Distribuição dos respondentes para a dimensão “Desconforto Psicológico” do instrumento OHIP



Observa-se na tabela 21 e gráfico n.º10 referente à dimensão “Incapacidade Física”, que o questionário tem bom poder discriminativo, pois obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo, sendo inferior ao valor médio 3,00.

Os itens oht0028 (“Tem sido obrigado a evitar alguns alimentos devido a problemas com boca ou dentes?”) e oht0031 (“Tem evitado sorrir devido a problemas com dentes ou boca?”) apresentam valores médios mais elevados, 2,77 e 2,35, respectivamente. De outra forma, os itens oht0030 (“Tem-lhe sido impossível comer

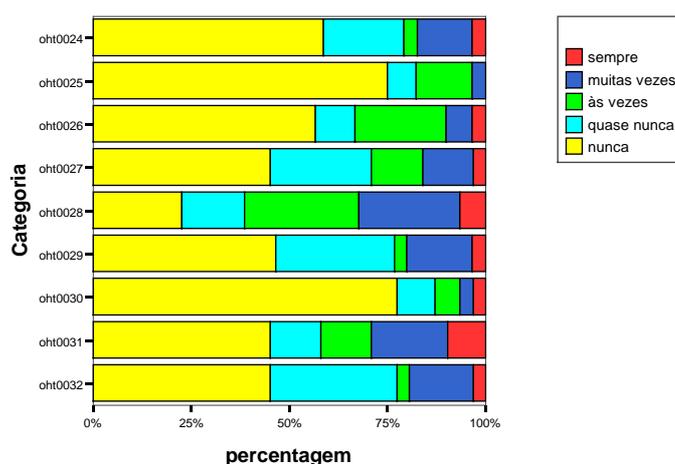
com a dentadura devido a problemas com a mesma?") e oht0025 ("Alguém o tem compreendido mal devido a problemas com os dentes ou boca?") apresentaram valores baixos, 1,45 e 1,94, respectivamente.

O item oht0025, já referido, 1,599 apresenta maior dispersão de respostas. O item oht0030 já referido, apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,995.

Tabela nº21- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Incapacidade Física” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Incapacidade Física					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0024	29	1	5	1,83	1,227
oht0025	28	1	4	1,46	,881
oht0026	30	1	5	1,90	1,185
oht0027	31	1	5	2,03	1,197
oht0028	31	1	5	2,77	1,257
oht0029	30	1	5	2,00	1,232
oht0030	31	1	5	1,45	,995
oht0031	31	1	5	2,35	1,473
oht0032	31	1	5	2,00	1,211

Gráfico n.º10- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Incapacidade Física” do instrumento OHIP



Verifica-se na tabela 22 e gráfico n.º11 referente à dimensão “Incapacidade Psicológica”, que a escala revela bom poder discriminativo, já que se obtiveram

respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo sendo inferior ao valor médio 3,00.

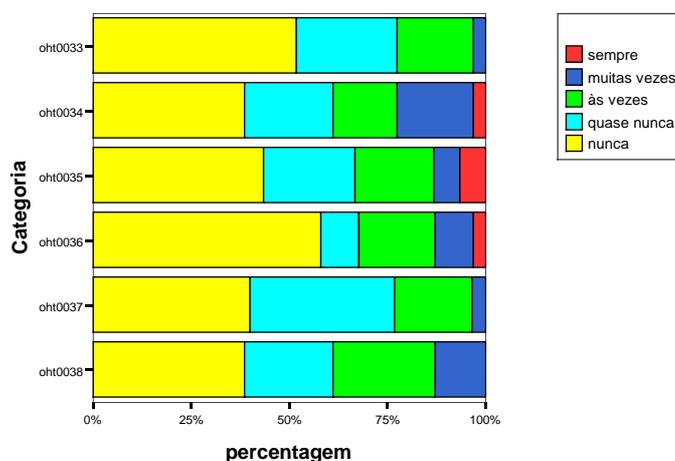
Os itens oht0035 (“Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com dentes ou boca?”) e oht0034 (“Tem sentido perturbado devido a problemas com dentes ou boca?”) apresentam valores médios mais elevados, 2,26 e 2,23, respectivamente. Em sentido contrário, os itens oht0033 (“Tem tido problemas em pronunciar palavras devido a problemas com os dentes ou boca?”) e oht0036 (“O seu sono tem sido interrompido a problemas com dentes ou boca?”) apresentaram valores baixos, 1,74 e 1,90, respectivamente.

O item oht0035, já observado apresenta também a maior dispersão de respostas, 1,407. O item oht0033 já referido anteriormente, apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,893.

Tabela nº22- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Incapacidade Psicológica” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Incapacidade Psicológica					
	N	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0033	31	1	4	1,74	,893
oht0034	31	1	5	2,26	1,264
oht0035	30	1	5	2,10	1,242
oht0036	31	1	5	1,90	1,221
oht0037	30	1	4	1,87	,860
oht0038	31	1	4	2,13	1,088

Gráfico n.º11- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Incapacidade Psicológica” do instrumento OHIP



Pela observação da tabela n.º23 e gráfico n.º12 referente à dimensão “Incapacidade social”, constata-se que a escala tem bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo, sendo inferior ao valor médio 3,00.

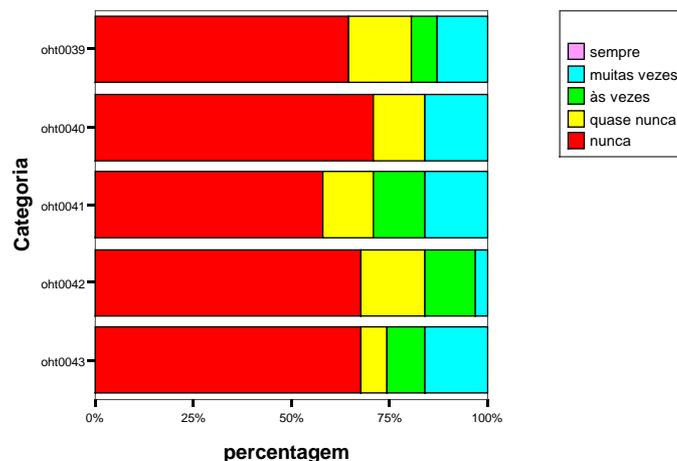
Os itens oht0041 (“Tem tido dificuldades em relacionar-se som outras pessoas devido a problemas com dentes ou boca?”) e oht0043 (“Tem tido dificuldades em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com dentes ou boca?”) apresentam valores médios mais elevados, 1,87 e 1,74, respectivamente. Apresentaram valores baixos os itens oht0042 (“Tem-se irritado um pouco com as outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?”) e oht0040 (“Tem-se sentido menos tolerante para com o seu cônjuge/namorado devido a problemas com os dentes ou boca?”), 1,52 e 1,61, respectivamente.

O item oht0043 (“Tem tido dificuldades em relacionar-se som outras pessoas devido a problemas com dentes ou boca?”) 1,182, apresenta maior dispersão de respostas. O item oht0042 (“Tem-se irritado um pouco com as outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,851.

Tabela n.º23- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Incapacidade Social” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Incapacidade Social					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0039	31	1	4	1,68	1,077
oht0040	31	1	4	1,61	1,116
oht0041	31	1	4	1,87	1,176
oht0042	31	1	4	1,52	,851
oht0043	31	1	4	1,74	1,182

Gráfico n.º12- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Incapacidade Social” do instrumento OHIP



Verifica-se na tabela 24 e gráfico n.º13 referente à dimensão “Desvantagem”, que a escala tem bom poder discriminativo, pois obtiveram-se respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo inferior ao valor médio 3,00.

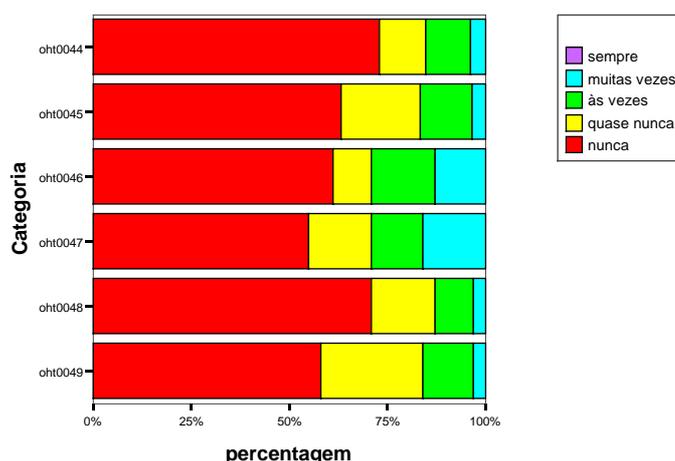
Os itens oht0044 (“Tem sentido que o seu estado de saúde geral tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?”) e oht0047 (“Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com dentes ou boca?”) apresentam valores médios mais elevados, 2,19 e 1,90, respectivamente. Por outro lado, os itens oht0048 (“Tem-lhe sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes ou boca?”) e oht0049 (“Tem-lhe sido incapaz trabalhar com plena capacidade devido a problemas com dentes ou boca?”) apresentaram valores baixos, 1,45 e 1,61, respectivamente.

O item oht0044 (“Tem sentido que o seu estado de saúde geral tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?”) apresenta maior dispersão de respostas Desvio Padrão = 1,869. O item oht0048 (“Tem-lhe sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes ou boca?”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,810.

Tabela nº24- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Desvantagem,” do Questionário OHIP, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Desvantagem					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
oht0044	26	1	4	1,46	,859
oht0045	30	1	4	1,57	,858
oht0046	31	1	4	1,81	1,138
oht0047	31	1	4	1,90	1,165
oht0048	31	1	4	1,45	,810
oht0049	31	1	4	1,61	,844

Gráfico n.º13- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Desvantagem” do instrumento OHIP



4.2.2 Caracterização do SF-36

Verifica-se na tabela 25 e gráfico n.º14 referente à dimensão “Função Física”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 2,00, o valor médio deslocado para a direita significa presença de saúde.

Os itens sft03j (“Tomar banho ou vestir-se sozinho/a”) e 3i (“Andar uma centena de metros”) apresentam valores médios mais elevados, 3,00 e 2,94, respectivamente. Em contrapartida, os itens sft03a (“Actividades violentas, tais como correr, levantar

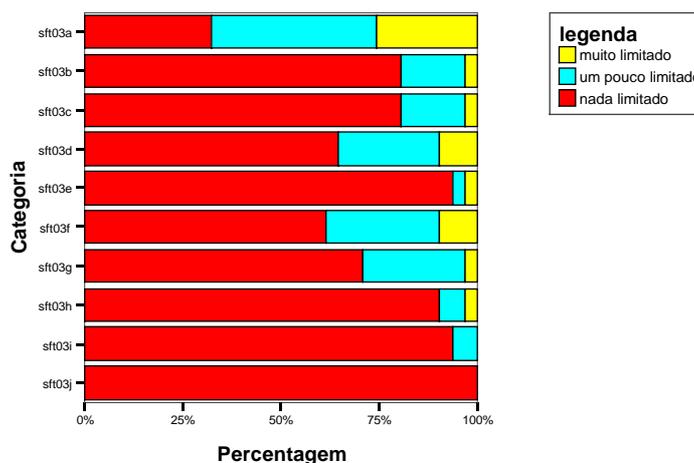
pesos, participar em desportos extenuantes”) e sft03f (“Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se”) apresentaram valores baixos, 2,06 e 2,52, respectivamente.

O item sft03a (“Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes”) 0,772 apresenta maior dispersão de respostas. O item sft03j (“Tomar banho ou vestir-se sozinho/a”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =0,00, todas os sujeitos responderam da mesma forma.

Tabela nº25- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Função Física” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Função Física					
	f	Média	Desv. Pad.	Min	Max
sft03a	31	2,06	,772	1	3
sft03b	31	2,77	,497	1	3
sft03c	31	2,77	,497	1	3
sft03d	31	2,55	,675	1	3
sft03e	31	2,90	,396	1	3
sft03f	31	2,52	,677	1	3
sft03g	31	2,68	,541	1	3
sft03h	31	2,87	,428	1	3
sft03i	31	2,94	,250	2	3
sft03j	31	3,00	,000	3	3

Gráfico n.º14- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Função Física” do instrumento SF-36



Verifica-se na tabela n.º26 e gráfico n.º15 referente à dimensão “Desempenho Físico”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, o valor médio deslocado para a direita significa presença de saúde.

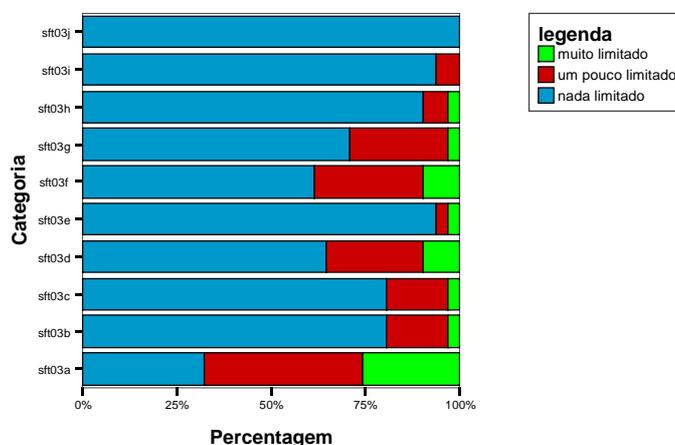
Os itens sft04a (“Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades”) e sft04c (“Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades”) apresentam valores médios mais elevados, 4,32. Em contrapartida, os itens sft04b (“Fez menos do que queria”) apresentara valores baixos, 4,16.

O item sft04b (“Fez menos do que queria”) 1,036 apresenta maior dispersão de respostas. O item sft04c (“Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =0,871.

Tabela n.º26- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Desempenho Físico “ do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Desempenho Físico					
	f	Média	Desv. Pad.	Min.	Max.
sft04a	31	4,32	,909	2	5
sft04b	31	4,16	1,036	1	5
sft04c	31	4,32	,871	2	5
sft04d	31	4,26	,965	2	5

Gráfico n.º15- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Desempenho Físico” do instrumento SF-36



Verifica-se na tabela n.º27 e gráficos n.º16 e n.º17 referente à dimensão “Dor Física”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, o valor médio deslocado para a direita, já com a inversão dos valores significa presença de saúde.

O item sft07 (“Durante as últimas 4 semanas teve dores”) apresenta valores médios mais elevados, 4,42.

O item sft08 (“Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal, tanto fora de casa como no trabalho doméstico”) apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =0,983.

Tabela n.º27- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Dor Física” do Questionário SF-36, no ano de 2005 em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental (n=31)

Dor Física					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
sft07*	31	1	6	4,42	1,361
sft08*	31	2	5	4,03	,983

* valores invertidos

Gráfico n.º16- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Dor Física” do instrumento SF-36, item 7

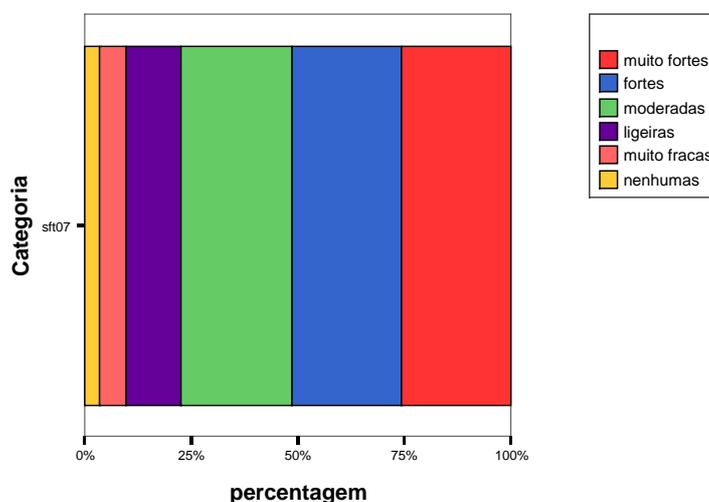
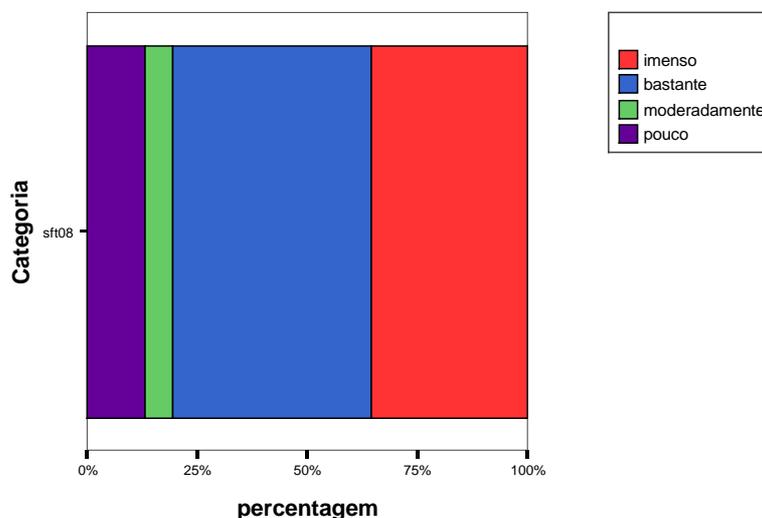


Gráfico n.º17- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Dor Física” do instrumento SF-36, item 8



Verifica-se na tabela 28 e gráfico n.º18 referente à dimensão “Saúde Geral” que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, e já com os respectivos valores invertidos, o valor médio deslocado para a direita significa presença de saúde.

Os itens sft011a (“Parece que adoço mais facilmente do que os outros”) e 11b (“Sou tão saudável como qualquer outra pessoa”) apresentam valores médios mais elevados, 4,00 e 3,61, respectivamente. Em contrapartida, os itens sft01 (“Em geral, diria que a sua saúde é:”) e sft011d (A minha saúde é ótima) apresentaram valores baixos, 3,03 e 3,29 respectivamente.

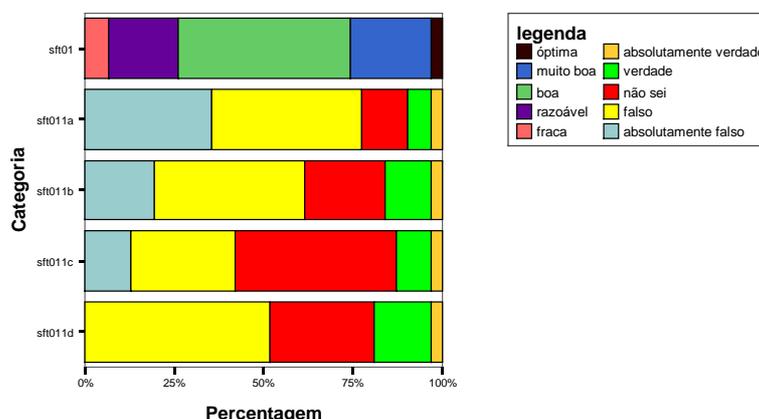
O item sft011b (“Sou tão saudável como qualquer outra pessoa”) 1,054 apresenta maior dispersão de respostas. O item sft011d (“A minha saúde é ótima”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =0,864.

Tabela n.º28- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Saúde Geral” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Saúde Geral					
	f	Média	Desv. Pad.	Min.	Max.
sft01 ^a	31	3,03	,912	1	5
sft011a	31	4,00	1,033	1	5
sft011b ^a	31	3,61	1,054	1	5
sft011c	31	3,39	,955	1	5
sft011d ^a	31	3,29	,864	1	4

^a valores invertidos

Gráfico n.º18- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Saúde Geral” do instrumento SF-36



Verifica-se na tabela n.º29 e gráfico n.º19 referente à dimensão “Vitalidade” que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, e já com os respectivos valores invertidos, o valor médio deslocado para a direita significa presença de saúde.

Os itens sft09g (“Se sentiu estafado/a”) e sft09i (“Se sentiu cansado/a”) apresentam valores médios mais elevados, 3,74 e 3,58, respectivamente. Em contrapartida, os itens sft09e (Se sentiu com muita energia) sft09a (“Se sentiu cheio/a de vitalidade:”) e apresentaram valores baixos, 3,35 e 3,55 respectivamente.

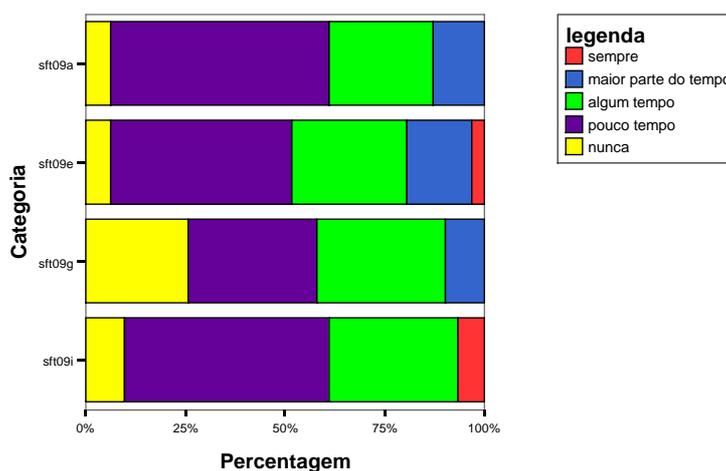
O item sft09g (“Se sentiu estafado/a”) Desvio Padrão = 0,965 apresenta maior dispersão de respostas. O item sft09a (“Se sentiu cheio/a de vitalidade”) apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,864.

Tabela nº29- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Vitalidade” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Vitalidade					
	f	Média	Desv. Pad.	Min.	Max.
sft09a ^a	31	3,55	,810	2	5
sft09e ^a	31	3,35	,950	1	5
sft09g	31	3,74	,965	2	5
sft09i	31	3,58	,923	1	5

^a valores invertidos

Gráfico n.º19- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Vitalidade” do instrumento SF-36



Verifica-se na tabela n.º30 e gráficos n.º20 e n.º21 referente à dimensão “Função Social”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, o valor médio deslocado para a direita, já com a inversão dos valores, significa presença de saúde.

O item sft010 (“Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social?”) apresenta valores médios mais elevados, 4,23.

O item sft06 (“Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a

família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?") apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =0,845.

Tabela nº30- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Função Social” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Função Social					
	f	Média	Desv. Pad.	Min.	Max.
sft06*	31	4,16	,969	2	5
sft010	31	4,23	,845	2	5

* valores invertidos

Gráfico n.º20- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Função Social” do instrumento SF-36, item 6

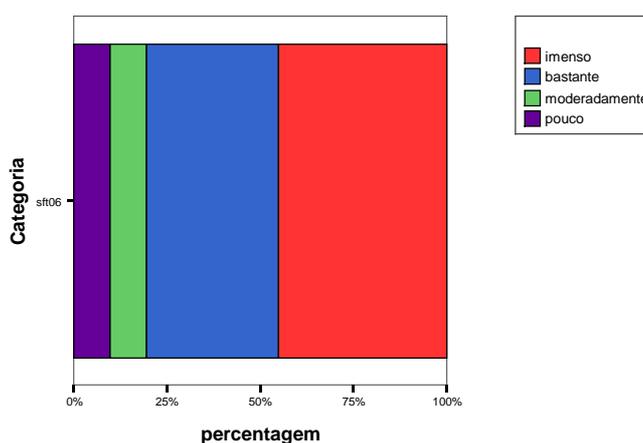
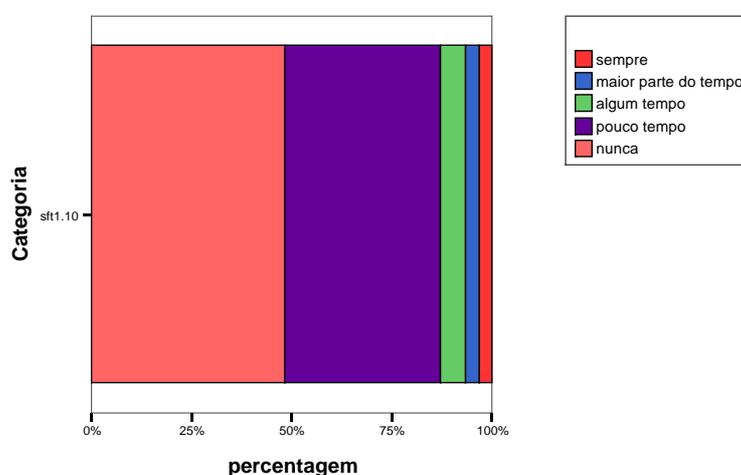


Gráfico n.º21- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Função Social” do instrumento SF-36, item 10



Verifica-se na tabela 31 e gráfico n.º22 referente à dimensão “Desempenho Emocional”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, o valor médio deslocado para a direita significa presença de saúde.

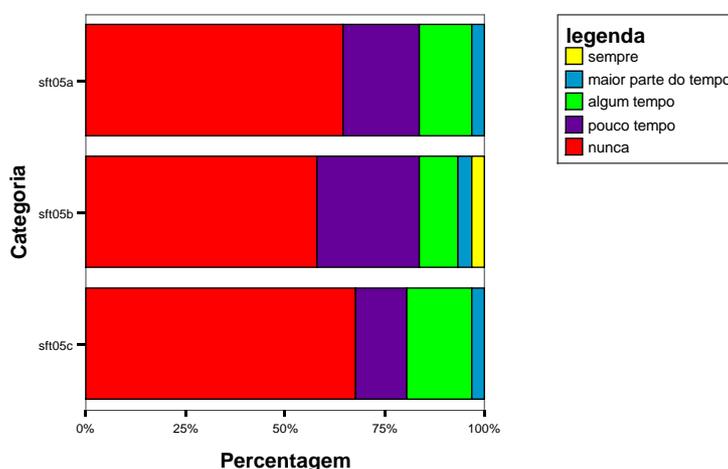
Os itens sft05a (“Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades”) e sft05c (“Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.”) apresentam valores médios mais elevados, 4,45, igualmente. Em contrapartida, os itens sft05b (“Fez menos do que queria?”) apresentou valores baixos, 4,32.

O item sft05b (“Fez menos do que queria?”) 1,013 apresenta maior dispersão de respostas. O item sft05a (“Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades”), apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão =0,850.

Tabela nº31- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para a dimensão “Desempenho Emocional” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Desempenho Emocional					
	f	Média	Desv. Pad.	Min.	Max.
sft05a	31	4,45	,850	2	5
sft05b	31	4,32	1,013	1	5
sft05c	31	4,45	,888	2	5

Gráfico n.º22- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Desempenho Emocional” do instrumento SF-36



Verifica-se na tabela n.º32 e gráfico n.º23 referente à dimensão “Saúde Mental”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor alto sendo superior ao valor médio 3,00, o valor médio deslocado para a direita, já com a inversão dos valores, significa presença de saúde.

Os itens sft09c (“Se sentiu tão deprimido que nada o/a animava?”) e sft09f (“Se sentiu deprimido/a”) apresentam valores médios mais elevados, 4,29 e 4,19, respectivamente.

Os itens sft09h (“Se sentiu feliz?”) e sft09d (“Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?”) apresentam valores médios mais baixos, 3,48 e 3,65, respectivamente.

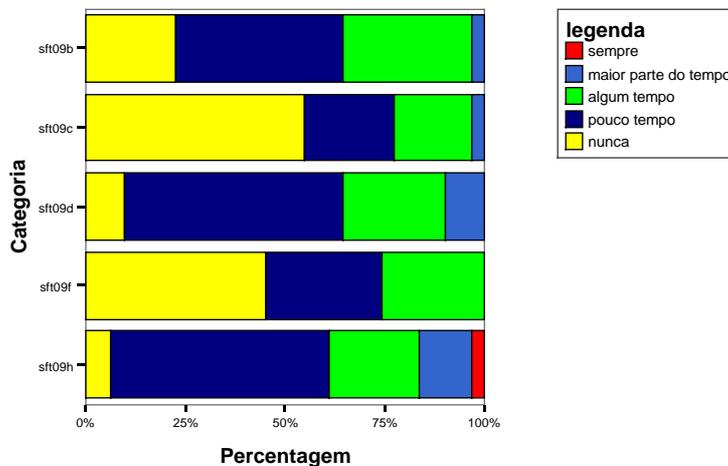
O item sft09h (“Se sentiu feliz?”) com Desvio Padrão 0,926 apresenta maior dispersão de respostas. O item sft09d (“Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?”) apresenta a menor variabilidade de respostas, Desvio Padrão = 0,798

Tabela n.º32- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para os itens que constituem a dimensão “Saúde Mental” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Saúde Mental					
	f	Média	Desv. Pad.	Min.	Max.
sft09b	31	3,84	,820	2	5
sft09c	31	4,29	,902	2	5
sft09d*	31	3,65	,798	2	5
sft09f	31	4,19	,833	3	5
sft09h*	31	3,48	,926	1	5

* valores invertidos

Gráfico n.º23- Distribuição dos respondentes para a dimensão “Saúde Mental” do instrumento SF-36



Verifica-se na tabela n.º33 e referente à dimensão “Mudança de Saúde”, que a escala parece ter bom poder discriminativo, já que se obtiveram respostas em todos os pontos da escala e em quase todos os itens. Os valores médios da escala apresentam um valor baixo sendo inferior ao valor médio 3,00.

O item sft02 (“Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:”) apresenta valores médios elevados de 2,90 e um Desvio Padrão de 0,651.

Tabela n.º33- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo, para o item “Mudança de Saúde” do Questionário SF-36, em Clínicas Dentárias do Centro e Sul de Portugal Continental no ano de 2005 (n=31)

Mudança de Saúde					
	f	Min.	Max.	Média	Desv. Pad.
sf36-t02	31	1	4	2,90	,651

4.3 Propriedades Psicométricas dos Instrumentos

Pela observação do quadro n.º6 verificamos que todas as dimensões que compõem o instrumento OHIP, apresentam um valor de Alfa de Cronbach > 0,844, indicador de consistência interna adequada.

Quadro n.º6 - Valores do alfa de Cronbach (n=31), para as dimensões do instrumento OHIP

Dimensão	Item	Alfa de Cronbach
Limitação Funcional	1-2-3-4-5-6-7-8-9	0,897
Dor Física	1º-11-12-13-14-15-16-17-18	0,844
Desconforto Psicológico	19-20-21-22-23	0,941
Incapacidade Física	24-25-26-27-28-29-30-31-32	0,925
Incapacidade Psicológica	33-34-35-36-37-38	0,940
Incapacidade Social	39-40-41-42-43	0,965
Desvantagem	44-45-46-47-48-49	0,905

Também verificamos genericamente uma consistência interna adequada para dimensões que compõem o instrumento SF36, cujo valor do Alfa de Cronbach se apresenta superior a 0,786, conforme quadro n.º7. No entanto a dimensão Função Física por não apresentar variância de resposta, não foi possível obter o valor do Alfa de Cronbach, pelo que será abandonada do nosso estudo.

Quadro n.º7- Valores do alfa de Cronbach (n=31), para as dimensões do instrumento SF-36v2

Dimensão	Itens	Alfa de Cronbach
FF- Função Física	3 - a, b, c, d, e, f, g, h, i, j	
DP- Desempenho Físico	4 - a, b, c, d	0,947
D – Dor Física	7, 8	0,886
SG – Saúde Geral	1, 11 - a, b, c, d	0,830
VT – Vitalidade	9 - a, e, g, i	0,890
FS – Função Social	6 - 10	0,786
DE – Desempenho Emocional	5 - a, b, c	0,922
SM – Saúde Mental	9 – b, c, d, f, h	0,871
* valor não calculado		

No sentido de evidenciar a multidimensionalidade dos instrumentos optou-se por efectuar estudo correlacional das dimensões dos anteriormente instrumentos referidos, isto é, dimensões do OHIP e SF-36

Pela análise da Tabela n.º34 verificamos que todas as dimensões do Instrumento OHIP, estão correlacionados para um nível de significância de $p < 0,01$, sendo abonatório de um constructo multidimensional.

Tabela n.º34- Correlação entre as dimensões do instrumento OHIP, no momento T0

Correlações							
	Lim_ Func_ T0	Dor_ Fisic_ T0	Desconf _Psi_T0	incapac _fisica_ T0	incap_ psicolog ica_T0	Incapac _Social _T0	Desvantagens _T0
Lim_Func_T0	1,000	,720**	,751**	,788**	,782**	,660**	,633**
Dor_Fisic_T0		1,000	,472**	,619**	,609**	,406*	,469**
Desconf_Psi_T0			1,000	,791**	,834**	,814**	,749**
incapac_fisica_T0				1,000	,896**	,748**	,773**
incap_psicologica_T0					1,000	,857**	,788**
Incapac_Social_T0						1,000	,748**
Desvantagens_T0							1,000

** . Correlação estatisticamente significativa para um nível de significância de 0.01

* . Correlação estatisticamente significativa para um nível de significância de 0.05

Pela análise da Tabela n.º35 verificamos, que globalmente as dimensões do Instrumento SF36, estão correlacionados para um nível de de $p < 0,01$, indiciando ser um constructo multidimensional.

Tabela n.º35- Correlação entre as dimensões do instrumento SF-36, no momento T0

Correlação de spearman								
	Func_ Fisic_ T0	Desemp _Fisico_ T0	Dor_ Fisica_ T0	Saude_ Geral_ T0	Vitalid ade_ T0	Função _Social _T0	Desemp _Emoc_ T0	Saude_ Ment_ T0
Func_Fisic_T0	1,000	,658**	,688**	,761**	,493**	,217	,509**	,536**
Desemp_Fisico_T0		1,000	,874**	,652**	,622**	,342	,652**	,513**
Dor_Fisica_T0			1,000	,672**	,717**	,482**	,686**	,707**
Saude_Geral_T0				1,000	,555**	,354	,548**	,593**
Vitalidade_T0					1,000	,478**	,585**	,785**
Função_Social_T0						1,000	,516**	,638**
Desemp_Emoc_T0							1,000	,665**
Saude_Ment_T0								1,000

** . Correlação estatisticamente significativa para um nível de significância de 0.01.

4.4 Teste de Hipóteses

De forma a seleccionar os testes estatísticos mais adequados, optou-se por analisar a normalidade na distribuição das respostas por dimensões dos instrumentos.

Pela observação da tabela n.º36 rejeitamos a hipótese das dimensões do instrumento OHIP apresentarem uma distribuição normal.

Tabela n.º36- Teste de normalidade para as dimensões do instrumento OHIP, no momento T0

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Lim_Func_T0	,156	31	,052	,891	31	,004
Dor_Fisic_T0	,160	31	,042	,904	31	,009
Desconf_Psi_T0	,208	31	,002	,870	31	,001
incapac_fisica_T0	,171	31	,022	,873	31	,002
incapac_psicologica_T0	,167	31	,028	,873	31	,002
Incapac_Social_T0	,284	31	,000	,698	31	,000
Desvantagens_T0	,236	31	,000	,780	31	,000

a. Correção de Significância de Lilliefors

Pela observação da tabela n.º37 apenas aceitamos a hipótese da distribuição ser normal para as dimensões “Saúde Geral e Vitalidade”(Saude_Geral_T0 p=0,241 e Vitalidade_T0 p=0,267). Deste modo, iremos utilizar testes não paramétricos para testar as hipóteses propostas. No entanto, sempre que julgarmos necessário, serão apresentados numa perspectiva meramente descritiva, os valores médios obtidos, permitindo evidenciar a tendência observada.

Tabela nº37-Teste de normalidade para as dimensões do instrumento SF-36, no momento T0

	Teste de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Func_Fisic_T0	,217	31	,001	,738	31	,000
Desemp_Fisico_T0	,225	31	,000	,817	31	,000
Dor_Fisica_T0	,177	31	,015	,888	31	,004
Saude_Geral_T0	,125	31	,200	,957	31	,241
Vitalidade_T0	,163	31	,036	,959	31	,267
Funçao_Social_T0	,258	31	,000	,783	31	,000
Desemp_Emoc_T0	,330	31	,000	,711	31	,000
Saude_Ment_T0	,208	31	,002	,887	31	,004
Mudan_Saude_T0	,430	31	,000	,638	31	,000

a. Correção de significância de Lilliefors

No sentido de dar resposta aos objectivos e/ou hipóteses formuladas, optámos por apresentar cada hipótese e o teste estatístico utilizado, bem como significância das diferenças encontradas.

Em algumas situações apresentamos também gráficos que evidenciam visualmente a distribuição do fenómeno em estudo e/ou valores médios, visando apenas contribuir para a descrição do fenómeno.

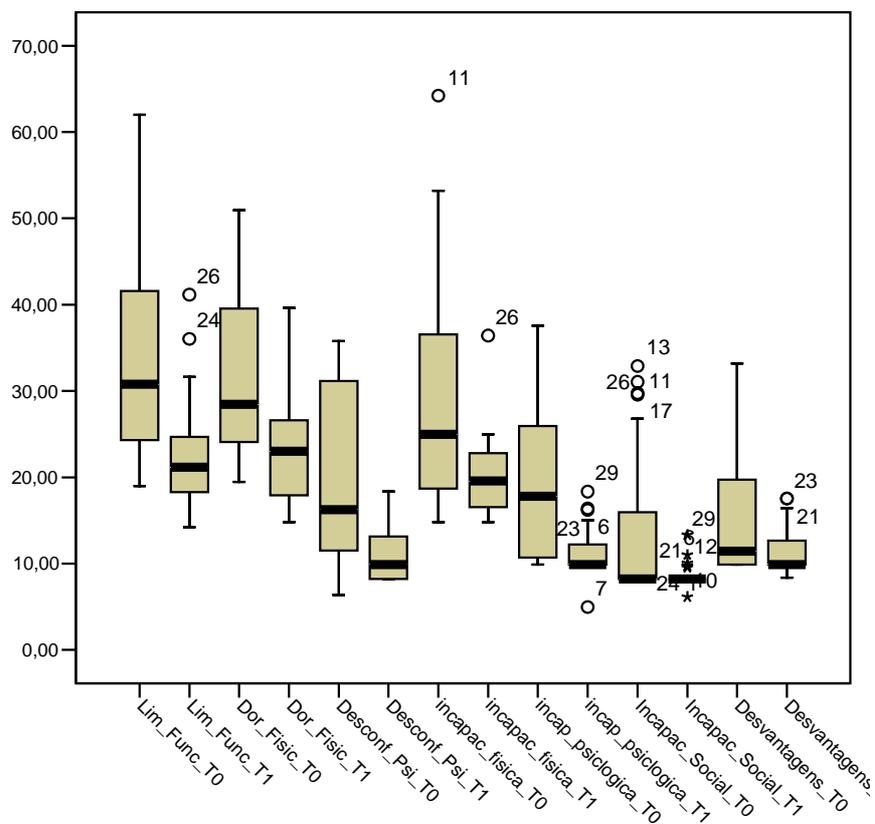
Hipótese 1 - A reabilitação oral com implantes dentários promove uma melhoria da qualidade de vida.

Iniciámos pelo cálculo das dimensões do instrumento OHIP, nos pacientes submetidos a reabilitação oral com implantes dentários. Verificamos na Tabela n.º38, que globalmente as médias baixam do momento T0, para o momento T1, indiciando melhoria do estado de saúde. Também pela análise do gráfico n.º24, verificamos um valor da mediana mais baixo no momento T1 relativamente ao momento T0.

Tabela n.º 38 Média e Desvio Padrão nas dimensões do instrumento OHIP nos momentos T0 e T1

	Média	N	Desv. Pad
Lim_Func_T0	34,4727	31	12,84978
Lim_Func_T1	22,3690	31	6,37324
Dor_Fisic_T0	31,1521	31	9,36407
Dor_Fisic_T1	23,2094	31	6,84677
Desconf_Psi_T0	19,7045	31	9,87941
Desconf_Psi_T1	11,0732	31	3,31475
incapac_fisica_T0	28,6381	31	13,64279
incapac_fisica_T1	19,9620	31	4,43745
incapac_psicologica_T0	19,3357	31	9,23446
incapac_psicologica_T1	11,1012	31	2,64183
Incapac_Social_T0	13,7504	31	8,31634
Incapac_Social_T1	8,6076	31	1,19750
Desvantagens_T0	15,4233	31	7,09640
Desvantagens_T1	11,3993	31	2,62848

Gráfico n.º24- Gráfico de dispersão tipo boxplot nas dimensões do instrumento OHIP nos momentos T0 e T1



De forma a testar a significância das diferenças efectuou-se o teste de Wilcoxon, apresentado na tabela nº39, verificando-se de diferenças estatisticamente significativas entre o momento T0 e T1 em todas as dimensões do instrumento OHIP.

Tabela n.º 39- Média ordinal e significância das diferenças por dimensão, nos momentos T0 e T1 do instrumento OHIP

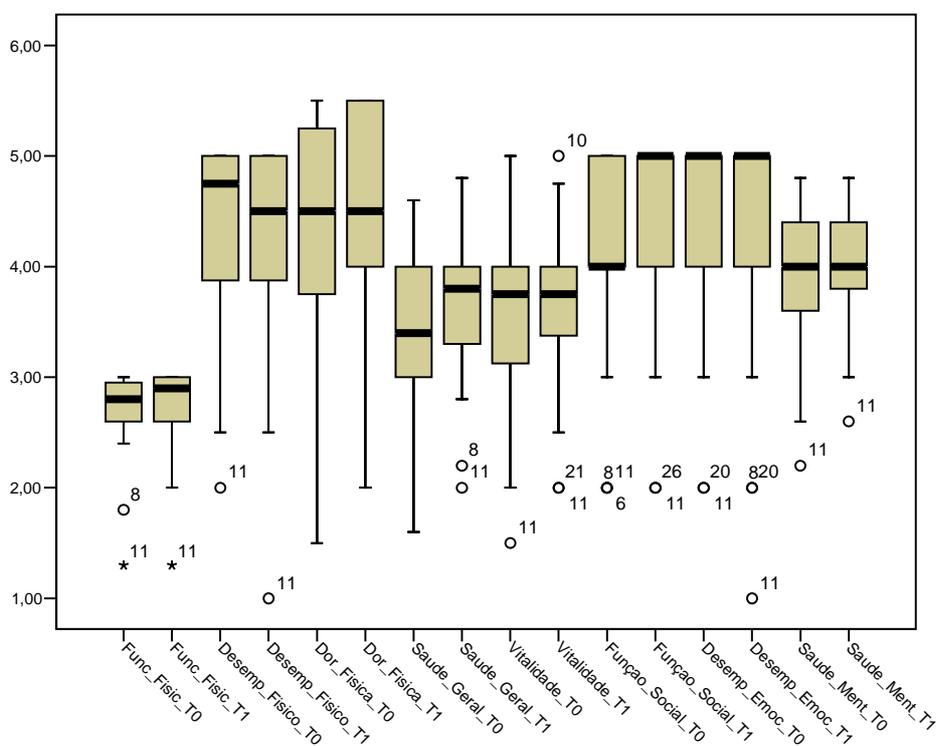
Teste de Wilcoxon				
		N	Média Ordinal	Sig. Estat. das Diferenças
Lim_Func_T1 - Lim_Func_T0	Ordenação Negativa	27	15,52	
	Ordenação Positiva	2	8,00	,000
Dor_Fisic_T1 - Dor_Fisic_T0	Ordenação Negativa	25	14,76	
	Ordenação Positiva	2	4,50	,000
Desconf_Psi_T1 - Desconf_Psi_T0	Ordenação Negativa	21	12,43	
	Ordenação Positiva	2	7,50	,000
incapac_fisica_T1 - incapac_fisica_T0	Ordenação Negativa	18	12,28	
	Ordenação Positiva	3	3,33	,000
incap_psicologica_T1 - incap_psicologica_T0	Ordenação Negativa	18	10,50	
	Ordenação Positiva	1	1,00	,000
Incapac_Social_T1 - Incapac_Social_T0	Ordenação Negativa	13	8,88	
	Ordenação Positiva	2	2,25	,002
Desvantagens_T1 - Desvantagens_T0	Ordenação Negativa	16	10,75	
	Ordenação Positiva	3	6,00	,002

Observando a Tabela n.º40, referente às médias e desvios padrão das dimensões do instrumento SF-36, verificamos que, nas dimensões “Função Física”, “Dor Física”, “Saúde Geral”, “Vitalidade”, “Função Social” e “Saúde Mental”, as médias sobem do momento T0 para o momento T1. Nas restantes dimensões ocorre um decréscimo do momento T0 para o momento T1. Também através do gráfico n.º25, podemos verificar o padrão referido.

Tabela n.º 40- Média e Desvio Padrão nas dimensões do instrumento SF-36 nos momentos T0 e T1

	Média	N	Desv. Pad.
Func_Fisic_T0	2,7065	31	,37589
Desemp_Fisico_T0	4,2661	31	,88019
Dor_Fisica_T0	2,2742	31	1,12427
Saude_Geral_T0	3,0903	31	,33799
Vitalidade_T0	3,1048	31	,35809
Função_Social_T0	1,8387	31	,96943
Desemp_Emoc_T0	4,3871	31	,91022
Saude_Ment_T0	3,4387	31	,34417
Mudan_Saude_T0	2,9032	31	,65089
Func_Fisic_T1	2,7161	31	,36796
Desemp_Fisico_T1	4,2419	31	,99055
Dor_Fisica_T1	2,0645	31	1,13094
Saude_Geral_T1	3,1032	31	,42543
Vitalidade_T1	3,1048	31	,39144
Função_Social_T1	1,6774	31	,87129
Desemp_Emoc_T1	4,3226	31	1,06887
Saude_Ment_T1	3,4452	31	,29982
Mudan_Saude_T1	2,7742	31	,80456

Gráfico n.º25- Gráfico de dispersão tipo boxplot nas dimensões do instrumento SF-36 nos momentos T0 e T1



Da observação da tabela nº41, decorrente da aplicação do teste de Wilcoxon, verifica-se genericamente não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os momentos T0 e T1, excepto para a dimensão “Dor Física” $p=0,029$.

Tabela n.º41- Média ordinal e significância das diferenças por dimensão, nos momentos T0 e T1 dos instrumentos OHIP e SF-36

		Teste de Wilcoxon		
		N	Média Ordinal	Sig. Estat. das Diferenças
Func_Fisic_T1 - Func_Fisic_T0	Ordenação Negativa	1	5,00	
	Ordenação Positiva	4	2,50	,496
Desemp_Fisico_T1 - Desemp_Fisico_T0	Ordenação Negativa	4	6,38	
	Ordenação Positiva	5	3,90	,720
Dor_Fisica_T1 - Dor_Fisica_T0	Ordenação Negativa	2	6,00	
	Ordenação Positiva	10	6,60	,029
Saude_Geral_T1 - Saude_Geral_T0	Ordenação Negativa	5	4,60	
	Ordenação Positiva	9	9,11	,600
Função_Social_T1 - Função_Social_T0	Ordenação Negativa	2	3,00	
	Ordenação Positiva	5	4,40	,160
Desemp_Emoc_T1 - Desemp_Emoc_T0	Ordenação Negativa	5	3,60	
	Ordenação Positiva	2	5,00	,482
Saude_Ment_T1 - Saude_Ment_T0	Ordenação Negativa	4	4,00	
	Ordenação Positiva	9	8,33	,360
Mudan_Saude_T1 - Mudan_Saude_T0	Ordenação Negativa	4	3,63	
	Ordenação Positiva	2	3,25	,359

Com o intuito de avaliar a validade convergente entre os dois instrumentos, são apresentadas as correlações entre as dimensões do instrumento OHIP e instrumento SF 36, verificando-se que globalmente não existe relação entre os dois instrumentos. No entanto observamos correlações estatisticamente significativas entre as duas dimensões da “Dor Física” $p=0,366$; apresentando um padrão de convergência nas duas escalas. Relativamente à dimensão “Função Social” do instrumento SF-36, verifica-se que está correlacionada negativamente com as dimensões “Limitação Funcional” $p=0,615$ e “Incapacidade Psicológica” $p=0,403$.

Tabela n.º42- Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões dos instrumentos OHIP e SF-36

Correlação de Spearman

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
ch_Lim_Func_T1	1,000	,707**	,598**	,400*	,519**	,421*	,220	-,217	-,097	-,322	-,260	-,169	-,615**	-,184	-,260
ch_Dor_Fisic_T1		1,000	,543**	,320	,517**	,426*	,315	-,034	-,103	-,366*	,008	-,172	-,246	-,106	-,062
ch_Desconf_Psi_T1			1,000	,241	,704**	,542**	,466**	-,119	-,135	-,255	-,051	-,188	-,310	-,038	-,204
ch_incapac_fisica_T1				1,000	,385*	,111	,176	,026	-,020	-,209	-,232	-,137	-,403*	-,287	-,354
ch_incap_psicologica_T1					1,000	,694**	,425*	-,063	-,055	-,171	-,090	,139	-,147	-,049	-,012
ch_Incapac_Social_T1						1,000	,361*	-,163	-,096	-,269	-,189	-,010	-,291	-,183	-,165
ch_Desvantagens_T1							1,000	-,026	-,064	-,109	,134	,063	-,121	-,183	-,077
Func_Fisic_T1								1,000	,626**	,564**	,680**	,413*	,188	,403*	,515**
Desemp_Fisico_T1									1,000	,815**	,504**	,578**	,231	,730**	,526**
Dor_Fisica_T1										1,000	,593**	,661**	,349	,712**	,696**
Saude_Geral_T1											1,000	,386*	,230	,418*	,524**
Vitalidade_T1												1,000	,420*	,511**	,776**
Função_Social_T1													1,000	,433*	,598**
Desemp_Emoc_T1														1,000	,531**
Saude_Ment_T1															1,000

a-limitação funcional, b-dor física, c-desconforto psicológico, d-incapacidade física, e-incapacidade psicológica, f-incapacidade social, g-desvantagens, h-função física, i-desempenho físico, j-dor física, k-saúde geral, l-vitalidade, m-função social, n-desempenho emocional, o-saúde mental

[a,b,c,d,e,f,g-OHIP-momento T1] [h,i,j,k,l,m,n,o-SF36-momentoT1]

** Correlação estatisticamente significativa para um nível de

* Correlação estatisticamente significativa para um nível de significância de 0.05.

Hipótese 2 - Existe relação entre a melhoria da qualidade de vida e o grau de satisfação com a opção protética.

Da observação da tabela n.º43, verificamos que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o grau de satisfação com esta reabilitação protética, e as dimensões “Limitação Funcional” $p=-0,380$, “Desconforto Psicológico” $p=-0,443$ e “Incapacidade Psicológica” $p=-0,385$, indicando que quanto maior o grau de satisfação com a reabilitação, menor a limitação funcional, menor o desconforto e menor a incapacidade psicológica.

Tabela n.º43- Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento OHIP e a variável satisfação

Correlação de Spearman

	t1satisf	oh_Lim_Func_T1	oh_Dor_Fisic_T1	oh_Desconf_Psi_T1	oh_incapac_fisica_T1	oh_incapac_psicologica_T1	oh_Incapac_Social_T1	oh_Desvantagens_T1
t1satisf	1,000	-,380*	-,289	-,443*	-,176	-,385*	-,289	-,245
oh_Lim_Func_T1		1,000	,707**	,598**	,400*	,519**	,421*	,220
oh_Dor_Fisic_T1			1,000	,543**	,320	,517**	,426*	,315
oh_Desconf_Psi_T1				1,000	,241	,704**	,542**	,466**
oh_incapac_fisica_T1					1,000	,385*	,111	,176
oh_incapac_psicologica_T1						1,000	,694**	,425*
oh_Incapac_Social_T1							1,000	,361*
oh_Desvantagens_T1								1,000

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

**. Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

Relativamente ao instrumento SF-36, da observação da tabela n.º44 constatamos que não existe relação estatisticamente significativa entre o grau de satisfação com a opção protética e as suas dimensões.

Tabela n.º44- Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento SF-36 e a variável satisfação

Correlação de Spearman

	t1satisf	Func_Fisic_T1	Desemp_Fisico_T1	Dor_Fisica_T1	Saude_Geral_T1	Vitalidade_T1	Função_Social_T1	Desemp_Emoc_T1	Saude_Ment_T1
t1satisf	1,000	-,024	-,172	-,012	,095	-,031	,045	-,328	,157
Func_Fisic_T1		1,000	,626**	,564**	,680**	,413*	,188	,403*	,515**
Desemp_Fisico_T1			1,000	,815**	,504**	,578**	,231	,730**	,526**
Dor_Fisica_T1				1,000	,593**	,661**	,349	,712**	,696**
Saude_Geral_T1					1,000	,386*	,230	,418*	,524**
Vitalidade_T1						1,000	,420*	,511**	,776**
Função_Social_T1							1,000	,433*	,598**
Desemp_Emoc_T1								1,000	,531**
Saude_Ment_T1									1,000

**. Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

Hipótese 3 - Existe relação entre melhoria da qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas: sexo, hábitos tabágicos, idade, número de cigarros fumados por dia, número de escovagens dentárias, número de dentes ausentes na maxila, número de dentes ausentes na mandíbula, e tempo de edentulação.

Conforme o apresentado na tabela nº 45, verificamos que as dimensões do instrumento OHIP, os pacientes submetidos a reabilitação oral com implantes dentários apresentam globalmente valores médios semelhantes para ambos os sexos, indiciando não haver diferenças na melhoria da qualidade de vida.

Tabela n.º45- Média e Desvio Padrão das diferenças por sexo nas dimensões do instrumento OHIP

	sexo	N	Média	Desv. Pad.
oh_Lim_Func_T1	feminino	18	22,4751	7,63920
	masculino	13	22,2222	4,33960
oh_Dor_Fisic_T1	feminino	18	23,4809	5,53641
	masculino	13	22,8334	8,57370
oh_Desconf_Psi_T1	feminino	18	10,5659	2,96936
	masculino	13	11,7756	3,74935
oh_incapac_fisica_T1	feminino	18	20,7927	4,98465
	masculino	13	18,8118	3,39995
oh_incap_psicologica_T1	feminino	18	10,7383	2,54775
	masculino	13	11,6037	2,78951
oh_Incapac_Social_T1	feminino	18	8,4158	,94985
	masculino	13	8,8731	1,47492
oh_Desvantagens_T1	feminino	18	11,4461	2,43702
	masculino	13	11,3346	2,97502

De forma a testar a significância das diferenças efectuou-se o teste de Man-Whitney, conforme apresentado na tabela n.º46, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre a melhoria da qualidade de vida entre o sexo feminino e o sexo masculino

Tabela n.º46- Média ordinal e significância das diferenças por sexo, nas dimensões do instrumento OHIP

Teste Mann-Whitney				
	sexo	N	Média Ordinal	Sig.
oh_Lim_Func_T1	feminino	18	15,39	,679
	masculino	13	16,85	
	Total	31		
oh_Dor_Fisic_T1	feminino	18	16,78	,594
	masculino	13	14,92	
	Total	31		
oh_Desconf_Psi_T1	feminino	18	14,83	,417
	masculino	13	17,62	
	Total	31		
oh_incapac_fisica_T1	feminino	18	17,44	,312
	masculino	13	14,00	
	Total	31		
oh_incap_psicologica_T1	feminino	18	15,08	,514
	masculino	13	17,27	
	Total	31		
oh_Incapac_Social_T1	feminino	18	15,17	,567
	masculino	13	17,15	
	Total	31		
oh_Desvantagens_T1	feminino	18	16,69	,622
	masculino	13	15,04	
	Total	31		

No que respeita à variável hábitos tabágicos, pela análise da tabela n.º47 verificamos globalmente uma média ordinal mais elevada, no grupo dos fumadores, relativamente a todas as dimensões do Instrumento OHIP, sendo apenas estatisticamente significativa a diferença nas dimensões “Desconforto Psicológico” $p=0,01$ e “Incapacidade Psicológica” $p=0,02$.

Tabela n.º47- Média ordinal e significância das diferenças para os grupos de fumadores e não fumadores nas variáveis do instrumento OHIP

Teste de Mann-Whitney				
	habit.tabag	N	Média ordinal	sig.
oh_Lim_Func_T1	não fumador	21	15,24	,52
	fumador	10	17,60	
oh_Dor_Fisic_T1	não fumador	21	14,48	,19
	fumador	10	19,20	
oh_Desconf_Psi_T1	não fumador	21	12,93	,01
	fumador	10	22,45	
oh_incapac_fisica_T1	não fumador	21	14,31	,14
	fumador	10	19,55	
oh_incap_psicologica_T1	não fumador	21	13,33	,02
	fumador	10	21,60	
oh_Incapac_Social_T1	não fumador	21	14,98	,37
	fumador	10	18,15	
oh_Desvantagens_T1	não fumador	21	14,50	,19
	fumador	10	19,15	

Pela observação da tabela nº48, instrumento OHIP 49-port [2], constatamos não existirem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da qualidade de vida e a variável “idade” dos pacientes reabilitados com implantes dentários, excepto para a dimensão “Limitação Funcional” $p=0,416$. Relativamente às variáveis “escovagem dos dentes” e “tempo de edentulação”, não se encontram correlacionadas com as dimensões da qualidade de vida. No entanto, verificamos existirem correlações entre a variável “número de cigarros fumados por dia” e as dimensões “ Desconforto Psicológico” $p=0,606$, “Incapacidade Psicológica” $p=0,555$ e “Desvantagens” $p=0,396$ do instrumento OHIP, indicando que quanto mais cigarros fumados menor a qualidade de vida. Também a variável “ausência de dentes na maxila” (faltamax.sup), se correlaciona positivamente com a variável “ausência de dentes na mandíbula”(faltamax.inf) $p=0,604$. A variável “ausência de dentes na maxila”(faltamax.sup), apresenta-se correlacionada com a dimensão “Incapacidade Física”(incapac_fisica_T1) $p= 0,583$ do instrumento OHIP.

Tabela n.48-º Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento OHIP e as variáveis: idade, número de cigarros, escova os dentes, falta de dentes na maxila, falta de dentes na mandíbula e tempo de edentulação.

Correlação de Spearman													
	idade	numcigarros	qdoescovadentes	faltamax.inf	faltamax.sup	tempo.sem.dentes	Lim_Func_T1	Dor_Fisic_T1	Desconf_Psi_T1	incapac_fisica_T1	incapac_psicologica_T1	Incapac_Social_T1	Desvantagens_T1
idade	1,000	-,184	-,363*	,133	,085	-,201	,416*	,054	,045	,095	,051	,061	-,111
numcigarros		1,000	,253	,177	,229	,124	,220	,191	,606**	,132	,555**	,289	,396*
qdoescovadentes			1,000	-,264	-,207	,128	,010	,139	,117	-,059	,265	,120	,225
faltamax.sup				1,000	,604**	,288	,176	,078	,143	,583**	,102	-,066	,062
faltamax.inf					1,000	,081	,064	-,036	-,031	,297	-,045	-,265	-,079
tempo.sem.dentes						1,000	,228	,237	,125	,194	,208	,003	,039
Lim_Func_T1							1,000	,711**	,604**	,421*	,504**	,285	,240
Dor_Fisic_T1								1,000	,503**	,454*	,589**	,335	,218
Desconf_Psi_T1									1,000	,244	,755**	,520**	,420*
incapac_fisica_T1										1,000	,467*	,140	,217
incapac_psicologica_T1											1,000	,740**	,520**
Incapac_Social_T1												1,000	,352
Desvantagens_T1													1,000

*.Correlação significativa para um nível de significância 0.05.

**..Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

Pela observação da tabela nº49, verificamos que as dimensões do instrumento SF-36v2, acerca da qualidade de vida geral, não se correlacionam com as variáveis, “número de cigarros fumados”, “número de escovagens dentárias”, “falta de dentes na mandíbula” e “falta de dentes na maxila”. No entanto a variável “Idade”, correlaciona-

se negativamente com a dimensão “Função Física”(Func_Fisic_T1) $p= -0,748$ e “Desempenho Físico”(Desemp_Fisic_T1) $p= -0,396$ e positivamente com a dimensão “Dor Física”(Dor_Fisica_T1) $p= 0,366$ do instrumento SF-36v2.

Tabela n.º49- Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento SF-36 e as variáveis: idade, número de cigarros, escova os dentes, falta de dentes na maxila, falta de dentes na mandíbula e tempo de edentulação.

Correlações de Spearman

	idade	num cigar ros	qdoesc ovaden tes	faltam ax. sup	falta max. inf	tempo. sem. dentes	Func_ Fisic_ T1	Desemp _Fisico_ T1	Dor_ Fisic_ a_T1	Saude_ Geral_ T1	Vitali dade_ _T1	Função _Social _T1	Desemp _Emoc_ T1	Saude_ Ment_ T1
idade	1,000	-,184	-,363*	,133	,085	-,201	-,748**	-,396*	,366*	,350	,165	,141	-,258	,013
numcigarros		1,000	,253	,177	,229	,124	,213	,099	-,131	-,022	-,082	-,030	,175	,050
qdoescovadentes			1,000	-,264	-,207	,128	,335	-,048	,074	-,186	-,136	-,024	-,067	-,216
faltamax.sup				1,000	,604**	,288	-,279	-,158	,150	,097	-,061	,011	-,168	-,205
faltamax.inf					1,000	,081	-,032	-,153	,075	-,038	,061	-,043	,045	-,146
tempo.sem.dentes						1,000	,014	,198	-,255	-,122	-,048	,086	,106	-,014
Func_Fisic_T1							1,000	,626**	-,564**	-,260	-,262	-,188	,403*	,023
Desemp_Fisico_T1								1,000	-,815**	-,176	,105	-,231	,730**	,318
Dor_Fisica_T1									1,000	,222	-,034	,349	-,712**	,318
Saude_Geral_T1										1,000	-,432*	,240	-,198	-,031
Vitalidade_T1											1,000	-,174	,353	,334
Função_Social_T1												1,000	-,433*	-,359*
Desemp_Emoc_T1													1,000	,388*
Saude_Ment_T1														1,000

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

**. Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

Hipótese 4 - A importância atribuída à saúde oral está associada com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e saúde geral

Observando a tabela n.º50, onde estão apresentados os valores da correlação importância atribuída à saúde oral está associada com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e saúde geral constatamos que a importância atribuída à boca relativamente à saúde oral, não apresenta correlações estatisticamente significativas, com as dimensões do instrumento OHIP.

Tabela n.º 50- Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento OHIP e a variável “Importância da boca”.

Correlação de Spearman

	import.boca	oh_Lim_ Func_T1	oh_Dor_ Fisic_T1	oh_Desconf_ Psi_T1	oh_incapac_ fisica_T1	oh_incap_ psicologica_T1	oh_Incapac_ Social_T1	oh_ Desvanta gens_T1
import.boca	1,000	-,151	-,036	-,221	-,206	-,014	,204	,095
oh_Lim_Func_T1		1,000	,707	,598	,400*	,519	,421*	,220
oh_Dor_Fisic_T1			1,000	,543	,320	,517	,426*	,315
oh_Desconf_Psi_T1				1,000	,241	,704	,542	,466
oh_incapac_fisica_T1					1,000	,385*	,111	,176
oh_incap_psicologica_T1						1,000	,694	,425*
oh_Incapac_Social_T1							1,000	,361*
oh_Desvantagens_T1								1,000

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

Relativamente à saúde oral, não apresenta correlação estatisticamente significativa, com as dimensões do instrumento SF-36

Tabela n.º51- Valores de correlação e significância estatística entre as dimensões do instrumento SF-36 e a variável “Importância da boca”.

Correlação Spearman

	import. boca	Func_ Fisic_T1	Desemp _Fisico_ T1	Dor_ Fisic a_T1	Saude_ Geral_ T1	Vitalid ade_ T1	Função _Social _T1	Desemp _Emoc_ T1	Saude _Ment_ T1
import.boca	1,000	,215	-,084	-,024	,058	-,003	-,180	-,300	,023
Func_Fisic_T1		1,000	,626**	,564**	,680**	,413*	,188	,403*	,515**
Desemp_Fisico_T1			1,000	,815**	,504**	,578**	,231	,730**	,526**
Dor_Fisica_T1				1,000	,593**	,661**	,349	,712**	,696**
Saude_Geral_T1					1,000	,386*	,230	,418*	,524**
Vitalidade_T1						1,000	,420*	,511**	,776**
Função_Social_T1							1,000	,433*	,598**
Desemp_Emoc_T1								1,000	,531**
Saude_Ment_T1									1,000

** . Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

*. Correlação significativa para um nível de significância de 0.05.

5. Discussão

5. Discussão

Tendo como objectivo da nossa investigação, “Avaliar o Impacto da Saúde Oral na Qualidade de vida, de doentes desdentados totais ou parciais, submetidos a reabilitação oral com implantes dentários, em adultos seguidos em consulta de Medicina Dentária, em clínicas do Centro e Sul de Portugal continental, nos anos de 2005/06”, os principais resultados são:

A nossa amostra, foi constituída por 31 respondentes, com uma média de idade de 49, anos, predominantemente do sexo feminino e com uma percentagem maioritariamente de estado civil de casado. As habilitações académicas situam-se essencialmente no nível do ensino superior, sendo as profissões diversificadas, com preponderância para os profissionais de saúde. Os resultados desta investigação, parecem indiciar uma tendência para grande preocupação com questões relativas à saúde, especificamente saúde oral, questões estéticas, de relacionamento social, pois este grupo, possivelmente devido às suas características, parece centrar mais a sua atenção na saúde. Também se verifica que esta amostra é composta por indivíduos detentores de grau académico superior, o que poderá indiciar, relação com as condições sócio-económicas e culturais destes indivíduos. Estes resultados, estão de acordo com o referido por Ferreira³⁹, que constatou que indivíduos com menos escolaridade tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa do que os indivíduos com mais instrução e que os indivíduos como nível de instrução mais baixo apresentam sempre uma percepção de estado de saúde mais deficitária do que as pessoas com níveis mais elevados de instrução. Por outro lado Mason et al⁴⁰ estabelece uma importante correlação entre o background social dos indivíduos e o impacto da saúde oral nas actividades da vida diária (AVD).

O facto desta amostra revelar uma média de idade de 49 anos, parece querer indicar que neste período da vida, este problema da perda de dentes, surge mais, ou que os indivíduos se preocupam mais com questões de saúde oral, de conforto oral, de estética, ou porque só nesta fase conseguiram condições sócio-económicas para a resolução do problema da falta de dentes, uma vez que o tempo médio de ausência de dentes é de 11,65 anos.

O facto da amostra revelar que 67,7%, (21 sujeitos), a maioria dos que procuram a reabilitação, oral com implantes dentários, são não fumadores, pode indiciar

preocupações com questões de saúde, e também com a saúde oral, uma vez que os efeitos adversos do consumo de tabaco, estão documentados. Para Reibel⁴¹, esses efeitos estão relacionados com a pigmentação dos dentes, halitoses, diminuição da acuidade olfactiva, doença periodontal e insucesso de implantes dentários. Perante isto é evidente o impacto global na qualidade de vida. Segundo alguns autores^{25,42}, o tabaco é uma contra-indicação absoluta para o sucesso do tratamento com implantes dentários a longo prazo, devido a lesões dos mecanismos angiogénicos, limitando a formação e manutenção do osso e tecidos moles peri-implantares.

Relativamente ao número de consultas, verificamos que a média se situa em 2,03 consultas, por ano, parecendo haver uma tendência e preocupação com o estado de saúde oral. O que vai de encontro ao estudo realizado por Gift et al⁴³, que refere que os utentes que mais recorrem às consultas dentárias são mais educados em termos de saúde, têm uma orientação mais positiva em relação aos cuidados de saúde oral e sabem melhor definir as necessidades em termos de prevenção. Também os estudos de McGrath et al⁴⁴ reforçam esta ideia, ao concluir que os padrões de assiduidade nas consultas de medicina dentária são um factor significativo na auto-percepção de como a saúde oral afecta a qualidade de vida e dos ganhos em saúde.

Quanto ao número de escovagens dentárias, as maiores percentagens situam-se entre 2 e 3 escovagens diárias. Escovam os dentes 2 ou 3 vezes por dia (80,7%), mostrando ser um indicador de preocupação com a higiene dentária. Lindquist et al⁴⁵ referem que uma boa higiene oral é um factor importante no sucesso dos tratamento com implantes dentários principalmente quando se trata de paciente fumadores. E que assim uma boa higiene oral pode reduzir a negativa influência do tabaco.

A falta de dentes dos utentes que procuraram este tratamento, apresenta um valor médio de 3,42 na maxila e 3,74 na mandíbula, o que aparentemente significa que, a falta de dentes não depende de factores locais orais, mas sim, de factores do próprio indivíduo.

Relativamente aos problemas de saúde concomitantes com reabilitação oral com implantes dentários, por perda ou agenésia de dentes, verificamos que mais de 2/3 ou seja 67,7% da amostra, desconhece outros problemas de saúde. Este facto, parece querer dizer que os problemas de saúde oral surgem mais cedo que os de saúde geral, provavelmente por a boca estar mais exposta a microorganismos geradores de doença, ou ainda que os cuidados de saúde oral anteriormente adoptados comparativamente à preocupação actual com a saúde oral, não seriam eficazes, ou ainda por uma valorização

diferente entre saúde geral e saúde oral. Dos 32,3% sujeitos que apresentam problemas de saúde concomitantemente com ausência de dentes, são portadores essencialmente de hipertensão arterial e hérnia discal, embora não sendo patologias relacionadas, no foro estritamente clínico, parece estar de acordo com a população portuguesa.

Quando colocámos a questão sobre a importância da boca, verificamos que numa escala de 7 pontos a amostra deu uma resposta média de 6,35, o que indica uma preocupação muito acentuada com a saúde oral.

Com o intuito de avaliarmos a qualidade de vida relacionada com a saúde em geral e saúde oral, optámos pela utilização de dois instrumentos, OHIP 49-Port [2], e SF-36v2, optámos por calcular os Alfas de Cronbach para os dois instrumentos e verificámos valores adequados de Alfa de Cronbach para OHIP 49-Port [2] e SF-36v2, respectivamente, superiores a 0,844 e 0,786, sendo globalmente superiores a 0,70, indiciando boa consistência interna. Os instrumentos também apresentam as suas dimensões correlacionadas, indiciando avaliarem constructos multidimensionais, tanto para o OHIP 49-Port [2] e SF-36v2, o que parece significar, que globalmente, o constructo latente qualidade de vida ser multidimensional para ambos os instrumentos.

Fazendo uma análise dos resultados descritivos encontrados para os dois instrumentos:

Utilizando um instrumento para mensuração do estado de saúde oral, OHIP 49-Port [2], para as dimensões: Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Desvantagem os resultados situam-se, no extremo esquerdo da escala o que revela que esta população, apresenta baixos índices de morbidade para a saúde oral. Relativamente à utilização do instrumento para monitorização de saúde genérico SF-36v2, os resultados também revelam a mesma tendência.

No sentido de dar resposta ao objectivo de investigação “ Comparar resultados de qualidade de vida obtidos com uma escala genérica (SF-36v2) e uma escala específica para saúde oral (OHIP 49-Port [2])”. Pela análise dos valores correlacionais verificamos que os dois instrumentos não se encontram genericamente correlacionados, excepto a correlação da dimensão “Limitação Funcional” e “Incapacidade Física” do instrumento OHIP 49-Port [2]., com a dimensão “Vitalidade” do instrumento SF-36v2, apresentando estas dimensões, correlação estatisticamente significativas. O instrumento específico de saúde oral, OHIP 49-Port [2], parece ser mais sensível para detectar diferenças na amostra estudada, pois o instrumento SF-36v2

descreve menos situações que o OHIP 49-Port [2]. Segundo John et al⁴⁶ o OHIP é uma boa opção para identificar as dimensões na saúde oral relacionada com qualidade de vida, sendo segundo os mesmos, um dos mais sofisticados e populares instrumentos de medição nesta área. Os dois instrumentos parecem não estar correlacionadas. Aparentemente o instrumento SF-36v2, é muito mais vocacionado para aspectos globais da saúde geral, minorando fortemente os aspectos da Saúde oral, o que pode significar, eventualmente uma valorização diferenciada, penalizando a saúde oral, que serão considerados aspectos menores da saúde

No sentido de averiguar da normalidade da distribuição, relativamente às dimensões dos dois instrumentos, OHIP 49-Port [2] e SF-36v2, verificamos genericamente, não apresentam uma distribuição normal, pelo que procedemos à utilização de testes não paramétricos, no entanto sempre que julgámos necessário, utilizámos as médias apenas para tentar perceber alguma tendência de distribuição dos grupos.

Relativamente às hipóteses colocadas, “Reabilitação oral com implantes dentários promove uma melhoria da qualidade de vida.” Verificamos que do momento T0 para o momento T1, globalmente os *scores* obtidos baixaram para todas as dimensões. Esta significância das diferenças, do momento T0 para o momento T1, foi estatisticamente significativa para todas as dimensões indiciando melhoria de qualidade de vida. Estes resultados indicam que esta forma de reabilitação protética é eficaz, mostrando ser uma opção terapêutica importante. Resultados similares foram descritos por Awad et al⁴⁷, referindo que o tratamento com implantes dentários está associado a uma relação positiva entre saúde e qualidade de vida. Ainda em estudo comparativo, concluíram os autores que sujeitos reabilitados com implantes dentários, apresentaram melhorias em todas as dimensões do OHIP. Para estes autores os pacientes que receberam tratamento com implantes apresentam melhor percepção da saúde oral do que aqueles que são sujeitos a tratamento protético convencional.

Comparativamente ao instrumento SF-36v2 apenas a dimensão “Dor Física”, apresenta correlação estatisticamente significativamente significativa, do momento T0 para o momento T1, indiciando melhoria da qualidade de vida geral nesta dimensão. Todas as outras dimensões parecem não revelar alterações entre os dois momentos. Estes resultados vão no sentido de que o instrumento OHIP 49-Port [2] é mais sensível para detectar mudanças na saúde oral dos indivíduos, não se observando o mesmo no

instrumento SF-36v2, o que poderá ser justificado pelo facto de se tratar de um instrumento genérico, não valorizando por isso aspectos específicos de saúde oral, ou a saúde oral é culturalmente ainda compartimentalizada relativamente à saúde em geral e os seus programas são desenvolvidos de forma isolada em relação às outras iniciativas de saúde.⁴⁸

Analisando a hipótese, “Existe relação entre, melhoria da qualidade de vida e o grau de satisfação com a opção protética”, observa-se que encontramos uma correlação negativa entre as dimensões “Limitação Funcional” e “Desconforto “Psicológico” e “Incapacidade Psicológica”, do instrumento OHIP 49-Port [2], não se confirmando para as restantes dimensões. Estes resultados indicam que quanto mais satisfeitos estão os indivíduos menos limitação funcional e desconforto psicológico, revelam. O que aparentemente traduz maior preocupação com aspectos sócio-psicológicos, de auto-imagem e funcionais, em detrimento de aspectos físicos. Para van Kampen et al⁴⁹, as performances da mastigação melhoram após o tratamento com implantes, resultando numa melhoria da função mastigação nos pacientes tratados com implantes em oposição aos tratados com próteses convencionais. Sobre a mesma dimensão, Limitação Funcional, Heydecke et al⁵⁰, encontraram resultados indicadores de que os maiores erros de fala estão associados com próteses sobre implantes, comparativamente à utilização de próteses removíveis. As vogais não são afectadas por estas próteses; o local e a forma das próteses têm pouco impacto na articulação das vogais. Estes resultados também são interessantes pelo facto, a satisfação protética, está muito relacionada com os aspectos psicológicos, “Desconforto Psicológico” e “Limitação Psicológica”. Estes resultados são corroborados por estudos desenvolvidos por Hyde et al⁵¹ nos quais as mesma dimensões são evidenciadas concluindo estes autores que a doença oral, no que diz respeito ao bem estar, é uma barreira significativa para a saúde em geral e saúde mental. Slade, citado por McGrath⁵², refere que a doença oral tem um impacto negativo na qualidade de vida, incluindo dificuldades na mastigação, socialização e outras actividades.

Sendo esta amostra, essencialmente constituída por indivíduos detentores de grau académico superior, grupo que apresenta nível sócio-cultural elevado, em que as questões da estética, da auto-imagem e da relação pessoal são grande relevância, poderá significar que a opção protética poderá visar a satisfação consigo próprio e não da relação com os outros.

Quanto às dimensões do instrumento SF-36v2, estas não se correlacionam com o grau de satisfação, pelas razões já expressas de não apresentar sensibilidade de discriminação de questões específicas de saúde.

Relativamente à hipótese “Existe relação entre melhoria da qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas e contextuais: sexo, hábitos tabágicos, idade, número de cigarros fumados por dia, número de escovagens dentárias, número de dentes ausentes na maxila, número de dentes ausentes na mandíbula, e tempo de edentulação”. Verificamos mediante os instrumentos OHIP 49-Port [2] e SF-36v2, não existirem diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao género. Este dado pode indicar que as preocupações são semelhantes nos homens e nas mulheres. Chen et al⁵³ apresentam estudos com resultados semelhantes. Em oposição a estudos realizados por Mason et al⁴⁰ revelam que as mulheres apresentam pior relação na qualidade de vida relacionada com saúde oral do que os homens .

Relativamente à variável “hábitos tabágicos”, verificamos que o grupo dos fumadores apresenta valores médios mais elevados em todas as dimensões da qualidade de vida (OHIP), sendo essa diferença estatisticamente significativa nas dimensões “Desconforto Psicológico” e “Incapacidade Psicológica”. Estes resultados vão de encontro aos vários estudos publicados que evidenciam notoriamente a influência nefasta e preditora do consumo de tabaco.^{54, 45, 55} É interessante notar a influência desta variável do nosso estudo nas dimensões da qualidade de vida na esfera psicológica.

Relativamente à mesma hipótese e as variáveis idade, número de cigarros fumados por dia, número de escovagens dentárias diárias, falta de dentes na maxila e falta de dentes na mandíbula”, verificamos genericamente não haver relações estatisticamente significativas entre estas variáveis e o instrumento SF-36v2. Observamos correlações estatisticamente significativas, nas dimensões “Dor Física”, o que pode significar quanto mais idade mais a dor física está presente. É negativa na dimensão “Função Física”, “Desempenho Físico”, segundo Ferreira et al³⁹, “a idade é um factor a ter em conta, uma vez que o estado de saúde apercebido e as limitações físicas se modificam com a idade”, .Existe também correlação entre a idade e tempo de edentulação, o que poderia ser o esperado, pois quanto maior a idade, maior a limitação física e maior probabilidade de ausências de dentes.

Observamos também uma correlação elevada de 0,604 entre ausência de dentes na maxila e na mandíbula parecendo indicar que a perda de dentes é um processo bimaxilar, de causas genéticas ou de cuidados de saúde e, que as causas presentes no

indivíduo actuam indiscriminadamente, ou que a ausência de oponibilidade dentária poderá ser responsável por novas perdas dentárias. Verificamos também que globalmente, estas variáveis, não apresentam correlações com as dimensões dos instrumentos. Para o instrumento OHIP 49-Port [2], verificamos uma correlação entre a idade e o número de escovagens de dentes diárias, que indicia que quanto mais idade menos presente está o hábito de escovagem dentária, o que poderá estar relacionado com a imagem e com aspectos culturais. Também verificamos existir relação entre a idade e a dimensão “Limitação Funcional”, que como na escala genérica significa que o avançar da idade aumenta as limitações.

Observamos também uma relação estatística elevada entre o “número de cigarros fumados” por dia e as dimensões “Desconforto Psicológico” e “Incapacidade Psicológica” e “Desvantagem” o que parece surgir em evidência que afecções psicológicas propiciam o consumo de tabaco. Fumar parece ser um contributo para perda de qualidade de vida, uma minoração da saúde oral.

O instrumento OHIP 49-Port [2] parece conseguir relacionar-se com o aspecto de cuidados de saúde oral enquanto que o SF-36v2 não apresenta as mesmas características

Relativamente à hipótese “ A importância atribuída à saúde oral está associada com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e saúde geral”. A importância atribuída à saúde oral relativamente as dimensões do instrumento OHIP 49-Port [2] não apresenta correlações estatisticamente significativas. Parece apenas apresentar uma tendência correlacional negativa com as dimensões: “Limitação Funcional”, “Dor Física”, “Desconforto Psicológico”, “Incapacidade Física”, “Incapacidade Psicológica”, tendência que parece significar que, quanto maior a importância atribuída à boca, uma melhor saúde oral. Gifh et al⁵⁶ afirmam que o impacto dos problemas da saúde oral na sociedade estão relacionados com a performance e capacidades funcionais.

Quando correlacionada a variável “Importância atribuída à saúde oral”, com as dimensões do instrumento SF-36v2, embora as respostas da amostra, expressem cotação atribuída muito elevada, com uma média de 6,35, numa escala de 7 pontos, não apresentam valores de correlação estatisticamente significativos. Estudos realizados por McGrath et al⁵², indicam que 75% dos respondentes, perceberam que a sua saúde oral afecta a sua qualidade de vida. Contudo, estes autores afirmam ainda que, a simples avaliação do impacto negativo da doença oral na qualidade de vida, falha depois na apreciação da positiva contribuição que a dentição saudável tem na vida do dia a dia.

6. Conclusão

6. Conclusão

Partindo do objectivo que orientou esta dissertação “avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de doentes desdentados totais ou parciais submetidos a reabilitação oral com a técnica de implantes dentários, em adultos seguidos em clínicas de medicina dentária do centro e sul de Portugal continental nos anos de 2005/2006”, podemos concluir que :

A reabilitação oral com implantes dentários confere melhoria na qualidade de vida na amostra em estudo.

Pacientes reabilitados com implantes dentários apresentam melhorias na qualidade de vida nomeadamente em aspectos relacionados com o foro psicológico e aspectos relacionados com a limitação funcional.

Os instrumentos utilizados detectam as alterações produzidas pela reabilitação protética de forma diferente, revelando o instrumento OHIP 49-Port [2] mais sensibilidade para detectar alterações do foro da saúde oral do que o instrumento SF-36v2.

Não se encontraram diferenças entre o género, idade e a melhoria da qualidade de vida. No entanto, em relação ao consumo de tabaco verificamos uma relação entre o mesmo e questões do foro psicológico.

A importância atribuída à saúde oral quando relacionada com a qualidade de vida revela uma tendência sugestiva de que, quanto maior a importância atribuída à boca, uma melhor saúde oral, no entanto sem significado estatístico.

Os respondentes revelam hábitos de higiene oral cuidados, o que parece não ser compatível com perdas dentárias, podendo significar que as perdas foram anteriores a estes hábitos.

Apesar das evidências apresentadas, todos estes resultados deverão ser analisados tendo em conta algumas limitações:

Esta amostra é constituída por um número de sujeitos muito baixo (n=31), pelo que poderá ocorrer um enviesamento em termos de leitura de resultados;

A amostra em estudo é basicamente de um estrato social elevado, podendo não reflectir uma realidade da população portuguesa. Nesse sentido, deverão ser efectuados mais estudos com diferentes amostras, mais abrangentes, de modo a que reflectam mais a realidade portuguesa.

O facto de encontrarmos correlações entre a variável contextual hábitos tabágicos e dimensões da qualidade de vida, reenvia-nos para a realização de novos estudos no sentido de averiguar o sentido da relação: “Serão os hábitos tabágicos que promovem menor qualidade de vida na saúde oral, ou o desconforto Psicológico que promoverá menor auto-cuidado, e promovam um maior aumento do consumo tabágico”.

Também o facto de termos encontrado resultados que indicam melhoria da qualidade de vida após reabilitação oral com implantes dentários, leva-nos a colocar a questão, “será que ao invés da reabilitação oral com implantes dentários, essa reabilitação fosse efectuada com outro tipo de prótese, os resultados seriam diferentes?”. Novas investigações deverão ser realizadas neste sentido, nomeadamente estudos comparativos em qualidade de vida em saúde oral entre pacientes reabilitados com implantes, pacientes reabilitados com prótese fixa sobre dentes naturais e pacientes reabilitados com prótese removíveis, no sentido de averiguarmos se esta melhoria na qualidade de vida advém ou não da opção protética ou da reabilitação em si mesma.

Bibliografia

Bibliografia

- 1-** The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social. Sci and Med*; 10:1403-1409

- 2-** Ferreira P. Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I- Adaptação Cultural e Linguística. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde: FEUC* 1997; 1-27

- 3-** Bowling A. Health-Related Quality of Life: A Discussion of the Concept, its Use and Measurement, *Measuring Disease*. Buckingham Open University Press 1995; 1-19

- 4-** Locker D. Measuring Oral Health: a Conceptual Framework. *Community Dent Health* 1988; 5: 3-18

- 5-** Sheiham A. Oral health, general health and quality of life World Health Organization. *Bull World Health Organ Geneva* 2005; 83 (9): 644

- 6-** Chavers LS, Gilbert GH, Shelton BJ. Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 21-30

- 7-** Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res Houston* 2000; 79 (4): 970-976

- 8-** Bech P. Quality of Life Measurements in Chronic Disorders. *Psychother Psychosom* 1993; 50:1-10

- 9-** -Pisco L, Biscaia JL. Qualidade de cuidados de saúde primários . *Rev Port Saúde Pública*. 2001; Vol temático (2): 43-51

- 10-** Sepúlveda MR. A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida, Medicina Apoiada, S.A. : Rev Port Saúde Pública. 1998; 4: 37-38
- 11-** Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Day-Estupinan S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. World Health Organization. Bull of the World Health Organ Geneva 2005; 83 (9): 661-670
- 12-** Petersen PE, Day-Estupinan S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health World Health Organization.. Bull of the World Health Organ Geneva Sep 2005; 83 (9): 642
- 13-** Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J 2003; 53: 285-288
- 14-** Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. World Health Organization. Bull of the World Health Organ Geneva 2005; 83 (9): 686-693
- 15-** Kenney EB. Implantologia Bucal. In: Fermin A, Carranza Jr, Periodontologia Clínica de Glickman. 7ª edição. México: McGraw-Hill interAmericana;1997.1034-1042
- 16-** Albrektsson T, Berglundh T, Lindhe J. Osseointegração: Antecedentes Históricos e conceitos Atuais. Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; 787-798
- 17-** Taylor DT, Agar JR. Twenty years of progress in implant prosthodontics. J Prosthet Dent July 2002; 88 (1): 89-95
- 18-** Dubruille JH, Dubruille MT, Goudot P, Muster D, Pigot JL, Vanhakendover S. Réhabilitation orale et implantologie. Encycl Méd. Chir - Odontologie, Paris 2000, 23-330-A-10; 30 p.

- 19-** Flanagan D. Complete Artificial Dentition Supported by Endosseous Implants : A Case Report of Total in-Office Treatment. J Oral Implantol 2005; 31 (2): 91-98
- 20-** Renouard F, Nisand D. Short Implants in the severely Resorbed Maxilla: A 2- Year Retrospective Clinical Study. Clin Implant Dent and Related Res 2005; 7 (1): 104-110
- 21-** Grondahl HG. Exames Radiográficos. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; 816-829
- 22-** Lekholm U. O Sítio Cirúrgico. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; 830- 842
- 23-** Tinti C, Parma-Benfenati S. Clasificación clínica de los defectos óseos em relación com la colocación de implantes. Rev Int de Odontologia Restauradora y Periodoncia 2003; 7 (2): 151-159
- 24-** Rossi E, Andreasen Jo. Crecimiento del hueso maxilar y colocación de implantes en un paciente joven: caso clínico. Rev. Int de Odontología Restauradora y Periodoncia 2003 ; 7 (2): 117-123
- 25-** Chanavaz M. Patient Screening and Medical Evaluation for Implant and Preprosthetic Surgery 2001. Implant Dent; 10 (2): 76-84
- 26-** Belser U, Bernard JP, Buser D. Instalação de Implante em Área de Importância Estética. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; 891-919

- 27-** Belser U, Buser D, Bernard JP. Implantes na Região de Carga da Dentição. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; 920-953
- 28-** El-Sheikh AM, Hobkirk JA, Kelleway JP. Effects of Superstructure Type and Design on Force Transmission via Implant-Stabilised Mandibular Protheses. Eur. J. Prosthodont Rest. Dent 1999 7 (2): 117-123; 7: 45-50
- 29-** Michalakis KX, Hirayama H, Garefis PD. Cement-Retained versus Screw-retained Implant Restorations: A Critical Review. International J Oral & Maxillofac Implants 2003; 18 (5): 719-728
- 30-** Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience?, British Med J (International Edition) May 19, 2001; 322,(7296): 1240-1244
- 31-** Carr AJ, Higginson I. Are quality of life measures patient centred?. British Med J 2001; 322 (7298): 1357-1360
- 32-** Hall JA, Kalra L. Measuring quality of life :Who should measure quality of life. Educ and debate. 2002; 322: 1417-1420
- 33-** Ferreira PL, Lourenço OD .Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. Rev Port Saúde Pública 2003; 3: 81-91
- 34-** Ferreira LN. Utilidades, QALYS e medição da qualidade de vida. Rev Port Saúde Pública 2003; Vol temático (3): 51-63
- 35-** Skevington SM, Sartorius N, Amir M and the WHOQOL-Group. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: The history of the WHOQOL instruments. Soc Psychiatry Epidemiol 2004; 39: 1-8

- 36-** Slade GD. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284-290
- 37-** Locker D, Allen PF. Developing Short-form Measures of Oral Health-related Quality of life. *J Public Health Dent* 2002; 62 (1): 13-20
- 38-** Slade G D, Spencer A J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994;11: 3-11
- 39-** Ferreira PL, Santana P. Percepção de Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da População Activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Rev Port Saúde Pública* 2003; 21: 15
- 40-** Mason J, Pearce MS, Walls AWG, Paeker L, Steele JG. How Do Factors at Different Stages of the Lifecourse Contribute to Oral-health-related Quality of Life in Middle Age for Men and Women? *J Dent Res Houston* 2006; 85 (3): 257-262
- 41-** Reibel J. Tobacco or oral health. World Health Organization. *Bull of the World Health Organ Geneva* 2005; 83 (9): 643
- 42-** Wood MR, Vermilyea SG. A review of selected dental literature on evidence-based treatment planning for dental implants: report of the committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics.. *J Prosthet Dent* 2004; 92 (5): 447-462
- 43-** Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res Houston* 1998; 77 (7): 1529-1539
- 44-** Grath CM, Bedi R. Can dental attendance improve quality of life?. *Br Dent J* 2001; 190 (5): 262-265

- 45-** Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. Association between marginal bone loss around osseointegrated mandibular implants and smoking habits: A 10-year follow-up study. *J Dent Res Houston* 1997; 76 (10): 1667-1675
- 46-** Jonh MT, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L et al. Dimensions of Oral-health-related Quality of Life. *J Dent Res Houston* 2004; 83 (12): 956-961
- 47-** Award M A, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine J S. Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. *J Dent Res Houston* 2000; 79 (9):1659-1664
- 48-** Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World health Organ* 2005; 83 (9): 711-718
- 49-** Van Kampen FMC, Van der Bilt A, Cune MS, Fontijn-Tekamp FA, Bosman F. Masticatory Function with Implant-supported Overdentures. *J Dent Res Houston* 2004; 83 (9): 708-712
- 50-** Heydecke G, Mcfarland DH, Feine JS, Lund JP. Speech with Maxillary Implant Prostheses: Ratings of Articulation. *J Dent Res Houston* 2004; 83 (3): 236-241
- 51-** Hyde S, Satariano WA, Weintraub JA. Welfare Dental Intervention Improves Employment and Quality of Life. *J Dent Res Houston* 2006; 85 (1): 79-85 pgs
- 52-** McGrath C, Bedi R. Public conceptions of the impact of oral health on quality of life. *BR Dent J* 2002; 193: 521-524
- 53-** Chen ST, Darby IB, Adams GG, Reynolds EC. A prospective clinical study of bone augmentation techniques at immediate implants. *Clin Oral Impl res* 2005; 16: 176-184
- 54-** Petersen PE. Tobacco and oral health: the role of the World Health Organization. *Oral Health& Preventive Dent* 2003; 1 (4): 309-312

55- Chuang SK, Wei LJ, Douglass CW, Dodson TB. Risk factors for dental implant failure: A strategy for the analysis of clustered failure-time observations *J Dent Res* Houston 2002; 81 (8): 572-578

56- Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The Social Impact of Dental Problems and Visits. *Am J Public Health* 1992; 82 (12): 1663

Anexos

Anexo 1
OHIP 49-Port [2]

Durante o **ÚLTIMO ANO**, com que frequência tem tido os seguintes incómodos, devido a problemas com os seus dentes ou boca?

Por favor, coloque uma cruz na sua resposta.

Durante o último ano		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Não Sei
1	Tem tido dificuldade em mastigar alguns alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2	Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
3	Tem notado que algum dente parece não estar bem?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4	Tem sentido que o teu aspecto tem sido afectado devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5	Tem sentido mau hálito devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
6	Tem notado que o seu sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
7	Tem tido comida que se agarra aos dentes e à dentadura?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
8	Tem notado que a sua digestão tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
9	Tem notado que a sua dentadura não assenta devidamente? (responder só no caso de usar qualquer tipo de prótese dentária)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10	Tem tido muitas dores na boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11	Tem tido dores num dos maxilares?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
12	Tem tido dores de cabeça devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
13	Tem tido dentes sensíveis devido, por exemplo, a comidas e bebidas frias ou quentes?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
14	Tem tido dores de dentes?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
15	Têm-lhe doído as gengivas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
16	Tem sentido desconforto ao comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

17	Tem tido pontos dolorosos na boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18	Tem sentido desconforto com a dentadura? (responder só no caso de usar qualquer tipo de prótese dentária)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19	Tem-se sentido incomodado com problemas de dentes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20	Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21	Os problemas com os dentes têm-no tornado deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22	Tem-se sentido mal devido ao aspecto dos seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
23	Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
24	A sua fala tem sido pouco clara devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
25	Alguém o tem compreendido mal devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
26	Tem sentido que a comida tem menos sabor devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
27	Tem-lhe sido impossível escovar os dentes convenientemente devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
28	Tem sido obrigado a evitar alguns alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
29	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
30	Tem-lhe sido impossível comer com a dentadura devido a problemas com a mesma? (responder só no caso de usar qualquer tipo de prótese dentária)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
31	Tem evitado sorrir devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
32	Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
33	O seu sono tem sido interrompido devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
34	Tem-se sentido perturbado devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

35	Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
36	Tem-se sentido deprimido devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
37	A sua concentração tem sido afectada devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
38	Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
39	Tem evitado sair devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
40	Tem-se sentido menos tolerante para com o teu cônjuge/namorado ou familiares devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
41	Tem tido dificuldade em relacionar-se com outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
42	Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
43	Tem tido dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
44	Tem sentido que o seu estado de saúde geral tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
45	Sofreu algumas perdas financeiras devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
46	Tem sido incapaz de apreciar o suficiente a companhia dos outros devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
47	Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
48	Tem-lhe sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
49	Tem-lhe sido incapaz trabalhar com plena capacidade devido a problemas com os dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2
SF-36v2

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito Melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim quanto?

(por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim muito Limitado/a	Sim, um pouco Limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como descolar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 KM	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria ?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume...	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um circulo no número que melhor descreve a sua saúde

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida a sua saúde física ou problemas emocionais, interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada....	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas, teve dores?

Nenhumas.....	Muito fracas	Ligeiras	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada.....	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um circulo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um circulo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade ?.....	.1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a ?.....	.1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o animava.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a ?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia ?.....	.1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a ?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a ?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz ?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a ?.....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) ?

Sempre...	A maior parte. do tempo.....	Algum. tempo.....	Pouco tempo.....	Nunca
1	2	3	4	5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.
Ponha um círculo para cada linha**

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 3
Questionários construídos

Questionário

Idade:

Sexo:

Feminino

Masculino

Estado civil:

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Viuvo/a

Divorciado/a

Separado/a

Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever

Ensino Primário

9º Ano de Escolaridade

12º Ano de Escolaridade

Ensino Superior

Profissão/Ocupação: _____

Local de Residência: _____

Momento T0

Hábitos tabágicos:

Não fumador

Fumador

Se é fumador quantos cigarros fuma por dia? _____

Higiene oral:

Vigilância de saúde oral (n.º de consultas por ano): _____

Escova os dentes? :

Não

Sim

Se respondeu SIM, quantas vezes? _____ quando? _____

Tem sangramento das gengivas? _____

Falta de dentes:

Maxilar superior (n.º de dentes que faltam)

Maxilar inferior (n.º de dentes que faltam)

Há quanto tempo tem falta de dentes?: _____

Tem algum problema de saúde:

Não

Sim

Se respondeu SIM, qual: _____

Relativamente à saúde em geral qual a importância da sua boca?

Nada Importante

Extremamente importante

1 2 3 4 5 6 7

Obrigado pela colaboração

Questionário

Hábitos tabágicos:

Não fumador

Fumador

Se é fumador quantos cigarros fuma por dia? _____

Higiene oral:

Vigilância de saúde oral (n.º de consultas por ano): _____

Escova os dentes? :

Não

_____ Sim

Se respondeu **SIM**, quantas vezes? _____ quando? _____

Tem sangramento das gengivas? _____

Qual o grau de satisfação com a sua nova dentição?

Muito insatisfeito

Muito satisfeito

1 2 3 4 5 6 7

O que passou a fazer de diferente, após a colocação dos implantes? _____

Obrigado pela colaboração

Momento T1

Anexo 4
Consentimento informado dos pacientes

Ex.mo Sr/a

Vitor Branco de Brito, Médico Dentista, aluno do Mestrado em Cirurgia Oral, ministrado pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, pretendo realizar tese de mestrado cujo tema é “**Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos a Reabilitação Oral com Implantes Dentários**” para a qual necessito da sua colaboração.

Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a investigação científica.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a sua colaboração e consentimento, para o preenchimento e utilização dos questionários seguintes. Solicito a sua devolução o mais breve possível.

Os aspectos éticos como o anonimato e confidencialidade serão sempre salvaguardados.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração,

Grato pela participação.

(Vitor Branco de Brito)

Anexo 5
Autorização de utilização do Instrumento OHIP 49-Port [2]



Ex.mo Senhor

Dr. Vítor Manuel Branco Rodrigues de Brito

Porto, 8 de Julho de

2006

Em resposta ao pedido que me formalizou, tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo¹ que seja utilizada a versão portuguesa do Perfil de Impactos de Saúde Oral versão em língua portuguesa de 49 itens, instrumento de medição dos impactos na qualidade de vida derivados do estado de saúde oral, no âmbito do trabalho de investigação para dissertação de mestrado que pretende realizar.

Com os meus melhores cumprimentos.

José Frias Bulhosa

Mestre José Frias Bulhosa
Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária
Rua Carlos da Maia, 296
4200 – 150 Porto
Portugal

¹ *Documento enviado por correio electrónico*

Anexo 6
Autorização de utilização do Instrumento SF-36v2



Centro de Estudos

*e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira

Professor Associado

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Ex.mo Senhor Dr.:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507