

Grau de Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Dentária Removível

Cristina Maria Ferreira Guimarães Pereira Areias

Porto | 2004

Grau de Satisfação de Pacientes Portadores de Prótese Dentária Removível

Cristina Maria Ferreira Guimarães Pereira Areias

Porto | 2004

Dissertação de candidatura ao grau de mestre
apresentada à Faculdade de Medicina Dentária
da Universidade do Porto

Ao Bruno

Aos meus pais
À minha irmã Isabel

À minha avó Lourdes
À memória de meus avós

À minha família

Aos meus amigos

A quem me ensinou na vida e na profissão

Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Prof. Doutor Acácio Eduardo Soares Couto Jorge
Professor Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira
Prof. Doutor Américo dos Santos Afonso
Professor Doutor António Cabral Campos Felino
Prof. Doutor António Manuel Guerra Capelas
Prof. Doutor César Fernando Coelho Leal da Silva
Prof. Doutor David José Casimiro de Andrade
Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira
Professor Doutor Fernando Jorge Morais Branco
Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres
Prof. Doutor Filipe Poças de Almeida Coimbra
Prof. Doutor Francisco António Rebelo Morais Caldas
Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha
Prof. Doutor Irene Graça Azevedo Pina Vaz
Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio Fernandes
Prof. Doutor João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho
Professor Doutor João Fernando Costa Carvalho
Prof. Doutor Jorge Manuel Carvalho Dias Lopes
Prof. Doutor José Albertino da Cruz Lordelo
Prof. Doutor José Albino Teixeira Koch
Prof. Doutor José António Macedo de Carvalho Capelas
Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo
Prof. Doutor Manuel Pedro da Fonseca Paulo
Prof. Doutora Maria Adelaide Macedo Carvalho Capelas
Prof. Doutor Maria Cristina P. C. Mendonça de Figueiredo Pollmann
Prof. Doutora Maria Helena Guimarães Figueiral da Silva
Professora Doutora Maria Helena Raposo Fernandes – Vice - Presidente
Professora Doutora Maria Purificação Valenzuela Sampaio Tavares
Professor Doutor Mário Jorge Rebôlho Fernandes da Silva
Prof. Doutor Mário Ramalho de Vasconcelos
Prof. Doutor Miguel Fernando Silva Gonçalves Pinto
Prof. Doutor Rogério Serapião Aguiar Branco – Presidente

Professores Jubilados

Professor Doutor Adão Fernando Pereira
Prof. Doutor Amílcar Almeida Pereira
Professor Doutor José Serra Silva Campos Neves
Prof. Doutor Manuel Desport Marques
Prof. Doutor Manuel Guedes Figueiredo
Prof. Doutor Manuel Machado Capelas †

Agradecimentos

Para a concretização deste trabalho, pude contar com a colaboração, a compreensão e a simpatia de algumas pessoas. A todas, quero expressar aqui a minha mais profunda gratidão.

À Prof^ª. Doutora Helena Figueiral dirijo o meu maior agradecimento, certa de não dispor de palavras suficientes para exprimir a minha mais profunda gratidão por todo o apoio que me deu. Nela encontrei uma amiga que depositou confiança na minha capacidade, que me orientou com competência, calor e paciência e me incutiu força para prosseguir este trabalho. Sem ela teria sido difícil realizá-lo.

Ao Prof. Doutor José Lordelo a quem devo muitos e bons conselhos e pelo muito que me tem ensinado. Aqui lhe afirmo o meu reconhecido agradecimento.

A todos os Professores do Mestrado de Reabilitação Oral da FMDUP que sempre me apoiaram e incentivaram.

À Prof^ª. Doutora Hercília Guimarães pela ajuda preciosa que me dispensou na revisão cuidadosa da dissertação, pelo empenho e disponibilidade com que me apoiou. Pelas horas extra de trabalho e pelo muito que me tem ensinado, o meu agradecimento.

À Dr.^a Patrícia Fonseca a quem agradeço antes de mais a amizade construída durante os dois anos de Mestrado. Nela encontrei uma pessoa sempre disposta a ajudar e a quem devo opiniões e críticas inteligentes. Companheira dedicada, trabalhadora mostrou-se sempre disponível para tudo. Os meus sinceros agradecimentos.

Aos Assistentes de Prótese Removível da Faculdade de Medicina Dentária do Porto por terem permitido a observação dos pacientes na clínica durante as aulas.

A todos os funcionários da Faculdade de Medicina Dentária do Porto e aos que viram o seu trabalho acrescido para que a presente tese se concretizasse. Uma palavra especial para a D. Idalina e para os Técnicos de prótese que estiveram permanentemente disponíveis.

Para os pacientes incluídos neste estudo e que contribuíram para a sua realização, vai também o meu agradecimento.

Ao Dr. Armando Saraiva agradeço a ajuda pela revisão cuidadosa do texto.

À Dra. Maria João Häendel de Oliveira agradeço a ajuda na tradução do resumo para Inglês e Francês.

Índice

I – Introdução	3
1. Características biológicas do paciente	4
2. Características psicológicas do paciente	5
3. Relação médico/paciente	6
4. Educação do paciente	7
5. Qualidade da prótese	8
II – Justificação e objectivos	9
III – Material e Métodos	13
1. População	15
1.1. Constituição e caracterização da amostra	15
2. Metodologia	17
2.1 Consentimento informado	17
2.2. Métodos gerais e critérios utilizados na recolha de dados	18
2.2.1. Identificação dos pacientes	18
2.2.2. Aspectos de ordem demográfica e social	18
2.2.3. História clínica	19
2.3. Exame objectivo intra-oral	19
2.3.1. Tipo e classificação de desdentados	19
2.3.2. Pesquisa de patologia oral	20
2.4. Exame da prótese	20
2.4.1. Idade da prótese	20
2.4.2. Tipo de utilização da prótese	20
2.4.3. Localização	20
2.4.4. Tipo e material da prótese antiga	21

2.5. Avaliação feita pela investigadora	21
2.5.1. Estética	21
2.5.2. Fonética	21
2.5.3. Retenção e estabilidade	21
2.6. Avaliação do paciente	22
2.7. Registo das informações recolhidas e análise estatística	23
IV – Resultados	25
1. Identificação dos pacientes	27
1.1. Aspectos de ordem demográfica e social	27
1.2. História clínica	28
2. Exame objectivo intra-oral	30
2.1. Tipo e classificação dos desdentados	30
2.2. Pesquisa de patologia oral	33
2.3. Exame da prótese	33
2.3.1. Idade da prótese	33
2.3.2. Tipo de utilização da prótese	34
2.3.3. Localização	34
2.3.4. Tipo de prótese	35
2.3.5. Estética	36
2.3.6. Fonética	41
2.3.7. Retenção e estabilidade	44
2.3.8. Satisfação geral e conforto	49
2.3.9. Mastigação	56
2.3.10. Alteração do paladar	59
2.3.11. Dor	61

V – Discussão	65
1. Limitações do estudo	67
2. Identificação dos pacientes	67
2.1. Aspectos de ordem demográfica e social	67
2.1.1. Sexo	67
2.1.2. Idade	68
2.1.3. Local de residência	70
2.1.4. Escolaridade	70
2.1.5. Patologia e medicação crónica	70
2.1.6. Motivo de colocação da prótese	71
3. Exame objectivo intra-oral	71
3.1. Tipo e classificação de desdentados	71
3.2. Pesquisa de patologia oral	72
3.3. Exame da prótese	73
3.3.1. Tipo de utilização da prótese	73
3.3.2. Tipo de prótese	73
3.3.3. Estética	74
3.3.4. Fonética	75
3.3.5. Retenção e estabilidade	76
3.3.6. Satisfação geral e conforto	78
3.3.7. Mastigação	80
3.3.8. Alteração do paladar	81
3.3.9. Dor	82
VI – Conclusões	83
Bibliografia	87
Resumos	97
Anexos	111

I - Introdução

*O nosso desejo de conhecer
é um fogo sempre ardente.
O vento do nosso saber
sopra e atiça-o constantemente.*

Kaydara

I. Introdução

O aumento gradual da esperança média de vida da população mundial contribuiu para um número cada vez maior de indivíduos desdentados parciais e totais ^{1,2}. Segundo dados da OMS relativos ao ano 2000 (citados por Jones *et al.*) ³, observou-se que, em Portugal, 70% da população a partir dos 65 anos era desdentada. Esta percentagem é bastante superior à verificada na França e na Suécia que, no mesmo grupo etário, apresentam ambas 15,5% de população desdentada ^{3,4}. Com estes dados epidemiológicos constata-se a percentagem de desdentação da população portuguesa com mais de 65 anos e, conseqüentemente, a necessidade urgente de melhorar a saúde oral dos portugueses.

Existem diferentes abordagens terapêuticas para reabilitar os pacientes desdentados, nomeadamente o recurso a prótese removível, fixa e sobre implantes, com o objectivo de restaurar a função mastigatória, melhorar a saúde oral e a estética do paciente ⁵⁻⁸.

A reabilitação protética do paciente desdentado é um grande desafio para o prostodontista que deve ter em consideração as alterações morfológicas e neuromusculares resultantes da desdentação, bem como os problemas psicossociais e médicos que estão tantas vezes presentes nestes pacientes ⁹⁻¹⁴.

A perda de dentes está relacionada com mudanças no comportamento, sentimento de desolação, diminuição da autoconfiança e preocupação com a aparência. É bem possível que muitas vezes a insatisfação de alguns pacientes resulte dos efeitos emocionais causados pela perda de dentes e não de deficiências das próteses ¹³⁻¹⁷. Isto torna-se particularmente evidente nas situações de desdentação total, que podem ser uma fonte de frustração, levando à insatisfação do paciente relativamente à sua prótese, mesmo que esta esteja tecnicamente correcta ¹⁵. No entanto, os efeitos psicológicos da perda dentária na dentição permanente são diversos, reagindo cada paciente de um modo particular ^{15,18-20}.

Para além disso, determinadas situações particulares do estado psíquico do paciente podem dificultar a aceitação de uma prótese. A depressão, por

exemplo, (doença que afecta 20 % das mulheres e 10 % dos homens) pode influenciar significativamente a adaptação à prótese e na maioria das vezes está associada à insatisfação²¹⁻²⁶.

À primeira vista, a noção geral de satisfação pode parecer simples mas continua a não existir uma definição comum e abrangente deste conceito²⁷.

Os primeiros estudos sobre a satisfação reportam a 1960, tendo surgido trabalhos no campo da sociologia, da psicologia, do marketing e da saúde²⁷. No entanto, os estudos realizados sobre satisfação dentária começam a aparecer a partir de 1980²⁸.

A satisfação dos pacientes portadores de prótese dentária removível é pois, multifactorial. Em seguida mencionamos os factores relativos à satisfação dos pacientes portadores de prótese removível mais referenciados na literatura.

1. Características biológicas do paciente

Determinadas características biológicas do paciente podem estar relacionadas com a sua satisfação e, por isso, devem ser consideradas quando se pretende a reabilitação oral do paciente.

Assim, relativamente à saúde geral, é mais fácil um paciente com boa saúde geral poder aceitar a prótese e adaptar-se melhor do que outro cujo estado de saúde seja mais precário²⁹.

Outro aspecto a ter em conta é o da medicação que o paciente toma. Como é sabido, alguns tipos de medicamentos causam fragilidade nos tecidos orais. Por outro lado, há medicamentos com efeito xerostomizante que, provocando secura da boca, provavelmente irão influenciar na satisfação com a prótese²⁹.

Deve-se realizar o exame clínico tendo em atenção os aspectos anatómicos, a condição dentária e os hábitos do paciente²⁹. Alterações morfológicas podem surgir após a extracção dentária, quer no maxilar superior, quer no maxilar inferior. As diferentes alterações que podem surgir após uma extracção dentária, nomeadamente o grau de reabsorção da crista alveolar,

podem condicionar a reabilitação e a satisfação do paciente ^{13,30}, dependendo o sucesso do tratamento protético das suas características biológicas ³¹⁻³⁴.

2. Características psicológicas do paciente

A maioria dos pacientes portadores de prótese removível pertence a uma classe etária relativamente elevada. Por isso é importante ter algum conhecimento da psicologia do paciente idoso para sermos capazes de diferenciar desordens de comportamento associadas com patologias cerebrais e aquelas que não o são. Por exemplo, na demência senil (onde existe uma deterioração irreversível do desenvolvimento das faculdades intelectuais) o paciente é frequentemente hostil e incapaz de se ajustar a qualquer prótese ²⁹.

A capacidade mental e os padrões de comportamento dos idosos (a maioria desdentados) são o resultado de uma interacção complexa de experiências passadas, do envelhecimento fisiológico e, por vezes, da condição sócio/económica ³⁵.

Os pacientes geriátricos têm demonstrado uma alta incidência de depressão e de sentimentos de insegurança o que provavelmente interfere com a satisfação. Por isso o médico dentista deve fazer uma consulta clínica versátil, promovendo a confiança e a tolerância, de forma a ajudar o idoso a obter resultados protodônticos satisfatórios ²⁹.

Por outro lado, independentemente da idade do paciente, deve-se tentar perceber qual o tipo psicológico do indivíduo que se está a reabilitar para que o tratamento seja concluído da melhor forma, visto que as características psicológicas podem conduzir a uma atitude positiva ou negativa em relação ao uso de prótese ²⁰. Deste modo, House ²⁹ classificou os pacientes de acordo com as atitudes mentais dividindo-os em quatro grupos:

Filosófico – está disposto a aceitar a opinião do dentista sem questionar. Aceita a situação oral e sabe que o dentista vai fazer o melhor que pode. Tem uma atitude ideal para o sucesso protético.

Indiferente – preocupa-se pouco com a saúde oral. Aprecia pouco os esforços do dentista e muitas vezes procura o tratamento por insistência de amigos e familiares. Desiste facilmente perante alguma dificuldade que surja

com a nova prótese. Necessita de mais tempo para a aprendizagem. A sua atitude pode ser desencorajadora para o dentista que o trata.

Crítico – encontra falhas em tudo o que se faz por ele. Nunca está satisfeito com o dentista anterior e normalmente é porque o dentista anterior não seguiu as suas indicações. Pode trazer com ele uma colecção de próteses e consegue dizer o que está errado em cada uma. Uma observação cuidadosa e atenta revela que os maiores erros foram a tentativa de seguir as directrizes do paciente. A não identificação deste paciente durante o diagnóstico vai com certeza acarretar muitos problemas. Não podemos permitir que ele pense que está a direccionar o tratamento.

Céptico – teve más experiências passadas e agora questiona tudo e duvida que alguém o possa ajudar. Neste paciente o dentista deve “perder mais tempo” que o habitual no exame clínico uma vez que vai ajudar o paciente a recuperar a confiança. Este pode tornar-se um excelente paciente se o soubermos motivar.

Apesar de muitas vezes não ser fácil enquadrar os pacientes nos perfis psicológicos descritos, existem de facto diversas referências bibliográficas que, entre outros factores, relacionam o sucesso de uma prótese com a atitude mental do paciente³⁰⁻³³. O conhecimento da psicologia é um dos elementos essenciais no sucesso dos tratamentos dentários^{12,36-40}.

Segundo alguns autores o optimismo e a satisfação com a vida estão relacionados com a saúde dentária e geral^{36,41}. A relação do sucesso protético com diversos aspectos da personalidade tem sido um tema explorado na literatura^{15,17,42}.

3. Relação médico/paciente

O médico dentista deve procurar manter uma relação de diálogo e confiança com o seu paciente^{4,37}. A explicação cuidada do tratamento é a base para uma boa comunicação com todos os pacientes²⁹.

O sucesso do tratamento protético resulta não só da habilidade do dentista mas também da capacidade deste se relacionar com os pacientes e compreender as suas necessidades ²⁹.

Próteses tecnicamente excelentes podem não resultar devido a factores psicológicos. Todavia, próteses com imperfeições técnicas que não ultrapassem a tolerância fisiológica dos tecidos podem ser bem sucedidas na presença de uma boa relação médico/paciente ^{26,43}.

O sucesso do tratamento é muitas vezes julgado de forma diferente por dentistas e pacientes. Os médicos dentistas consideram sucesso sempre que as técnicas padrão foram correctamente aplicadas, enquanto que os pacientes o avaliam apenas do ponto de vista de satisfação pessoal ^{7,11,37}.

Em prótese, a satisfação do paciente e do dentista depende, pois, da boa comunicação entre ambos ⁴⁴, sendo importante investir permanentemente na melhoria do relacionamento interpessoal médico/paciente ^{28,44,45}.

Devemos deixar o paciente falar, expor os seus receios, necessidades e desejos. Devemos ajudá-lo, mantendo uma atitude de atenção, compreensão e interesse, fazendo-lhe algumas perguntas para que este se aperceba da nossa posição e tenha confiança em nós ¹².

O paciente deve ter oportunidade de dizer o que quer antes que o dentista lhe diga o que necessita ¹².

4. Educação do paciente

A educação do paciente, um dos mais importantes factores para o sucesso de uma prótese removível, deve começar na primeira consulta e continuar durante todo o tratamento. A primeira visita ao médico dentista é de extrema importância, uma vez que a educação do paciente se inicia com o primeiro contacto ¹².

Os desejos e expectativas do paciente devem ser avaliados o mais cedo possível, idealmente durante a elaboração do diagnóstico ou em fases precoces do tratamento. É muito mais fácil explicar as limitações e restrições da prótese antes do tratamento do que tentar justificar as suas limitações posteriormente ^{46,47}. A insatisfação tem sido relacionada com expectativas

demasiado altas relativamente às possibilidades reais das próteses ¹⁵, o que poderia ser evitado pela prévia educação do paciente ¹¹.

A educação do paciente não pode terminar com a colocação da prótese, sendo necessário inculcar-lhe a necessidade de efectuar consultas de controlo. Uma vez que a educação dos pacientes é crítica para o sucesso das novas próteses muitos dentistas optam por fornecer instruções escritas ²⁹.

A investigação clínica mostrou que mesmo o desenho mais cuidadoso, tecnicamente bem delineado e biologicamente orientado, pode falhar, a menos que o paciente tenha um cuidado especial com os tecidos orais e com a prótese ^{46,47}. Reavaliar o paciente nas 24/48 h após colocação da prótese e observá-lo em consultas seriadas de controlo são atitudes importantes para o sucesso do tratamento ⁴⁸⁻⁵⁰.

5. Qualidade da prótese

Tem-se vindo a assistir a uma preocupação constante no aperfeiçoamento da competência técnico/profissional dos médicos dentistas, no sentido da obtenção de próteses tecnicamente correctas, com o objectivo de promover um maior grau de satisfação aos pacientes portadores de próteses removíveis ^{28,44,45}.

De facto, durante todo o processo de elaboração de uma prótese removível são vários os procedimentos envolvidos, clínicos e laboratoriais, que podem influenciar no resultado final. Além da qualidade técnica do médico dentista e do técnico de prótese, aspectos como os materiais utilizados e o processamento clínico e laboratorial podem ser determinantes na satisfação do paciente ²⁹.

II – Justificação e objectivos

*“Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não haja frutos,
pelo Sonho é que vamos.*

in “O Sonho” de Sebastião da Gama

II. Justificação e objectivos

Sabendo que estão envolvidos diferentes factores na satisfação com as próteses removíveis, limitamos o nosso estudo à avaliação de parâmetros protéticos e sua relação com a satisfação do paciente.

O elevado número de portadores de próteses removíveis existente em Portugal, o desconhecimento do grau de satisfação relativamente às suas próteses e a ausência de informação sobre a realidade dos utentes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto portadores de prótese removível, justificaram a opção pelo tema deste trabalho.

Os objectivos deste estudo, para a população avaliada, foram os seguintes:

1. Conhecer o grau de satisfação geral referente às próteses e as principais queixas dos pacientes portadores de próteses removíveis;
2. Avaliar o grau de satisfação do paciente com a estética, a retenção e a estabilidade da prótese, a fonética, a mastigação, a alteração do paladar e a dor;
3. Comparar a opinião do paciente relativamente à sua prótese nova em duas consultas espaçadas de 1 semana;
4. Comparar a opinião da investigadora com a do paciente nos parâmetros estudados por ambos.

III - Material e Métodos

Nunca conseguiremos encontrar a verdade se nos contentarmos com aquilo que já foi encontrado.

Gilbert de Tournai

III. Material e Métodos

Este estudo foi realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), entre Janeiro e Junho de 2004.

1. População

Foram observados indivíduos portadores de próteses removíveis e que procuraram a FMDUP para a reabilitação protética. A parte clínica desta reabilitação protética foi realizada pelos alunos dos 5º e 6º anos da faculdade sob supervisão de um docente de prótese removível.

1.1. Constituição e caracterização da amostra

Foram incluídos no estudo pacientes adultos (maiores de 18 anos), de ambos os sexos, portadores de próteses removíveis, acrílicas ou esqueléticas, parciais ou totais, provenientes das consultas de Prótese Removível II e III da FMDUP.

O recrutamento dos pacientes foi feito por abordagem directa na clínica da faculdade.

Dos 58 pacientes avaliados com as características referidas, 7 foram excluídos por não comparência a todas as consultas. Os 51 pacientes que concluíram o estudo foram distribuídos por dois grupos: portadores de prótese dentária removível antiga ($n = 23$) e portadores de prótese dentária removível nova ($n = 36$). Oito dos pacientes foram incluídos nos dois grupos uma vez que possuíam prótese antiga e encontravam-se a colocar nova prótese.

Do total de pacientes observados ($n = 51$), 58,8 % ($n = 30$) eram do sexo feminino e 41,2 % ($n = 21$) do sexo masculino. As suas idades variavam entre o mínimo de 31 e o máximo de 80 anos, sendo a média de idades de 58,7 anos. Estabeleceram-se classes de idades segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵¹: inferior a 35 anos, entre 35 e 44 anos, entre 45 e 54 anos, entre 55 e 64 anos, entre 65 e 74 anos e com 75 anos ou mais. A distribuição por sexo e escalão etário consta da tabela I.

Tabela I. Distribuição da amostra por sexo e escalão etário

Idade (Anos)	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 35	0	0,0	1	2,0	1	2,0
[35,44]	3	5,9	5	9,8	8	15,7
[45,54]	9	17,6	2	3,9	11	21,6
[55,64]	3	5,9	7	13,7	10	19,6
[65,74]	12	23,5	3	5,9	15	29,4
> 75	3	5,9	3	5,9	6	11,8
Total	30	58,8	21	41,2	51	100,0

Dos 23 pacientes observados com prótese antiga, 87,0 % (n = 20) eram do sexo feminino e 13,0 % (n = 3) do sexo masculino. As suas idades variavam entre o mínimo de 41 e o máximo de 78 anos, sendo a média de idades de 62 anos (Tabela II).

Tabela II. Distribuição da amostra por sexo e escalão etário dos pacientes portadores de próteses antigas

Idade (Anos)	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 35	0	0,0	0	0,0	0	0,0
[35,44]	3	13,0	0	0,0	3	13,0
[45,54]	4	17,4	1	4,3	5	21,7
[55,64]	1	4,3	0	0,0	1	4,3
[65,74]	10	43,5	1	4,3	11	47,8
> 75	2	8,7	1	4,3	3	13,0
Total	20	87,0	3	13,0	23	100,0

Dos 36 pacientes observados com próteses novas, 44,4 % (n = 16) eram do sexo feminino e 55,6 % (n = 20) do sexo masculino. As suas idades variavam entre o mínimo de 31 e o máximo de 80 anos, sendo a média de idades de 57,3 anos (Tabela III).

Tabela III. Distribuição da amostra por sexo e escalão etário dos pacientes portadores de próteses novas

Idade (Anos)	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 35	0	0,0	1	2,8	1	2,8
[35,44]	1	2,8	5	13,9	6	16,7
[45,54]	6	16,7	2	5,6	8	22,2
[55,64]	2	5,6	7	19,4	9	25,0
[65,74]	5	13,9	2	5,6	7	19,4
> 75	2	5,6	3	8,3	5	13,9
Total	16	44,4	20	55,6	36	100,0

2. Metodologia

2.1. Consentimento informado

A todos os participantes foi solicitado o preenchimento da declaração de consentimento informado (Anexo I) após lhes terem sido explicados os objectivos do estudo. Foram livres de abandonar o estudo se o desejassem sem qualquer tipo de penalização. Foram respeitadas as regras de conduta expressas na Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor, tendo sido garantida a confidencialidade sobre as informações recolhidas.

2.2. Métodos gerais e critérios utilizados na recolha de dados

Os pacientes foram observados nas instalações da FMDUP e foi preenchida a respectiva ficha clínica (Anexo II). Da amostra global das próteses foram avaliadas, separadamente, as próteses antigas e as próteses novas, o que correspondeu a 23 pacientes portadores de próteses antigas e a 36 pacientes com próteses novas.

Registaram-se os dados recolhidos na primeira consulta relativos à prótese antiga (caso existisse). No que diz respeito às próteses novas, foram feitas três observações: no dia da colocação, passado uma semana e passadas duas semanas.

Através de um questionário estruturado (ficha clínica – Anexo II), obtivemos informação sobre diversos parâmetros, que agrupámos da seguinte forma:

2.2.1. Identificação dos pacientes

A cada paciente foi atribuído um número identificativo.

Foram registados na ficha clínica, da forma mais completa possível, os dados referentes a: nome, data da consulta, número do processo, residência e telefone. Estes foram introduzidos numa base de dados elaborada para o efeito. Foi garantida a confidencialidade dos mesmos.

2.2.2. Aspectos de ordem demográfica e social

Foram registados aspectos de ordem demográfica e social dos pacientes, nomeadamente a idade, o sexo (feminino e masculino), a raça (caucasiana, negra ou outra) e a escolaridade.

A escolaridade foi agrupada nas seguintes Classes:

- Classe 1 – ensino básico – 1º ciclo (do 1º ao 4º anos) ou inferior
- Classe 2 – ensino básico – 2º e 3º ciclos (do 5º ao 9º anos)
- Classe 3 – ensino secundário (do 10º ao 12º anos)
- Classe 4 – ensino universitário

2.2.3. História clínica

Na história clínica foram incluídas as seguintes questões:

- presença ou ausência de patologia crónica – registaram-se as doenças que obrigavam o indivíduo a cuidados médicos regulares;
- presença ou ausência de medicação crónica – registou-se se tinham tomado com regularidade alguma medicação no último ano;
- causa de perda dos dentes – acidente, cárie, doença periodontal ou outra;
- motivo de colocação da prótese – pouca retenção/estabilidade da prótese antiga, mastigação, estética, fonética ou outra;
- frequência à consulta de medicina dentária – quando apresentam queixas, regularmente.

2.3. Exame objectivo intra-oral

Os pacientes foram observados pela investigadora responsável com a colaboração de uma colega do Mestrado de Reabilitação Oral, como anotadora. O exame constou de:

2.3.1. Tipo e classificação dos desdentados

Os participantes no estudo foram divididos quanto ao tipo de desdentação apenas do maxilar superior, apenas do maxilar inferior ou bimaxilares.

Foi utilizada a classificação de Kennedy para codificar os diferentes tipos de arcada desdentada^{52,53}.

Os desdentados totais não estão incluídos nesta classificação, por isso codificaram-se como “Classe 0”⁵⁴.

2.3.2. Pesquisa de patologia oral

Este parâmetro foi dividido em três *itens*: estomatite protética, úlceras e outras lesões orais e periorais. Foi adoptada a classificação e a ficha de patologia oral da OMS (Anexo III) ⁵⁴. Nesta classificação a estomatite protética é definida como um processo inflamatório da mucosa de suporte de uma prótese dentária removível parcial ou total e as úlceras como descontinuidades do epitélio mucoso ⁵⁴.

2.4. Exame da prótese

De acordo com estudos similares ^{54,55} onde foi feito um exame às próteses e tendo por base esses mesmos trabalhos, estudamos as seguintes variáveis: idade da prótese, tipo de utilização da prótese, localização (maxilar superior, maxilar inferior, ambos) e, tipo e material da prótese.

2.4.1. Idade da prótese

Foi inquirido o tempo de experiência de uso da prótese actual.

A antiguidade da prótese foi avaliada pelos anos de utilização.

2.4.2. Tipo de utilização da prótese

Registou-se se o uso da prótese era diurno, contínuo, só durante as refeições ou outro.

2.4.3. Localização

Foi registada a localização no maxilar superior, no maxilar inferior ou em ambos.

2.4.4. Tipo e material da prótese

Foi anotado o tipo de prótese, total ou parcial (caso estivesse presente pelo menos um dente na arcada dentária).

Quanto ao material foram consideradas as próteses acrílicas e as esqueléticas.

As próteses incluídas neste estudo foram avaliadas pela investigadora e pelo paciente.

2.5. Avaliação feita pela investigadora

2.5.1. Estética

A estética foi considerada insatisfatória pela investigadora, sempre que, uma vez retiradas da boca se verificava que as próteses estavam fracturadas e/ou com manchas significativas, ou quando, depois de colocadas, não davam suporte labial suficiente e/ou apresentavam as linhas médias desalinhadas^{54,55}.

2.5.2. Fonética

Foi solicitado aos pacientes que pronunciassem algumas consoantes, nomeadamente F, V, M, D, S, por serem de dicção mais difícil²⁹.

A avaliação manteve-se à medida que o paciente ia respondendo às outras questões do inquérito.

2.5.3. Retenção e estabilidade

a) A retenção das próteses foi registada do seguinte modo: com um espaço interoclusal medido entre os incisivos de aproximadamente 3 cm, e com as próteses colocadas na boca, imprimiu-se no maxilar superior, com a polpa de dois dedos, na porção anterior do palato, um suave movimento antero-posterior na prótese e, a nível dos pré-molares, traccionou-se ligeiramente para baixo. No maxilar inferior, foi exercida uma suave tracção para cima nos incisivos e um leve movimento de deslizamento lateral nos

caninos^{54,55}. Quando se avaliavam próteses parciais que não incluíam as áreas ou dentes referidos, adoptava-se o mesmo procedimento nas áreas/dentes que se encontravam mais próximo dos indicados. Assim, a retenção foi considerada:

Boa – se a prótese permanecia assente aquando da abertura da boca e oferecia máxima resistência à tracção vertical e suficiente resistência às forças laterais.

Alguma – sempre que a resistência às forças verticais e laterais era pequena, mas a prótese permanece inserida aquando da abertura da boca.

Nenhuma – sempre que na abertura da boca, a prótese não oferecia a mínima resistência às forças verticais ou laterais e se deslocava para oclusal.

b) A estabilidade da prótese foi registada do seguinte modo: mantendo um espaço interoclusal de aproximadamente 3 cm, foi aplicada uma pressão ligeira com a polpa dos dedos de ambos os lados da prótese, alternadamente, na região dos pré-molares. A estabilidade foi classificada e registada como^{54,55}.

Boa – se a prótese apresentava pouco ou nenhum movimento nas estruturas de suporte.

Alguma – se a prótese apresentava movimento moderado, mas assentava de novo com facilidade.

Nenhuma – se a prótese apresentava movimento extremo, o que tornava difícil o seu reassentamento.

2.6. Avaliação feita pelo paciente

A Escala Visual Analógica (EVA)⁵⁴⁻⁵⁷ foi usada na tentativa de quantificar os seguintes parâmetros: estética, fonética, retenção e estabilidade, satisfação e conforto, mastigação, alteração do paladar e dor.

A EVA apresenta-se como uma linha horizontal de 10 cm, representando a variação de sintomas entre extremos identificados por palavras que significam situações limites (Anexo II). Cada indivíduo marca na linha o ponto correspondente ao que sente no momento. Foi medida a distância da marca ao limite esquerdo e codificada de acordo com cada parâmetro.

Para se poder comparar a opinião do clínico com a do paciente codificaram-se alguns dos parâmetros em classes. A codificação foi feita tendo em consideração a escala visual analógica [0,10] e o parâmetro a avaliar. Assim, a estética e a fonética foram classificadas como insatisfatória [0,5] e satisfatória [6,10], a retenção e a estabilidade, como nenhuma [0,3], alguma [4,7] e boa [8,10], a satisfação, como nenhuma [0,3], razoável [4,7] e total [8,10], a mastigação, como impossível [0,3], razoável [4,7] e excelente [8,10], a alteração do paladar, em nenhuma [0,3], alguma [4,7] e total [8,10] e a dor, como nenhuma [0,3], alguma [4,7] e insuportável [8,10].

Esta escala serviu para o paciente fazer uma autoavaliação da sua prótese.

Dada a sua subjectividade, atendendo à metodologia seguida, os parâmetros (satisfação/conforto, mastigação, alteração do paladar e dor) foram avaliados exclusivamente pelos pacientes.

2.7. Registo das informações recolhidas e análise estatística

A codificação das questões foi feita pela investigadora que era, também, responsável pela sua verificação.

Após a sua informatização os dados foram analisados no programa de estatística SPSS 11,5.

Todos os dados foram tratados em computador pessoal portátil (hp pavilion – zt3000) com software (Windows® xp™ profissional).

Os resultados são apresentados em quadros e gráficos.

De acordo com os objectivos, foram utilizados os seguintes métodos estatísticos:

- Teste qui-quadrado usado para calcular o valor de p . O valor de p foi considerado estatisticamente não significativo se superior ou igual a 0,05. No entanto sempre que existam mais de 20 % de células com números inferiores a 5 não se pode aplicar este teste⁵⁸.
- Teste de Wilcoxon usado para comparação entre a 2ª e 3ª consultas relativamente ao mesmo parâmetro⁵⁸.
- Medida de tendência central, mediana para termos a noção do grau mais frequentemente respondido em cada parâmetro⁵⁸.

IV - Resultados

O começo de todas as ciências é a surpresa de que as coisas sejam aquilo que são.

Aristóteles, Metafísica

IV. Resultados

1. Identificação dos pacientes

1.1. Aspectos de ordem demográfica e social

Dos 51 pacientes observados, 30 (58,8 %) eram do sexo feminino e 20 (41,2 %) do sexo masculino. As suas idades variavam entre os 31 e os 80 anos, sendo a média de idades de 58,7 anos.

Da amostra global das 94 próteses foram avaliadas 37 (39,4 %) próteses antigas e 57 (60,6 %) próteses novas separadamente, o que correspondeu a 23 pacientes portadores de próteses antigas e 36 pacientes com próteses novas.

Dos 23 pacientes observados com prótese antiga, 20 (87,0 %) eram do sexo feminino e 3 (13,0 %) do sexo masculino. As suas idades variavam entre 41 e 78 anos, sendo a média de idades de 62 anos.

Dos 36 pacientes observados com próteses novas, 16 (44,4 %) eram do sexo feminino e 20 (55,6 %) do sexo masculino. As suas idades variavam entre 31 e 80 anos, sendo a média de idades de 57,3 anos.

Residiam na área Metropolitana do Porto 49 (96,1 %) indivíduos e 3 (3,9 %) no distrito de Aveiro.

Todos os pacientes eram de raça caucasiana (100 %).

Dos 51 pacientes, 32 (62,7 %) frequentaram o ensino no máximo até ao 1º ciclo (Figura 1).

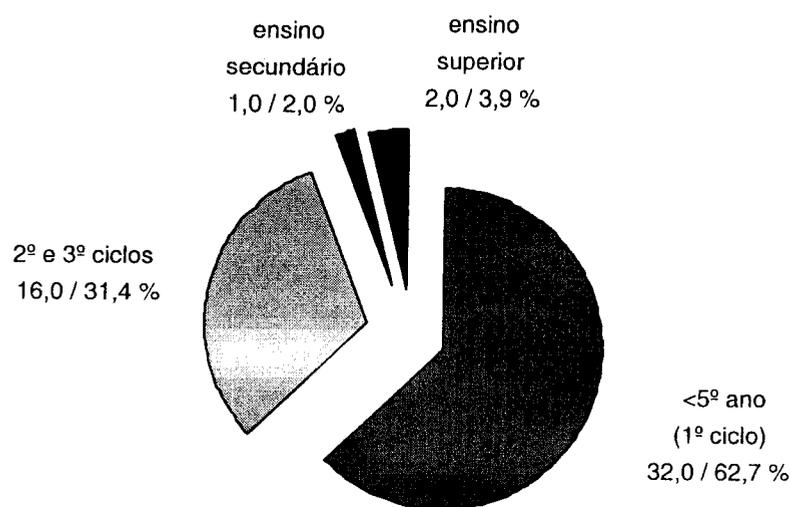


Figura 1. Escolaridade

1.2. História clínica

Verificou-se que 39 (76,5 %) dos 51 pacientes recorreram à consulta de medicina dentária quando tiveram queixas, enquanto 12 (23,5 %) a frequentavam regularmente (Figura 2).

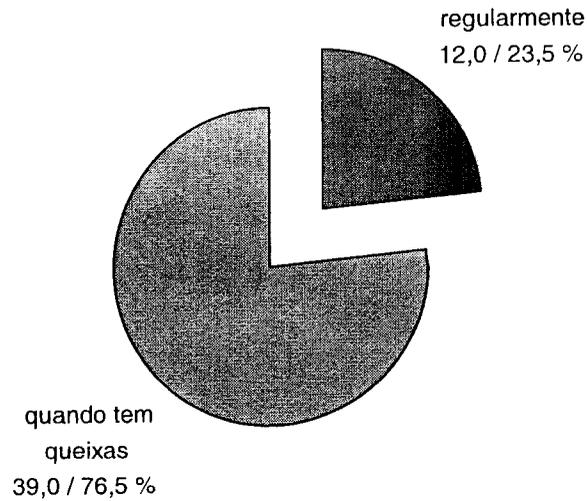


Figura 2. Frequência às consultas de medicina dentária dos pacientes do estudo

Foi registada a existência de patologia crónica em 32 (62,7 %) pacientes (Figura 3).

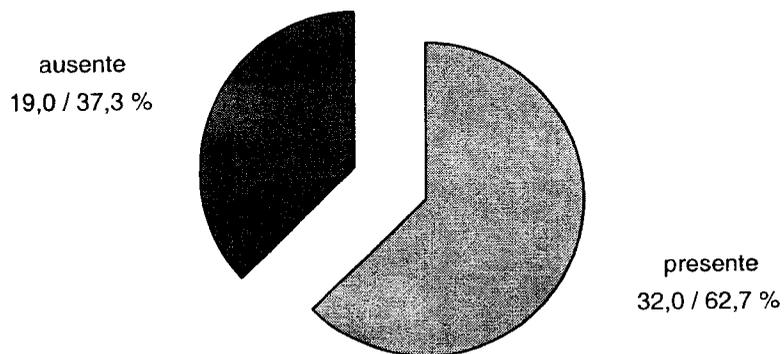


Figura 3. Patologia crónica observada na população estudada

Foi registada medicação crónica em 30 (58,8 %) indivíduos, estando ausente nos restantes 21 (41,2 %) (Figura 4).

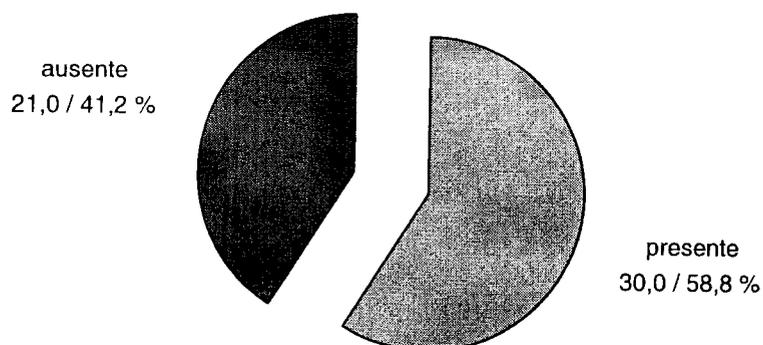


Figura 4. Medicação crónica observada na população estudada

Perderam os dentes devido à cárie 47 (92,2 %) pacientes, 3 (5,9 %) devido a doenças periodontais e 1 (2,0 %) devido a acidente (Figura 5).

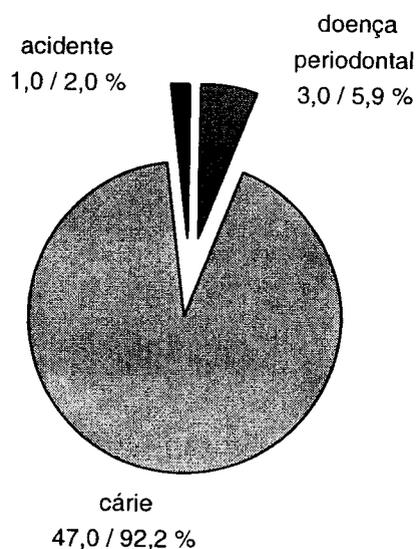


Figura 5. Motivo da perda de dentes nos pacientes do estudo

O motivo principal de substituição de prótese para 24 (47,1 %) pacientes foi melhorar a mastigação e para 13 (25,5 %) foi melhorar a estética.

Em 14 (27,5 %) não foi avaliável, uma vez que estes pacientes não substituíram as próteses (Figura 6).

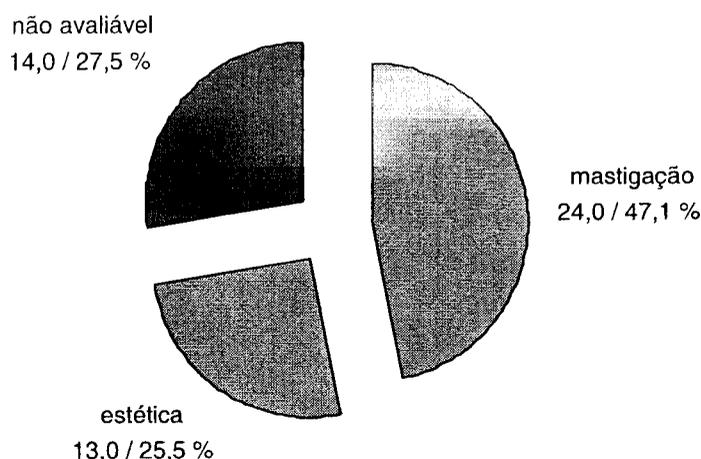


Figura 6. Motivo da colocação da prótese nos pacientes estudados

2. Exame objectivo intra-oral

2.1. Tipo e Classificação dos desdentados

a) Prótese Antiga

No que diz respeito às próteses antigas encontramos a seguinte distribuição: 14 (37,8 %) – Classe I, 11 (29,7 %) – Classe III, 7 (18,9 %) – “Classe 0”, 4 (10,8 %) – Classe II e 1 (2,7 %) – Classe IV (Tabela IV).

Registamos para o sexo feminino: 11 (29,7 %) - Classe I, 10 (27,0 %) – Classe III, 7 (18,9 %) – “Classe 0”, 3 (8,1 %) – Classe II e 1 (2,7 %) – Classe IV. Nos pacientes do sexo masculino observamos 3 (8,1 %) – Classe I, 1 (2,7 %) – Classe II, 1 (2,7 %) – Classe III e 0 (0,0 %) – “Classe 0” e IV (Tabela IV).

Relativamente à arcada a reabilitar – No maxilar superior, 5 (13,5 %) próteses estavam presentes nas Classes III, 4 (10,8 %) nas “Classes 0”, e igual número nas arcadas Classe I, 2 (5,4 %) nas Classe II e 1 (2,7 %) na Classe IV. No maxilar inferior, 10 (27,0 %) próteses estavam presentes nas Classe I, 6 (16,2 %) nas Classe III, 3 (8,1 %) nas “Classe 0”, 2 (5,4 %) nas Classe II e 0 (0,0 %) nas Classe IV (Tabela IV).

As diferentes Classes de desdentados foram reabilitados da seguinte forma: Classe I - 13 (35,1 %) próteses acrílicas e 1 (2,7 %) prótese esquelética, Classe II – 4 (10,8 %) próteses acrílicas, Classe III – 7 (18,9 %) próteses acrílicas e 4 (10,8 %) próteses esqueléticas, Classe IV – 1 (2,7 %) prótese acrílica. Todas as “Classe 0” foram reabilitadas com prótese completa acrílica (Tabela IV).

b) Prótese Nova

No que diz respeito às próteses novas encontramos a seguinte distribuição: 18 (31,6 %) – Classe I, 14 (24,6 %) – Classe II, 12 (21,1 %) – Classe III, 11 (19,3 %) – “Classe 0” e 2 (3,5 %) – Classe IV (Tabela IV).

Registamos para o sexo feminino: 10 (17,5 %) – Classe I, 6 (10,5 %) – “Classe 0”, 5 (8,8 %) – Classe II, 4 (7,0 %) – Classe III e 1 (1,8 %) - Classe IV. Na população masculina observamos 9 (15,8 %) – Classe II, 8 (14,0 %) – Classe I e igual número Classe III, 5 (8,8 %) – “Classe 0” e 1 (1,8%) – Classe IV (Tabela IV).

Relativamente à arcada a reabilitar – No maxilar superior 10 (17,5 %) próteses foram colocadas nas Classe III, 6 (10,5 %) nas Classe I, 5 (8,8 %) nas “Classe 0” e nas Classe II e 2 (3,5 %) nas Classe IV. No maxilar inferior 12 (21,1 %) próteses foram colocadas nas Classe I, 9 (15,8 %) nas Classe II, 6 (10,5 %) nas “Classe 0”, 2 (3,5 %) nas Classe III e 0 (0,0 %) nas Classe IV (Tabela IV).

As diferentes Classes de desdentados foram reabilitados da seguinte forma: Classe I – 11 (19,3 %) próteses acrílicas, 6 (10,5 %) próteses esqueléticas e 1 (1,8 %) prótese completa (sobredentadura), Classe II – 10 (17,5 %) próteses esqueléticas, 4 (7,0 %) próteses acrílicas, Classe III – 10 (17,5 %) próteses esqueléticas, 2 (3,5 %) próteses acrílicas, Classe IV – 2 (3,5 %) próteses acrílicas. Todas as “Classe 0” foram reabilitadas com prótese completa acrílica (Tabela IV).

Tabela IV. Resultados referentes à relação entre Classes de Kennedy nas próteses antigas e novas com sexo, arcada a reabilitar e tipo de prótese

Variáveis a analisar		"Classe 0"	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Total	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Próteses antigas	Sexo	Feminino	7 (18,9)	11 (29,7)	3 (8,1)	10 (27,0)	1 (2,7)	32 (86,5)
		Masculino	0 (0,0)	3 (8,1)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0,0)	5 (13,5)
		Total	7 (18,9)	14 (37,8)	4 (10,8)	11 (29,7)	1 (2,7)	37 (100,0)
	Arcada	Maxilar sup	4 (10,8)	4 (10,8)	2 (5,4)	5 (13,5)	1 (2,7)	16 (43,2)
		Maxilar inf	3 (8,1)	10 (27,0)	2 (5,4)	6 (16,2)	0 (0,0)	21 (56,8)
		Total	7 (18,9)	14 (37,8)	4 (10,8)	11 (29,7)	1 (2,7)	37 (100,0)
	Tipo de prótese	Acrílica	0 (0,0)	13 (35,1)	4 (10,8)	7 (18,9)	1 (2,7)	25 (67,6)
		Esquelética	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	4 (10,8)	0 (0,0)	5 (13,5)
		Completa	7 (18,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (18,9)
Total		7 (18,9)	14 (37,8)	4 (10,8)	11 (29,7)	1 (2,7)	37 (100,0)	
Próteses Novas	Sexo	Feminino	6 (10,5)	10 (17,5)	5 (8,8)	4 (7,0)	1 (1,8)	26 (45,6)
		Masculino	5 (8,8)	8 (14,0)	9 (15,8)	8 (14,0)	1 (1,8)	31 (54,4)
		Total	11 (19,3)	18 (31,6)	14 (24,6)	12 (21,1)	2 (3,5)	57 (100,0)
	Arcada	Maxilar sup	5 (8,8)	6 (10,5)	5 (8,8)	10 (17,5)	2 (3,5)	28 (49,1)
		Maxilar inf	6 (10,5)	12 (21,1)	9 (15,8)	2 (3,5)	0 (0,0)	29 (50,9)
		Total	11 (19,3)	18 (31,6)	14 (24,6)	12 (21,1)	2 (3,5)	57 (100,0)
	Tipo de prótese	Acrílica	0 (0,0)	11 (19,3)	4 (7,0)	2 (3,5)	2 (3,5)	19 (33,3)
		Esquelética	0 (0,0)	6 (10,5)	10 (17,5)	10 (17,5)	0 (0,0)	26 (45,6)
		Completa	11 (19,3)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (21,1)
Total		11 (19,3)	18 (31,6)	14 (24,6)	12 (21,1)	2 (3,5)	57 (100,0)	

Nas próteses antigas o teste qui-quadrado não é aplicável para as relações entre sexo, arcada e tipo de prótese com Classe de Kennedy. Para as próteses novas o teste qui-quadrado não é aplicável para a relação tipo de prótese com a Classe de Kennedy. Nestas últimas, obtivemos um valor de p estatisticamente sem significado na relação sexo vs Classe de Kennedy ($p = 0,668$, confirmado pelos testes de valores simétricos) e estatisticamente significativo na relação arcada vs Classe de Kennedy ($p = 0,032$, também confirmado pelos testes de valores simétricos).

2.2. Pesquisa de patologia oral

a) Prótese Antiga

A única patologia encontrada foi a estomatite, em 6 (26,1 %) palatos dos 23 pacientes portadores de próteses antigas.

b) Prótese Nova

Foram observadas na 2ª consulta 16 (28,1 %) úlceras e 1 (1,8 %) estomatite protética nos 36 pacientes que colocaram próteses novas.

Na 3ª consulta foram observadas 6 (10,5 %) úlceras e 2 (3,5 %) estomatite protética.

2.3. Exame da prótese

2.3.1. Idade da prótese (só aplicável às próteses antigas)

Sete próteses antigas foram colocadas há menos de um ano (18,9 %), 12 (32,4 %) entre [1,5] anos, 7 (18,9 %) entre [6,10] anos e 11 (29,7 %) foram usadas mais de dez anos (Figura 7).

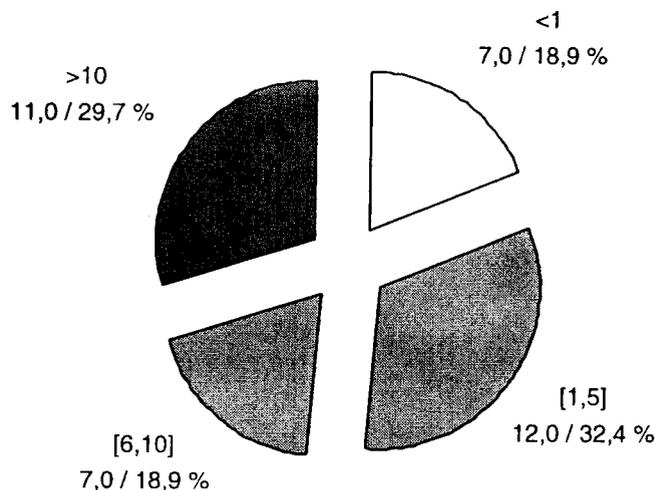


Figura 7. Idade das próteses antigas

2.3.2. Tipo de utilização da prótese

a) Prótese Antiga

Registou-se que 27 (73,0 %) próteses antigas eram usadas continuamente e 10 (27,0 %) eram utilizadas apenas durante o dia (Figura 8).

b) Prótese Nova

Registou-se que 29 (50,9 %) próteses novas eram usadas continuamente, 14 (24,6 %) eram usadas durante o dia, 12 (21,1 %) eram usadas durante o dia com remoção da prótese durante as refeições e 2 (3,5 %) eram utilizadas por motivos sociais (Figura 9).



Figura 8. Tipo de utilização das próteses antigas

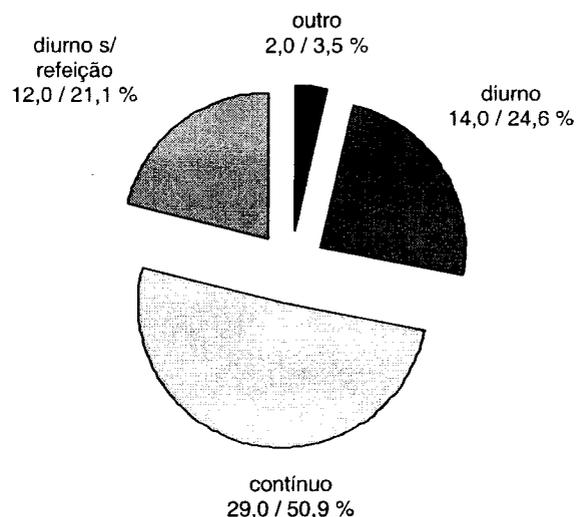


Figura 9. Tipo de utilização das próteses novas

2.3.3. Localização

Quarenta e quatro (86,3 %) pacientes eram desdentados bimaxilares, 5 (9,8 %) desdentados no maxilar inferior e 2 (3,9 %) desdentados no maxilar superior. Destes desdentados bimaxilares, 26 (59,1 %) eram do sexo feminino e 18 (40,9 %) do sexo masculino (Tabela V).

2.3.4. Tipo de prótese

a) Prótese Antiga

No que diz respeito às próteses antigas foram registadas 25 (67,6 %) próteses acrílicas, 5 (13,5 %) próteses esqueléticas e 7 (18,9 %) próteses acrílicas totais (Tabela V).

Verificamos que os pacientes do sexo feminino possuíam 62,5 % das próteses acrílicas (n = 20), 15,6 % das próteses esqueléticas (n = 5) e 21,9 % das próteses acrílicas totais (n = 7). A população do sexo masculino era portadora de 100 % de próteses acrílicas (n = 5) (Tabela V).

b) Prótese Nova

No que diz respeito às próteses novas foram registadas 19 (33,3 %) próteses acrílicas, 26 (45,6 %) próteses esqueléticas e 12 (21,1 %) próteses completas (Tabela V).

Observando os pacientes do sexo feminino, verificamos que possuíam 12 (46,2 %) próteses acrílicas, 8 (30,8 %) próteses esqueléticas e 6 (23,1 %) próteses acrílicas completas. Sete (22,6 %) próteses acrílicas, 18 (58,1 %) próteses esqueléticas e 6 (19,4 %) próteses acrílicas completas foram colocadas nos pacientes do sexo masculino (Tabela V).

Tabela V. Localização e tipo de prótese de acordo com o sexo

		Feminino	Masculino	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Localização	Maxilar sup	1 (2,0)	1 (2,0)	2 (3,9)
	Maxilar inf	3 (5,9)	2 (3,9)	5 (9,8)
	Bimaxilar	26 (51,0)	18 (35,3)	44 (86,3)
	Total	30 (58,8)	21 (41,2)	51 (100,0)
Tipo de prótese antiga	Acrílica	20 (54,1)	5 (13,5)	25 (67,6)
	Esquelética	5 (13,5)	0 (0,0)	5 (13,5)
	Completa	7 (18,9)	0 (0,0)	7 (18,9)
	Total	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)
Tipo de prótese nova	Acrílica	12 (21,1)	7 (12,3)	19 (33,3)
	Esquelética	8 (14,0)	18 (31,6)	26 (45,6)
	Completa	6 (10,5)	6 (10,5)	12 (21,1)
	Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)

Encontramos um valor de p ($p = 0,093$) estatisticamente sem significado para a relação tipo de prótese nova com o sexo. Nas restantes variáveis o teste do qui-quadrado não foi aplicável.

2.3.5. Estética

a) Prótese Antiga

Os pacientes estavam satisfeitos com a estética de 20 (54,1 %) das 37 próteses antigas.

No que diz respeito ao sexo, registamos que 62,5 % (20/32) das próteses usadas pelos pacientes femininos proporcionaram satisfação, enquanto que 100 % (5/5) das usadas pelos pacientes masculinos causaram insatisfação.

Verificamos que 100 % (3/3) das próteses presentes nos pacientes do grupo etário até aos 44 anos, 61,5 % (8/13) usadas pelos do grupo etário entre os [45,64] e 42,8 % (9/21) usadas pelos do grupo etário superior a 65 anos proporcionaram satisfação estética (Tabela VI).

Tabela VI. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a estética nos pacientes com próteses antigas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estética	Insatisfatória	12 (32,4)	5 (13,5)	17 (45,9)	0 (0,0)	5 (13,5)	12 (32,4)	17 (45,9)
	Satisfatória	20 (54,1)	0 (0,0)	20 (54,1)	3 (8,1)	8 (21,6)	9 (24,3)	20 (54,0)
	Total	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)	3 (8,1)	13 (35,7)	21 (56,7)	37 (100,0)

Para as relações estética com o sexo e com as classes de idades o teste do qui-quadrado não é aplicável.

Relativamente ao tipo de prótese, os pacientes revelaram-se satisfeitos com 80 % das próteses esqueléticas, 57,1 % das próteses completas e 48 % das próteses acrílicas (Tabela VII).

A reabilitação efectuada no maxilar superior com 9 próteses proporcionou satisfação em 56,3 % dos casos. No maxilar inferior registamos 11 próteses que proporcionaram satisfação em 52,4 % dos casos (Tabela VII).

Tabela VII. Resultados referentes ao tipo de próteses antigas e arcadas relacionados com a estética

	Tipo de prótese				Arcada			
	Acrílica n (%)	Esquelética n (%)	Completa n (%)	Total n (%)	Maxilar sup n (%)	Maxilar inf n (%)	Total n (%)	
Estética	Insatisfatória	13 (35,1)	1 (2,7)	3 (8,1)	17 (45,9)	7 (18,9)	10 (27,0)	17 (45,9)
	Satisfatória	12 (32,4)	4 (10,8)	4 (10,8)	20 (54,1)	9 (24,3)	11 (29,7)	20 (54,1)
	Total	25 (67,6)	5 (13,5)	7 (18,9)	37 (100,0)	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100,0)

Para a relação estética com o tipo de prótese o teste do qui-quadrado não é aplicável, no entanto para a relação estética com a arcada o valor de p não é estatisticamente significativo ($p = 0,540$, confirmado pelo teste de valores simétricos).

A opinião do clínico foi coincidente com a do paciente em 25 (67,6 %) próteses. Ambos responderam que a estética era insatisfatória em 13 (35,1 %) e satisfatória em 12 (32,4 %) próteses (Tabela VIII).

Tabela VIII. Resultados referentes à opinião do paciente vs clínico sobre as próteses antigas

		Clínico			Valor de p
		Insatisfatória n (%)	Satisfatória n (%)	Total n (%)	
Estética	Paciente Insatisfatória	13 (35,1)	4 (10,8)	17 (45,9)	0,028
	Paciente Satisfatória	8 (21,6)	12 (32,4)	20 (54,1)	
	Total	21 (56,8)	16 (43,2)	37 (100,0)	

O valor de p ($p = 0,028$, confirmado pelos testes de valores simétricos) relativamente à opinião do paciente vs clínico é estatisticamente significativo.

b) Prótese Nova

Relativamente às próteses novas, 53 (93,0 %) proporcionaram satisfação estética aos pacientes.

No que diz respeito ao sexo registamos que 23 (88,5 %) das próteses colocadas em pacientes do sexo feminino e 30 (96,8 %) colocadas em pacientes do sexo masculino, proporcionaram satisfação estética (Tabela IX).

Apenas na faixa etária [45,54] verificamos insatisfação em 4 (7,0 %) das 57 próteses colocadas (Tabela IX).

Tabela IX. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a estética nos pacientes com próteses novas

	Sexo			Classe Idades			
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)	≤44 n (%)	[45,64] n (%)	≥65 n (%)	Total n (%)
Insatisfatória	3 (5,3)	1 (1,8)	4 (7,0)	0 (0,0)	4 (7,0)	0 (0,0)	4 (7,0)
Estética Satisfatória	23 (40,4)	30 (52,6)	53 (93,0)	13 (22,8)	20 (35,1)	20 (35,1)	53 (93,0)
Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	20 (35,1)	57 (100,0)

Em relação à estética vs o sexo e vs as classes de idades o teste do qui-quadrado não foi aplicável.

Relativamente ao tipo de prótese, os pacientes revelaram-se satisfeitos na totalidade das próteses completas, em 18 (94,7 %) das próteses acrílicas e 23 (88,5 %) das próteses esqueléticas (Tabela X).

A reabilitação efectuada foi satisfatória em 27 (96,4 %) das arcadas maxilares superiores e em 26 (89,5 %) das arcadas maxilares inferiores (Tabela X).

Tabela X. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a estética

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica n (%)	Esquelética n (%)	Completa n (%)	Total n (%)	Maxilar sup n (%)	Maxilar inf n (%)	Total n (%)
Estética	Insatisfatória	1 (1,8)	3 (5,3)	0 (0,0)	4 (7,0)	1 (1,8)	3 (5,3)	4 (7,0)
	Satisfatória	18 (31,6)	23 (40,4)	12 (21,1)	53 (93,0)	27 (47,4)	26 (45,6)	53 (93,0)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

Em relação à estética vs o tipo de prótese e vs a arcada, o teste do qui-quadrado não foi aplicável.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico, foi coincidente em 52 (91,2 %) próteses na 2ª e 3ª consultas (Tabela XI).

Tabela XI. Resultados referentes à opinião do clínico vs paciente na 2ª e 3ª consultas sobre as próteses novas

Paciente \ Clínico		2ª consulta			3ª consulta		
		Insatisfatória n (%)	Satisfatória n (%)	Total n (%)	Insatisfatória n (%)	Satisfatória n (%)	Total n (%)
Estética	Insatisfatória	0 (0,0)	4 (7,0)	4 (7,0)	0 (0,0)	4 (7,0)	4 (7,0)
	Satisfatória	1 (1,8)	52 (91,2)	53 (93,0)	1 (1,8)	52 (91,2)	53 (93,0)
	Total	1 (1,8)	56 (98,2)	57 (100,0)	1 (1,8)	56 (98,2)	57 (100,0)

No que diz respeito à opinião do clínico vs paciente, sendo as duas exactamente iguais, não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado.

De acordo com os valores encontrados na EVA e comparando a opinião do paciente na 2ª e 3ª consultas verificou-se que em 51 (89,5 %) próteses a opinião manteve-se, em 4 (7,0 %) melhorou e em 2 (3,5 %) piorou. Pelo teste do qui-quadrado obtivemos um valor de p ($p = 0,414$, confirmado pelos testes de valores simétricos), estatisticamente sem significado (Quadro I).

Observamos ainda que a maioria dos pacientes assinalou na EVA o correspondente ao grau 9 (excelente = 10), e que a satisfação (valor mínimo) passou de grau 2 na 2ª consulta para grau 5 na 3ª (Quadro I).

Quadro I. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a estética

	n	P		2ª consulta	3ª consulta
2ª consulta x 3ª consulta	2 ^a	0,414	Mediana	9	9
	4 ^b		Min	2	5
	51 ^c		Max.	10	10
	57				

a 3ª consulta/paciente/estética < 2ª consulta/paciente/estética

b 3ª consulta/paciente/estética > 2ª consulta/paciente/estética

c 3ª consulta/paciente/estética = 2ª consulta/paciente/estética

No que diz respeito à opinião do clínico verificou-se não ser estatisticamente significativa no que diz respeito à avaliação da estética das 57 próteses na 2ª e 3ª consultas (Quadro II).

Quadro II. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do clínico sobre a estética

	n	P
2ª consulta x 3ª consulta	0 ^a	1
	0 ^b	
	57 ^c	
	57	

a 3ª consulta/clínico/estética < 2ª consulta/clínico/estética

b 3ª consulta/clínico/estética > 2ª consulta/clínico/estética

c 3ª consulta/clínico/estética = 2ª consulta/clínico/estética

2.3.6. Fonética

a) Prótese Antiga

Toda a população (n = 23, 100 %) que usava próteses antigas (n = 37) estava satisfeita, independentemente do sexo, idade, tipo de prótese e arcada. Ao relacionar a fonética com os parâmetros anteriores não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico verificou-se que era coincidente em 37 (100 %) observações (Tabela XII). O teste do qui-quadrado também não pôde ser aplicado.

Tabela XII. Resultados referentes à opinião do paciente vs clínico sobre as próteses antigas

		Clínico		
		Insatisfatória	Satisfatória	Total
Paciente		n (%)	n (%)	n (%)
	Fonética	Insatisfatória	0 (0,0)	0 (0,0)
Satisfatória		0 (0,0)	37 (100,0)	37 (100,0)
Total		0 (0,0)	37 (100,0)	37 (100,0)

b) Prótese Nova

A população estava satisfeita com 52 (91,2 %) das 57 próteses.

Registamos que 28 (90,3 %) próteses novas colocadas nos pacientes do sexo masculino e 24 (92,3 %) colocadas nos pacientes do sexo feminino, proporcionaram satisfação.

Relativamente à classe de idades, verificamos que 100 % (13/13) da população com menos de 44 anos, 87,5 % (21/24) entre os [45,64] e 90,0 % (18/20) com mais de 65 anos estavam satisfeitos (Tabela XIII).

Tabela XIII. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a fonética nos pacientes com próteses novas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Fonética	Insatisfatória	2 (3,5)	3 (5,3)	5 (8,8)	0 (0,0)	3 (5,3)	2 (3,5)	5 (8,8)
	Satisfatória	24 (42,1)	28 (49,1)	52 (91,2)	13 (22,8)	21 (36,9)	18 (31,5)	53 (93,0)
	Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	20 (35,1)	57 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (fonética vs sexo e vs as classes de idades) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

No que diz respeito ao tipo de prótese, 96,1 % (25/26) dos pacientes que colocaram próteses esqueléticas estavam satisfeitos com a fonética. Os pacientes reabilitados com próteses acrílicas completas e parciais apresentavam satisfação em 91,7 % (11/12) e 84,2 % (16/19), respectivamente (Tabela XIV).

Verificamos que é indiferente o facto desta ser colocada no maxilar superior ou inferior (n = 28, 89,3 % vs n = 29, 93,0 %) (Tabela XIV).

Tabela XIV. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a fonética

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Fonética	Insatisfatória	3 (5,3)	1 (1,8)	1 (1,8)	5 (8,8)	3 (5,3)	2 (3,5)	5 (8,8)
	Satisfatória	16 (28,1)	25 (43,9)	11 (19,3)	52 (91,2)	25 (43,9)	27 (47,4)	52 (91,2)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (fonética vs tipo de prótese e vs a arcada) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico na 2ª e 3ª consultas a opinião foi coincidente em 51 (89,5 %) avaliações de próteses, na 2ª consulta e 44 (77,2 %) na 3ª consulta (Tabela XV).

Tabela XV. Resultados referentes à opinião do clínico vs paciente na 2ª e 3ª consultas sobre as próteses novas

		2ª consulta			3ª consulta		
		Insatisfatória n (%)	Satisfatória n (%)	Total n (%)	Insatisfatória n (%)	Satisfatória n (%)	Total n (%)
Fonética	Insatisfatória	0 (0,0)	5 (8,8)	5 (8,8)	5 (8,8)	4 (7,0)	9 (15,8)
	Satisfatória	1 (1,8)	51 (89,5)	52 (91,2)	9 (15,8)	39 (68,4)	48 (84,2)
	Total	21 (35,6)	56 (98,2)	57 (100,0)	14 (24,6)	43 (75,4)	57 (100,0)

Na relação referida anteriormente (opinião do paciente vs clínico) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Comparando a opinião do paciente na 2ª e 3ª consultas sobre a fonética verificou-se que em 9 (15,8 %) próteses melhorou, em 5 (8,8 %) piorou e em 43 (75,4 %) manteve-se. Pelo teste de qui-quadrado o valor de p ($p = 0,285$, confirmado pelos testes de valores simétricos) não é significativo (Quadro III).

Observou-se a mediana de 9 e quanto ao valor mínimo e máximo respondido verificou-se que não sofreu alteração da 2ª para 3ª consultas (Quadro III).

Quadro III. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a fonética

	n	P		2ª consulta	3ª consulta
2ª consulta x 3ª consulta	5 ^a	0,285	Mediana	9	9
	9 ^b		Min.	4	4
	43 ^c		Max.	10	10
	57				

a 3ª consulta/paciente/fonética < 2ª consulta/paciente/fonética

b 3ª consulta/paciente/fonética > 2ª consulta/paciente/fonética

c 3ª consulta/paciente/fonética = 2ª consulta/paciente/fonética

No que diz respeito à opinião da observadora, na avaliação de 7 (12,3 %) próteses verificou-se melhoria da fonética do paciente da 2ª para a 3ª consulta e em 50 (87,7 %) próteses a fonética não sofreu alteração. O valor de p ($p=0,008$, confirmado pelos testes de valores simétricos) é estatisticamente significativo (Quadro IV).

Quadro IV. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do clínico sobre a fonética

	n	P
2ª consulta x 3ª consulta	0ª	0,008
	7ª	
	50ª	
	57	

a 3ª consulta/clínico/fonética < 2ª consulta/clínico/fonética

b 3ª consulta/clínico/fonética > 2ª consulta/clínico/fonética

c 3ª consulta/clínico/fonética = 2ª consulta/clínico/fonética

2.3.7. Retenção e estabilidade

a) Prótese Antiga

Os pacientes referiram boa retenção/estabilidade em 11 (29,7 %) das próteses, alguma retenção/estabilidade em 17 (45,9 %) e nenhuma em 9 (24,3 %) (Tabela XVI).

No que diz respeito ao sexo, 23 (71,8 %) das próteses usadas pelos pacientes do sexo feminino proporcionaram satisfação. Já nos pacientes do sexo masculino todos apresentavam alguma ou boa satisfação (Tabela XVI).

Verificamos que 11 (84,6 %) das 13 próteses usadas pelos pacientes pertencentes ao grupo etário entre [45,64], 15 (71,4 %) das 21 próteses usadas pelos pacientes com mais de 65 anos e 2 (66,7 %) das 3 próteses usadas

pelos pacientes com idade inferior a 44 anos, proporcionaram satisfação (Tabela XVI).

Tabela XVI. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a retenção e a estabilidade nos pacientes com próteses antigas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Retenção Estabilidade	Nenhuma	9 (24,3)	0 (0,0)	9 (24,3)	1 (2,7)	2 (5,4)	6 (16,2)	9 (24,3)
	Alguma	14 (37,8)	3 (8,1)	17 (45,9)	2 (5,4)	6 (16,2)	9 (24,3)	17 (45,9)
	Boa	9 (24,3)	2 (5,4)	11 (29,7)	0 (0,0)	5 (13,5)	6 (16,2)	11 (29,7)
	Total	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)	3 (8,1)	13 (35,1)	21 (56,7)	37 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (retenção/estabilidade vs sexo e vs as classes de idades) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Os pacientes reabilitados com 80 % das 5 próteses esqueléticas, 80 % das 25 próteses acrílicas e 57,1 % das 7 próteses completas referiram satisfação.

Das 16 próteses colocadas no maxilar superior 81,3 % (n = 13) proporcionaram satisfação. No maxilar inferior foi referida satisfação com 71,4 % (n = 15) das 21 próteses colocadas (Tabela XVII).

Tabela XVII. Resultados referentes ao tipo de próteses antigas e arcadas relacionados com a retenção e a estabilidade

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Retenção Estabilidade	Nenhuma	5 (13,5)	1 (2,7)	3 (8,1)	9 (24,3)	3 (8,1)	6 (16,2)	9 (24,3)
	Alguma	12 (32,4)	3 (8,1)	2 (5,4)	17 (45,9)	9 (24,3)	8 (21,6)	17 (45,9)
	Boa	8 (21,6)	1 (2,7)	2 (5,4)	11 (29,7)	4 (10,8)	7 (18,9)	11 (29,7)
	Total	25 (67,6)	5 (13,5)	7 (18,9)	37 (100,0)	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente, tipo de prótese e arcada com retenção, o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico verificou-se que foi idêntica em 25 (67,6 %) avaliações de próteses antigas (Tabela XVIII).

Tabela XVIII. Resultados referentes à opinião do clínico vs a do paciente

		Clínico			Total
		Nenhuma	Alguma	Boa	
Retenção Estabilidade	Paciente				
	Nenhuma	5 (13,5)	4 (10,8)	0 (0,0)	7 (17,9)
	Alguma	2 (5,4)	15 (40,5)	0 (0,0)	17 (45,9)
	Boa	0 (0,0)	6 (16,2)	5 (13,5)	11 (29,7)
Total		7 (18,9)	25 (67,6)	5 (13,5)	37 (100,0)

Na relação referida anteriormente (opinião do paciente vs clínico) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

b) Prótese Nova

Os pacientes referiram boa retenção/estabilidade em 33 (57,9 %) das próteses, alguma retenção/estabilidade em 22 (38,6 %) e nenhuma em 2 (3,5 %) (Tabela XIX).

Registamos que todas as próteses novas colocadas nos pacientes do sexo feminino e 93,5 % das 31 próteses colocadas nos do sexo masculino proporcionaram satisfação (Tabela XIX).

Apenas 1 (n = 13) prótese colocada num paciente com idade inferior a 44 anos e 1 (n = 24) na faixa etária [45,64] proporcionaram nenhuma retenção. As restantes próteses colocadas apresentavam alguma ou boa retenção/estabilidade (Tabela XIX).

Tabela XIX. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a retenção e a estabilidade nos pacientes com próteses novas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Retenção Estabilidade	Nenhuma	0 (0,0)	2 (3,5)	2 (3,5)	1 (1,8)	1 (1,8)	0 (0,0)	2 (3,5)
	Alguma	11 (19,3)	11 (19,3)	22 (38,6)	3 (5,3)	11 (19,3)	8 (14,1)	22 (38,6)
	Boa	15 (26,3)	18 (31,6)	33 (57,9)	9 (15,8)	12 (21,0)	12 (21,1)	33 (57,9)
	Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	20 (35,1)	57 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (retenção vs sexo e vs as classes de idades) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Todos os pacientes referiram alguma ou boa retenção/estabilidade com a colocação de próteses esqueléticas, 18 (94,7 %) com a colocação de próteses acrílicas e 11 (91,7 %) com próteses completas (Tabela XX).

Relativamente à arcada reabilitada, apenas 2 (3,5 %) das 57 próteses colocadas não tinham retenção, ambas na arcada mandibular (Tabela XX).

Tabela XX. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a retenção e a estabilidade

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Retenção Estabilidade	Nenhuma	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (1,8)	2 (3,5)	0 (0,0)	2 (3,5)	2 (3,5)
	Alguma	5 (8,8)	12 (21,1)	5 (8,8)	22 (38,6)	9 (15,8)	13 (22,8)	22 (38,6)
	Boa	13 (22,8)	14 (24,6)	6 (10,5)	33 (57,9)	19 (33,3)	14 (24,6)	33 (57,9)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (retenção vs tipo de prótese e vs arcada) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico na 2ª e 3ª consultas foi coincidente em 33 (57,9 %) avaliações de próteses na 2ª consulta e em 28 (49,1 %) na 3ª consulta (Tabela XXI).

Tabela XXI. Resultados referentes à opinião do clínico vs paciente

Paciente	Clínico	2ª consulta				3ª consulta			
		Nenhuma	Alguma	Boa	Total	Nenhuma	Alguma	Boa	Total
Retenção Estabilidade	Nenhuma	0 (0,0)	5 (8,8)	1 (1,8)	6 (10,5)	0 (0,0)	3 (5,3)	3 (5,3)	6 (10,5)
	Alguma	0 (0,0)	9 (15,8)	13 (22,8)	22 (38,6)	0 (0,0)	5 (8,8)	17 (29,8)	22 (38,6)
	Boa	0 (0,0)	5 (8,8)	24 (42,1)	29 (50,9)	0 (0,0)	6 (10,5)	23 (40,4)	29 (50,9)
	Total	0 (0,0)	19 (33,3)	38 (66,7)	57 (100,0)	0 (0,0)	14 (24,6)	43 (75,4)	57 (100,0)

Na relação referida anteriormente (opinião do paciente vs clínico) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Comparando a opinião do paciente na 2ª e na 3ª consultas, verificou-se que em 15 próteses melhorou, em 36 manteve-se e em 6 piorou. Neste caso o valor de $p = 0,1$ não é significativo. Verificamos que a mediana foi de 8 na 2ª consulta e de 9 na 3ª consulta e que os valores mínimo e máximo não sofreram alteração de uma consulta para a outra (Quadro V).

Quadro V. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a retenção/estabilidade

	n	P		2ª consulta	3ª consulta
2ª consulta x 3ª consulta	6 ^a	0,1	Mediana	8	9
	15 ^b		Min.	2	2
	36 ^c		Max.	10	10
	57				

a 3ª consulta/paciente/retenção < 2ª consulta/paciente/retenção

b 3ª consulta/paciente/retenção > 2ª consulta/paciente/retenção

c 3ª consulta/paciente/retenção = 2ª consulta/paciente/retenção

No que diz respeito à opinião da observadora, na avaliação da retenção das próteses, em 7 verificou-se melhoria, em 2 pior retenção e em 48 não sofreu alteração. Neste caso o valor de p não é significativo ($p = 0,096$) (Quadro VI).

Quadro VI. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do clínico sobre a retenção /estabilidade

	N	P
2ª consulta x 3ª consulta	2 ^a	0,096
	7 ^b	
	48 ^c	
	57	

a 3ª consulta/clínico/retenção < 2ª consulta/clínico/retenção

b 3ª consulta/clínico/retenção > 2ª consulta/clínico/retenção

c 3ª consulta/clínico/retenção = 2ª consulta/clínico/retenção

2.3.8. Satisfação geral e conforto

a) Prótese Antiga

Da globalidade, 73,0 % ($n = 27$) das próteses proporcionaram satisfação.

No que diz respeito ao sexo feminino, 50,0 % (16/32) das próteses antigas colocadas e 40,0 % (2/5) colocadas nos pacientes do sexo masculino levaram a uma satisfação total (Tabela XXII).

Relativamente às classes de idades, todos os pacientes pertencentes ao grupo com idade inferior a 44 anos apresentavam satisfação razoável ou total. Das 13 próteses presentes na faixa etária [45,64] e das 21 próteses presentes em pacientes com mais de 65 anos, 76,9 % ($n = 6$) e 66,7 % ($n = 10$), respectivamente, proporcionaram satisfação (Tabela XXII).

Tabela XXII. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a satisfação nos pacientes com próteses antigas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satisfação	Nenhuma	8 (21,6)	2 (5,4)	10 (27,0)	0 (0,0)	3 (8,1)	7 (18,9)	10 (27,0)
	Razoável	8 (21,6)	1 (2,7)	9 (24,3)	1 (2,7)	4 (10,8)	4 (10,8)	9 (24,3)
	Completa	16 (43,2)	2 (5,4)	18 (48,6)	2 (5,4)	6 (16,2)	10 (27,0)	18 (48,6)
	Total	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)	3 (8,1)	13 (35,1)	21 (56,7)	37 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado na relação da satisfação com o sexo e com as classes de idades.

Verifica-se que todos os pacientes que colocaram próteses esqueléticas apresentam satisfação razoável ou total. Das 25 próteses acrílicas e das 7 próteses completas, 72,0 % (n = 11) e 57,1 % (n = 4), respectivamente, proporcionaram satisfação (Tabela XXIII).

Quanto às arcadas reabilitadas das 16 próteses presentes no maxilar superior e das 21 próteses presentes no maxilar inferior, 81,2 % (n = 8) e 66,7 % (n = 10), respectivamente, proporcionaram satisfação aos pacientes (Tabela XXIII).

Tabela XXIII. Resultados referentes ao tipo de próteses antigas e arcadas relacionados com a satisfação

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satisfação	Nenhuma	7 (18,9)	0 (0,0)	3 (8,1)	10 (27,0)	3 (8,1)	7 (18,9)	10 (27,0)
	Razoável	7 (18,9)	2 (5,4)	0 (0,0)	9 (24,3)	5 (13,5)	4 (10,8)	9 (24,3)
	Completa	11 (29,7)	3 (8,1)	4 (10,8)	18 (48,6)	8 (21,6)	10 (27,0)	18 (48,6)
	Total	25 (67,6)	5 (13,5)	7 (18,9)	37 (100,0)	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado nas relações da satisfação com o tipo de prótese e com a arcada.

Dado o principal objectivo deste trabalho ser o estudo do grau de satisfação dos pacientes pesquisamos a sua relação com outras variáveis.

Verificamos que a satisfação variou com os estudos que os pacientes tinham, desta forma registamos qual a percentagem de próteses presentes nos diferentes grupos que proporcionou satisfação total: 50 % - ensino superior, 54,5 % - 2º e 3º ciclo, 45,5 % - 1º ciclo (Tabela XXIV).

No que diz respeito à patologia oral a estomatite protética foi a única patologia presente e os pacientes portadores (n = 6) referiram satisfação total em 33,3 % das próteses (Tabela XXIV).

Relativamente à classificação de Kennedy observamos que os pacientes referiram satisfação total em 90,9 % das Classe III, em 57,1 % das "Classe 0", em 50 % das Classe II e em 14,3 % das Classe I (Tabela XXIV).

Quanto ao tipo de utilização da prótese os pacientes ou a usavam continuamente ou só durante o dia. Das 10 próteses usadas durante o dia 70 % proporcionaram satisfação total. Das usadas continuamente (n = 11) a percentagem foi de 40,7 (Tabela XXIV).

Por último, no que diz respeito aos anos de utilização verificamos que apresentam satisfação total as próteses colocadas: > 10 anos – 72,7 %, < 1 ano – 57,1 %, entre [1,5] anos – 33,3 % e entre [6,10] anos - 28,6 % (Tabela XXIV).

Tabela XXIV. Resultados referentes à satisfação dos pacientes portadores de próteses antigas relacionada com os vários parâmetros estudados

		Satisfação			
		Nenhuma	Razoável	Completa	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Escolaridade	No 1º ciclo	6 (16,2)	6 (16,2)	10 (27,0)	22 (59,5)
	2º e 3º ciclo	2 (5,4)	3 (8,1)	6 (16,2)	11 (29,7)
	Secundário	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Superior	2 (5,4)	0 (0,0)	2 (5,4)	4 (10,8)
	Total	10 (27,0)	9 (24,3)	18 (48,6)	37 (100,0)
Patologia Oral	Ausente	8 (21,6)	7 (18,9)	16 (43,2)	31 (83,8)
	Estomatite	2 (5,4)	2 (5,4)	2 (5,4)	6 (16,2)
	Úlcera	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Total	10 (27,0)	9 (24,3)	18 (48,6)	37 (100,0)
Cl. Kennedy	"Cl.0"	3 (8,1)	0 (0,0)	4 (10,8)	7 (18,9)
	Cl.I	7 (18,9)	5 (13,5)	2 (5,4)	14 (37,8)
	Cl.II	0 (0,0)	2 (5,4)	2 (5,4)	4 (10,8)
	Cl.III	0 (0,0)	1 (2,7)	10 (27,0)	11 (29,7)
	Cl.IV	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,7)
	Total	10 (27,0)	9 (24,3)	18 (48,6)	37 (100,0)
Tipo de utilização	Contínuo	9 (24,3)	7 (18,9)	11 (29,7)	27 (73,0)
	Diurno	1 (2,7)	2 (5,4)	7 (18,9)	10 (27,0)
	Refeições	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Outro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Total	10 (27,0)	9 (24,3)	18 (48,6)	37 (100,0)
Anos de utilização	<1	2 (5,4)	1 (2,7)	4 (10,8)	7 (18,9)
	[1,5]	5 (13,5)	3 (8,1)	4 (10,8)	12 (32,4)
	[6,10]	3 (8,1)	2 (5,4)	2 (5,4)	7 (18,9)
	>10	0 (0,0)	3 (8,1)	8 (21,6)	11 (29,7)
	Total	10 (27,0)	9 (24,3)	18 (48,6)	37 (100,0)

Em nenhum dos parâmetros avaliados anteriormente se pôde aplicar o teste do qui-quadrado.

b) Prótese Nova

Da globalidade das próteses, 36 (63,2 %) proporcionaram ao paciente satisfação completa.

No que diz respeito ao sexo, 14 (53,8 %) próteses novas colocadas nos pacientes do sexo feminino e 22 (71,9 %) colocadas nos pacientes do sexo masculino, levaram a uma satisfação completa (Tabela XXV).

Relativamente às classes de idades, todos os pertencentes ao grupo com idade inferior a 44 anos apresentavam satisfação razoável ou total. Das 44 próteses colocadas em pacientes com idade superior a 45 anos 5 (11,4 %) não proporcionaram satisfação (Tabela XXV).

Tabela XXV. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a satisfação dos pacientes com próteses novas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satisfação	Nenhuma	4 (7,0)	1 (1,8)	5 (8,8)	0 (0,0)	4 (7,0)	1 (1,8)	5 (8,8)
	Razoável	8 (14,0)	8 (14,0)	16 (28,1)	3 (5,3)	4 (7,0)	9 (15,8)	16 (28,1)
	Completa	14 (24,6)	22 (38,6)	36 (63,2)	10 (17,5)	16 (28,0)	10 (17,5)	36 (63,2)
	Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	20 (35,1)	57 (100,0)

Nas relações da satisfação com o sexo e as classes de idades não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado.

Verifica-se que 3 das 26 próteses esqueléticas colocadas não satisfizeram os pacientes, o que corresponde a 11,5 %. Das 19 próteses acrílicas e das 12 próteses completas colocadas, 73,7 % (n = 14) e 33,3 % (n = 4), respectivamente, proporcionaram satisfação total (Tabela XXVI).

Quanto às arcadas reabilitadas, das 28 próteses colocadas no maxilar superior e das 29 próteses colocadas no maxilar inferior, 64,3 % (n = 18) e 62,1 % (n = 18), respectivamente, proporcionaram satisfação aos pacientes (Tabela XXVI).

Tabela XXVI. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a satisfação

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satisfação	Nenhuma	1 (1,8)	3 (5,3)	1 (1,8)	5 (8,8)	2 (3,5)	3 (5,3)	5 (8,8)
	Razoável	4 (7,0)	5 (8,8)	7 (12,3)	16 (28,1)	8 (14,0)	8 (14,0)	16 (28,1)
	Completa	14 (24,6)	18 (31,6)	4 (7,0)	36 (63,2)	18 (31,6)	18 (31,6)	36 (63,2)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

O teste do qui-quadrado nos casos anteriores também não pôde ser aplicado.

Verificamos que a satisfação variou com os estudos que os pacientes tinham. Desta forma registamos qual a percentagem de próteses colocadas nos diferentes grupos que proporcionou satisfação total: 88,2 % no 2º e 3º ciclo e 55,3 % no 1º ciclo. Nos pacientes com o ensino secundário a satisfação foi razoável em 100 % (Tabela XXVII).

No que diz respeito à patologia oral os pacientes com estomatite protética (n = 2) referiram estar razoavelmente satisfeitos. Nos pacientes portadores de próteses novas foram registadas 6 próteses que provocaram úlceras. Apesar disso, 66,6% destes pacientes referiram satisfação (Tabela XXVII).

Relativamente à classificação de Kennedy observamos que os pacientes referiram satisfação razoável e total em 100 % das Classe IV e das Classe III, em 92,9 % das Classe II, em 90,9 % das "Classe 0" e em 83,3 % das Classe I (Tabela XXVII).

Quanto ao tipo de utilização da prótese, das 29 próteses usadas continuamente 86,2 % proporcionaram satisfação. Das usadas durante o dia (n = 14) a percentagem de satisfação foi de 100 %. Das 12 usadas às refeições a satisfação foi de 91,7 %. As 2 usadas socialmente não proporcionaram qualquer satisfação ao paciente (Tabela XXVII).

Tabela XXVII. Resultados referentes à satisfação dos pacientes portadores de próteses novas relacionadas com os vários parâmetros estudados

		Satisfação			Total n (%)
		Nenhuma n (%)	Razoável n (%)	Completa n (%)	
Escolaridade	No 1º ciclo	4 (7,0)	13 (22,8)	21 (36,8)	38 (66,7)
	2º e 3º ciclo	1 (1,8)	1 (1,8)	15 (26,3)	17 (29,8)
	Secundário	0 (0,0)	2 (3,5)	0 (0,0)	2 (3,5)
	Total	5 (8,8)	16 (28,1)	36 (63,2)	57 (100,0)
Patologia Oral	Ausente	3 (5,3)	12 (21,1)	34 (59,6)	49 (86,0)
	Estomatite	0 (0,0)	2 (3,5)	0 (0,0)	2 (3,5)
	Úlcera	2 (3,5)	2 (3,5)	2 (3,5)	6 (10,5)
	Total	5 (8,8)	16 (28,1)	36 (63,2)	57 (100,0)
Cl. Kennedy	"Cl. 0"	1 (1,8)	7 (12,3)	3 (5,3)	11 (19,3)
	Cl. I	3 (5,3)	5 (8,8)	10 (17,5)	18 (31,6)
	Cl. II	1 (1,8)	2 (3,5)	11 (19,3)	14 (24,6)
	Cl. III	0 (0,0)	1 (1,8)	11 (19,3)	12 (21,1)
	Cl. IV	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (1,8)	2 (3,5)
	Total	5 (8,8)	16 (28,1)	36 (63,2)	57 (100,0)
Tipo de utilização	Contínuo	4 (7,0)	7 (12,3)	18 (31,5)	29 (50,9)
	Diurno	0 (0,0)	5 (8,8)	9 (33,3)	14 (24,6)
	Refeições	1 (1,8)	3 (5,3)	8 (14,0)	12 (21,0)
	Outro	2 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,5)
	Total	7 (12,3)	15 (26,3)	35 (61,4)	57 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado no caso anterior.

Comparando a opinião do paciente na 2ª e na 3ª consultas, verificou-se que em 15 próteses melhorou, em 39, manteve-se e em 3, piorou, ($p = 0,016$, estatisticamente significativo). O valor correspondente à mediana passou de 7 para 8 da 2ª para a 3ª consultas, o valor mínimo manteve-se igual a 1 (Quadro VII).

Quadro VII. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a satisfação

	n	P		2ªconsulta	3ªconsulta
2ª consulta x 3ªconsulta	3 ^a	0,016	Mediana	7	8
	15 ^b		Min.	1	1
	39 ^c		Max.	10	10
	57				

a 3ª consulta/paciente/satisfação < 2ª consulta/paciente/satisfação

b 3ª consulta/paciente/satisfação > 2ª consulta/paciente/satisfação

c 3ª consulta/paciente/satisfação = 2ª consulta/paciente/satisfação

2.3.9. Mastigação

a) Prótese Antiga

No que diz respeito às próteses antigas, 15 (40,5 %) proporcionaram ao paciente uma boa mastigação, 17 razoável (45,9 %) e 5 impossível (13,5 %).

Das 32 próteses colocadas em pacientes do sexo feminino e das 5 colocadas em pacientes do sexo masculino, respectivamente 43,8 % e 20,0 % levaram a uma mastigação boa (Tabela XXVIII).

Relativamente às classes de idades, todos os pertencentes ao grupo com idade inferior a 64 anos possuíam mastigação razoável ou boa. Das 21 próteses presentes em pacientes com mais de 65 anos 76,2 % (16/21) proporcionaram satisfação razoável e boa (Tabela XXVIII).

Tabela XXVIII. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a mastigação nos pacientes com próteses antigas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mastigação	Impossível	5 (13,5)	0 (0,0)	5 (13,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (13,5)	5 (13,5)
	Razoável	13 (35,1)	4 (10,8)	17 (45,9)	1 (2,7)	7 (18,9)	9 (24,3)	17 (45,9)
	Boa	14 (37,8)	1 (2,7)	15 (40,5)	2 (5,4)	6 (16,2)	7 (18,9)	15 (40,5)
	Total	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)	3 (8,1)	13 (35,1)	21 (56,7)	37 (100,0)

Não foi possível aplicar o teste do qui-quadrado nas relações mastigação com o sexo e com as classes de idades.

Verificamos que todos os pacientes que tinham próteses esqueléticas apresentam mastigação razoável ou mesmo boa. Das 25 próteses acrílicas e das 7 completas presentes, 40,0 % (n = 10) e 42,9 % (n = 3), respectivamente, proporcionaram boa mastigação (Tabela XXIX).

Quanto às arcadas reabilitadas das 16 próteses presentes no maxilar superior e das 21 próteses presentes no maxilar inferior, 43,8 % (n = 7) e 38,1 % (n = 8), respectivamente, proporcionaram mastigação boa aos pacientes (Tabela XXIX).

Tabela XXIX. Resultados referentes ao tipo de próteses antigas e arcadas relacionados com a mastigação

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mastigação	Impossível	3 (8,1)	0 (0,0)	2 (5,4)	5 (13,5)	1 (2,7)	4 (10,8)	5 (13,5)
	Razoável	12 (32,4)	3 (8,1)	2 (5,4)	17 (45,9)	8 (21,6)	9 (24,3)	17 (45,9)
	Boa	10 (27,0)	2 (5,4)	3 (8,1)	15 (40,5)	7 (18,9)	8 (21,6)	15 (40,5)
	Total	25 (67,6)	5 (13,5)	7 (18,9)	37 (100,0)	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado nas relações mastigação com o tipo de prótese e com a arcada.

b) Prótese Nova

No que diz respeito às próteses novas, 31 (54,4 %) proporcionaram ao paciente uma boa mastigação.

Das 26 próteses colocadas em pacientes do sexo feminino e das 31 colocadas em pacientes do sexo masculino respectivamente 46,2 % (n = 12) e 61,3 % (n = 19) levaram a uma boa mastigação (Tabela XXX).

Das 13 próteses colocadas em pacientes com idade inferior a 44 anos, das 24 próteses colocadas entre [45,64] e das 20 colocadas em pacientes com idade superior a 65 anos, proporcionaram boa mastigação respectivamente, em 69,2 % (n = 9), 45,8 % (n = 11) e 55,0 % (n = 11) (Tabela XXX).

Tabela XXX. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a mastigação nos pacientes com próteses novas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mastigação	Impossível	3 (5,3)	6 (10,5)	9 (15,8)	1 (1,8)	7 (12,3)	1 (1,8)	9 (15,8)
	Razoável	11 (19,3)	6 (10,5)	17 (29,8)	3 (5,3)	6 (10,6)	8 (14,1)	17 (29,8)
	Boa	12 (21,1)	19 (33,3)	31 (54,4)	9 (15,8)	11 (19,3)	11 (19,3)	31 (54,4)
	Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	20 (35,1)	57 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (mastigação vs sexo e vs as classes de idades) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Verificamos que 14 das 26 próteses esqueléticas colocadas proporcionaram aos pacientes boa mastigação (53,8 %). Das 19 próteses acrílicas e das 12 próteses completas colocadas, 68,4 % (n = 13) e 33,3 % (n = 4), respectivamente, proporcionaram boa mastigação (Tabela XXXI).

Quanto às arcadas reabilitadas, das 28 próteses colocadas no maxilar superior e das 29 próteses colocadas no maxilar inferior, 67,8 % (n = 19) e 41,4 % (n = 12), respectivamente, proporcionaram boa mastigação aos pacientes (Tabela XXXI).

Tabela XXXI. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a mastigação

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mastigação	Impossível	3 (5,3)	3 (5,3)	3(5,3)	9 (15,8)	2 (3,5)	7 (12,3)	9 (15,8)
	Razoável	3 (5,3)	9 (15,8)	5 (8,8)	17 (29,8)	7 (12,3)	10 (17,5)	17 (29,8)
	Boa	13 (22,8)	14 (24,6)	4 (7,0)	31 (54,4)	19 (33,3)	12 (21,1)	31 (54,4)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

Nas relações referidas anteriormente (mastigação vs tipo de prótese e vs arcada) o teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado.

Comparando a opinião do paciente na 2ª e na 3ª consultas, verificou-se que em 21 próteses melhorou, em 33 manteve-se e em 3 piorou ($p = 0,0001$, estatisticamente significativo). O valor da mediana sofreu alteração da 2ª para a 3ª consulta, passou de 6 para 8, bem como o valor mínimo que passou de 0 para 1 (Quadro VIII).

Quadro VIII. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a mastigação

	n	p		2ªconsulta	3ªconsulta
2ª consulta x 3ªconsulta	3ª	0,0001	Mediana	6	8
	21 ^b		Min.	0	1
	33 ^c		Max.	10	10
	57				

a 3ª consulta/paciente/mastigação < 2ª consulta/paciente/mastigação

b 3ª consulta/paciente/mastigação > 2ª consulta/paciente/mastigação

c 3ª consulta/paciente/mastigação = 2ª consulta/paciente/mastigação

2.3.10. Alteração do paladar

a) Prótese Antiga

No que diz respeito às próteses antigas, nenhuma provocou alteração total do paladar.

Apenas 1 prótese provocou alguma alteração do paladar, num paciente do sexo feminino, entre os [45,65] anos reabilitada com uma prótese acrílica mandibular.

b) Prótese Nova

No que diz respeito às próteses novas, nenhuma provocou alteração total do paladar (Tabela XXXII).

No que diz respeito ao sexo feminino, 23 (40,4 %) próteses e ao sexo masculino, 27 (47,4 %) próteses não provocaram alteração do paladar (Tabela XXXII).

Relativamente à classe de idades, nenhum paciente pertencente ao grupo etário a partir dos 65 anos referiu qualquer alteração de paladar. Apenas

7 (18,9 %) próteses colocadas em idade inferior a 64 anos provocaram alguma alteração do paladar (Tabela XXXII).

Tabela XXXII. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a alteração do paladar nos pacientes com próteses novas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alteração do Paladar	Nenhuma	23 (40,4)	27 (47,4)	50 (87,7)	11 (19,3)	19 (33,3)	20 (35,1)	50 (87,7)
	Alguma	3 (5,3)	4 (7,0)	7 (12,3)	2 (3,5)	5 (8,8)	0 (0,0)	7 (12,3)
	Completa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Total	26 (45,6)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	20 (35,1)	57 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado no caso anterior.

Verificamos que nenhuma provocou alteração total do paladar. No entanto, 15,8 % (n = 3) das próteses acrílicas, 16,7 % (n = 2) das próteses completas e 7,7 % (n = 2) das próteses esqueléticas provocaram alguma alteração de paladar aos pacientes (Tabela XXXIII).

Quanto às arcadas reabilitadas praticamente não existe diferença estatisticamente significativa entre o maxilar superior e inferior (Tabela XXXIII).

Tabela XXXIII. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a alteração do paladar

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alteração do Paladar	Nenhuma	16 (28,1)	24 (42,1)	10 (17,5)	50 (87,7)	25 (43,9)	25 (43,9)	50 (87,7)
	Alguma	3 (5,3)	2 (3,5)	2 (3,5)	7 (12,3)	3 (5,3)	4 (7,0)	7 (12,3)
	Completa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

O teste do qui-quadrado mais uma vez não pôde ser aplicado, nas relações entre alteração do paladar com o tipo de prótese e com a arcada.

Comparando a opinião do paciente na 2ª e na 3ª consultas, verificou-se que em 49 próteses manteve-se e em 8 piorou ($p = 0,005$, estatisticamente significativo). O valor da mediana manteve-se (1) e o máximo passou de 7 para 6 da 2ª para a 3ª consulta (Quadro IX).

Quadro IX. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a alteração do paladar

	n	P		2ª consulta	3ª consulta
2ª consulta x 3ª consulta	8 ^a	0,005	Mediana	1	1
	0 ^b		Min.	0	0
	49 ^c		máx.	7	6
	57				

a 3ª consulta/paciente/alteração paladar < 2ª consulta/paciente/alteração paladar

b 3ª consulta/paciente/alteração paladar > 2ª consulta/paciente/alteração paladar

c 3ª consulta/paciente/alteração paladar = 2ª consulta/paciente/alteração paladar

2.3.11. Dor

a) Prótese Antiga

Da globalidade, só 1 (2,7 %) prótese provocou dor insuportável.

Observamos que nenhum paciente do sexo masculino referiu dor. No entanto, das 32 próteses presentes em pacientes do sexo feminino 15,6 % (5/32) provocaram alguma dor ou mesmo dor insuportável. (Tabela XXXIV).

No que diz respeito à classe de idades, nenhum paciente com idade inferior a 64 anos referiu dor. Nos pacientes com idade superior a 65 anos 23,8 % (n = 5) das 21 próteses presentes provocaram alguma dor ou mesmo insuportável (Tabela XXXIV).

Tabela XXXIV. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a dor nos pacientes com próteses antigas

		Sexo			Classe Idades			
		Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total
		n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dor	Nenhuma	27 (73,0)	5 (13,5)	32 (86,5)	3 (8,1)	13 (35,1)	16 (43,2)	32 (86,5)
	Alguma	4 (10,8)	0 (0,0)	4 (10,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,8)	4 (10,8)
	Insuportável	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (2,7)
	Total	32 (86,5)	5 (13,5)	37 (100,0)	3 (8,1)	13 (35,1)	21 (56,7)	37 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado nas relações dor com o sexo e com as classes de idades.

Verificamos que, das 5 próteses esqueléticas 1 (20 %) provocou dor insuportável, das 25 próteses acrílicas 2 (8,0 %) provocaram alguma dor, das 7 próteses completas 2 (28,6 %) provocaram alguma dor (Tabela XXXV).

Quanto às arcadas reabilitadas, no maxilar superior não houve referência de dor por parte dos pacientes. No entanto, 5 das 21 próteses presentes no maxilar inferior provocaram alguma dor ou mesmo insuportável, ou seja 23,8 % (Tabela XXXV).

Tabela XXXV. Resultados referentes ao tipo de próteses antigas e arcadas relacionados com a dor

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dor	Nenhuma	23 (62,2)	4 (10,8)	5 (13,5)	32 (86,5)	16 (43,2)	16 (43,2)	32 (86,5)
	Alguma	2 (5,4)	0 (0,0)	2 (5,4)	4 (10,8)	0 (0,0)	4 (10,8)	4 (10,8)
	Insuportável	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (2,7)
	Total	25 (67,6)	5 (13,5)	7 (18,9)	37 (100,0)	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado nas relações dor com o tipo de prótese e com a arcada.

b) Prótese Nova

Da globalidade, 50 (87,7 %) próteses não provocaram qualquer dor e nenhuma provocou dor insuportável.

Verificamos que 4 (14,8 %) próteses provocaram alguma dor em pacientes do sexo feminino e 3 (8,1 %) em pacientes do sexo masculino (Tabela XXXVI).

Relativamente à classe de idades, verificamos que em todos os grupos etários os pacientes referiram alguma dor (Tabela XXXVI).

Tabela XXXVI. Resultados referentes ao sexo e classe de idades relacionados com a dor nos pacientes com próteses novas

	Sexo			Classe Idades				
	Feminino	Masculino	Total	≤44	[45,64]	≥65	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Dor	Nenhuma	22 (38,6)	28 (49,1)	50 (87,7)	12 (21,0)	20 (35,0)	18 (31,6)	50 (87,7)
	Alguma	4 (7,0)	3 (5,3)	7 (12,3)	1 (1,8)	4 (7,0)	2 (3,6)	7 (12,3)
	Insuportável	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Total	27 (47,4)	31 (54,4)	57 (100,0)	13 (22,8)	24 (42,2)	21 (36,8)	57 (100,0)

O teste do qui-quadrado não pôde ser aplicado nas relações dor com o sexo e as classes de idades.

No que diz respeito ao tipo da nova prótese, verificamos que 4 (33,3 %) das 12 próteses completas, 2 (10,5 %) das 19 próteses acrílicas e 1 (3,8 %) das 26 próteses esqueléticas, provocaram dor (Tabela XXXVII).

Quanto à arcada reabilitada observamos que 2 das 28 próteses colocadas no maxilar superior e 5 das 29 próteses colocadas no maxilar inferior, respectivamente 7,1 % e 17,2 %, deram origem a alguma dor (Tabela XXXVII).

Tabela XXXVII. Resultados referentes ao tipo de próteses novas e arcada relacionados com a dor

		Tipo de prótese				Arcada		
		Acrílica	Esquelética	Completa	Total	Maxilar sup	Maxilar inf	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dor	Nenhuma	17 (29,8)	25 (43,9)	8 (14,0)	50 (87,7)	26 (45,6)	24 (42,1)	50 (87,7)
	Alguma	2 (3,5)	1 (1,8)	4 (7,0)	7 (12,3)	2 (3,5)	5 (8,8)	7 (12,3)
	Insuportável	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Total	19 (33,3)	26 (45,6)	12 (21,1)	57 (100,0)	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100,0)

Comparando a opinião do paciente na 2ª e na 3ª consultas, verificou-se que em 2 próteses melhorou, em 37 manteve-se e em 18 piorou ($p < 0,0001$, estatisticamente significativo). O valor da mediana foi constante (1) na 2ª e 3ª consultas, no entanto, o valor máximo passou de 10 para 8 (Quadro X).

Quadro X. Comparação entre a 2ª e 3ª consultas – opinião do paciente sobre a dor

	n	P		2ª consulta	3ª consulta
2ª consulta x 3ª consulta	18 ^a	< 0,0001	Mediana	1	1
	2 ^b		Min.	0	0
	37 ^c		máx.	10	8
	57				

a 3ª consulta/paciente/dor < 2ª consulta/paciente/dor

b 3ª consulta/paciente/dor > 2ª consulta/paciente/dor

c 3ª consulta/paciente/dor = 2ª consulta/paciente/dor

V - Discussão

Só devemos escrever acerca daquilo de que gostamos.

Ernest Renan

V. Discussão

1. Limitações do estudo

É nossa intenção transmitir as dificuldades vividas durante o decurso deste estudo, que constituíram, de certo modo, limitações à sua realização.

Este trabalho foi realizado com os pacientes das consultas de PR, durante 6 meses o que contribuiu para uma limitada casuística.

O facto da população do estudo possuir graus de escolaridade semelhantes limitou o estudo comparativo entre diferentes grupos sócio-culturais.

2. Identificação dos pacientes

2.1. Aspectos de ordem demográfica e social

2.1.1. Sexo

Dos 51 pacientes observados, 30 (58,8 %) eram do sexo feminino e 21 (41,2 %) do sexo masculino.

Como se verifica a amostra é constituída maioritariamente por pacientes do sexo feminino, aspecto que pode ser explicado fundamentalmente por três motivos:

- Segundo o último recenseamento geral da população portuguesa (1991) a população da cidade do Porto é constituída por 54,4 % de mulheres e 45,6 % de homens^{59,60}.
- O sexo feminino tem uma esperança de vida maior do que o sexo masculino, o que numa população como a estudada (com média de idades de 56,6 anos) pode ter influência na distribuição dos sexos.
- De acordo com um estudo sobre necessidades protéticas realizado em lares de idosos do distrito do Porto em 1995, no qual se observaram 634 indivíduos, registou-se uma percentagem de mulheres de 62,5 %. Outro estudo revela que as mulheres são frequentadoras mais assíduas de consultas médico/dentárias, são sujeitas a maior número de extracções dentárias e usam próteses com maior frequência que os homens⁶¹.

Esta distribuição da população por sexos com uma predominância do sexo feminino é, também, a relação que mais frequentemente se encontra na literatura ⁶².

Da amostra global das 94 próteses, foram avaliadas 37 próteses antigas e 57 próteses novas separadamente, o que correspondeu a 23 pacientes portadores de próteses antigas e 36 pacientes com próteses novas.

Dos 23 pacientes observados com prótese antiga, 20 (87,0 %) eram do sexo feminino e 3 (13,0 %) do sexo masculino. Avaliando a satisfação destes pacientes verifica-se que 16 (50,0 %) das 32 próteses presentes nos indivíduos de sexo feminino e 2 (40,0 %) das 5 próteses presentes nos de sexo masculino, proporcionaram ao doente satisfação completa.

Dos 36 pacientes observados com próteses novas, 16 (44,4 %) eram do sexo feminino e 20 (55,6 %) do sexo masculino. Avaliando a satisfação destes pacientes verifica-se que 14 (53,8 %) das 26 próteses colocadas nos indivíduos de sexo feminino e 22 (70,9 %) das 31 próteses colocadas nos de sexo masculino, proporcionaram ao doente satisfação completa.

Segundo um estudo realizado por Wakabayashi N *et al.* ⁶³, os pacientes do sexo feminino apresentam menor satisfação global do que os do sexo masculino, talvez porque estes encaram melhor a condição de desdentado e porque colocam mais próteses esqueléticas. Estes resultados coincidem com os do nosso trabalho no que diz respeito aos portadores de próteses novas.

2.1.2. Idade

A idade da população varia entre os 31 e os 80 anos, sendo a média de idades de 58,7 anos.

Esta média de idades é semelhante à encontrada em outros estudos com populações recrutadas de entre os frequentadores de Escolas Dentárias ou Hospitais ^{64,65}.

a) Prótese antiga

Nos 23 pacientes observados com prótese antiga, a idade varia entre 41 e 78 anos, sendo a média de idades de 62 anos. Avaliando estes pacientes verifica-se que as próteses antigas proporcionam satisfação completa em maior percentagem nos grupos etários mais jovens, sendo de 66,6 % (2/3) no grupo etário com menos de 44 anos, 46,1 % (6/13) no grupo [45,64] anos e 47,6 % (10/21) no grupo etário superior aos 65 anos. No entanto, estes resultados devem ser interpretados com alguma precaução dada a reduzida casuística do grupo etário mais jovem.

b) Prótese nova

Nos 36 pacientes observados com próteses novas, a idade varia entre 31 e 80 anos, sendo a média de idades de 57,3 anos. Avaliando estes pacientes verifica-se que as próteses novas proporcionam satisfação completa em maior percentagem nos grupos etários mais jovens, sendo de 76,9 % (10/13) no grupo etário com menos de 44 anos, 66,6 % (16/24) no grupo etário dos [45,64] anos e 50,0 % (10/20) no grupo etário superior aos 65 anos.

Apesar de terem verificado que a falência das próteses aumenta com a idade, Weinstein M *et al.*, Zlatarić DK *et al.* e Smedley TC *et al.* ⁶⁶⁻⁶⁸ não demonstraram, tal como nós, que a idade tivesse influência significativa na satisfação dos pacientes.

No entanto, segundo Frank RP *et al.* ⁶⁹, os pacientes com menos de 60 anos estão mais insatisfeitos que aqueles que têm mais de 60 anos, o que pode ser explicado, provavelmente pela menor grau de exigência destes pacientes, bem como pela habituação ao uso de prótese. Também, Wakabayashi N *et al.* ⁶³, referem que os pacientes mais jovens apresentam menor satisfação do que os mais velhos, no que se refere à estética, resultados estes que não coincidem com os do nosso estudo.

Os nossos resultados podem ser justificados pela condição de saúde debilitante muitas vezes existente nos pacientes mais idosos que influencia a qualidade de vida e/ou pelas condições anatómicas orais que também se vão deteriorando, tornando-os mais insatisfeitos.

2.1.3. Local de Residência

O local de residência mais frequente da nossa amostra é a cidade do Porto, (96,1 %). Atendendo à localização da Faculdade na zona Norte desta cidade, a distribuição da população corresponde ao que era esperado.

2.1.4. Escolaridade

Neste trabalho foi recolhida a informação sobre o número de anos de escolaridade, uma vez que é objectiva, e não existe o receio por parte de quem a dá, de que esta o possa prejudicar de alguma forma. Sabendo que a escolaridade pode ser utilizada como indicador do nível sócio-cultural dos indivíduos, optámos por adoptar este parâmetro no nosso trabalho ^{60,62,70}.

Dos 51 pacientes, 32 (62,7 %) frequentaram o 1º ciclo.

Em relação à satisfação dos pacientes portadores de próteses antigas e novas com a escolaridade verificamos que o grupo mais satisfeito tinha o 2º e 3º ciclo.

Os estudos de Zlatarić DK *et al.* ^{67,71}, referem que pacientes com mais instrução atribuem pontuações significativamente mais baixas, nomeadamente à estética.

2.1.5. Patologia crónica e medicação

Devido à limitação da amostra, estes parâmetros apenas foram utilizados para caracterizar a população, mas pareceu-nos interessante revelar um estudo realizado por Carr L *et al.* ⁷², que refere que os pacientes com patologias crónicas (nomeadamente psiquiátricas e do sistema nervoso central) e a fazer medicação, necessitam de um maior número de consultas de controlo, bem como de consultas mais demoradas.

O estado clínico dos pacientes influencia também a maior ou menor tolerância às próteses, observação esta verificada por Beck CB *et al.* ⁷³.

No entanto, Zlatarić DK *et al.* ⁶⁷ não encontraram diferenças estatisticamente significativas na relação patologia crónica vs a satisfação.

2.1.6. Motivo de colocação da prótese

No nosso estudo o motivo principal de colocação de prótese para 24 (47,1 %) pacientes foi melhorar a mastigação e para 13 (25,5 %) foi melhorar a estética, resultados estes que estão de acordo com Mazurat NM *et al.* e com Gordon SR *et al.* (Figura 5.)⁷⁴⁻⁷⁶.

No entanto, Elias AC *et al.*⁷⁷, publicaram que, para a grande maioria dos indivíduos, a estética é mais importante que a função. Contudo referiram que factores como a idade, podem alterar o motivo pelo qual os dentes ausentes são substituídos.

3. Exame objectivo intra-oral

3.1. Tipo e Classificação dos desdentados

No nosso estudo, nos pacientes com próteses antigas, a Classe I é a mais frequente e a classe IV a menos frequente em ambos os sexos. No maxilar superior existem em maior número a Classe I, III e "Classe 0", enquanto que no maxilar inferior a Classe I é a mais frequente. A menos frequente tanto no maxilar superior como no maxilar inferior é a Classe IV.

A maioria da população estudada, que colocou próteses novas, apresenta mais frequentemente Classe I e Classe II, respectivamente nos pacientes do sexo feminino e masculino. Tal como nos indivíduos com próteses antigas, a Classe I é a mais frequente e a classe IV a menos frequente. A Classe III existe na maioria das vezes no maxilar superior, enquanto que a Classe I é mais frequente no maxilar inferior. Também o número de "Classe 0" e Classe II foi maior no maxilar inferior.

Em ambas as situações (próteses antigas e novas) a classe I é mais frequente no maxilar inferior e a classe III no maxilar superior.

No nosso estudo, todos os pacientes com próteses antigas e novas colocadas em arcadas Classe III e IV apresentam satisfação razoável e/ou completa.

Baucić M⁷¹, Tuominen R *et al.*⁷⁸ e Meeuwissen JH *et al.*⁷⁹ referem que pacientes com menos peças dentárias atribuem menor grau de satisfação da prótese.

No entanto, segundo Jeganathan S *et al.* ³¹, a maioria dos pacientes reabilitados com próteses completas estão aparentemente satisfeitos.

No nosso trabalho não foi estudada a quantidade de dentes remanescentes, apenas se estudou a população classificando-a segundo as Classes de Kennedy e as suas respectivas subdivisões propostas por Applegate ^{45,53}. Verificamos, uma maior percentagem de insatisfação nos pacientes com extremos livres e com prótese completa, talvez por terem ambas suporte mucoso. No entanto, noutros trabalhos não foram encontradas diferenças significativas quanto à satisfação geral, bem como à retenção, mastigação, estética e conforto, no que diz respeito a próteses com extremos livres ou não ^{67,80}.

3.2. Pesquisa de patologia oral

A patologia oral, registada neste estudo incluiu a estomatite protética nos pacientes portadores de próteses antigas e novas e as úlceras nos portadores de próteses novas.

Como é conhecido da literatura, as próteses removíveis favorecem o aparecimento de patologia oral, em grande parte devido às dificuldades acrescidas de higiene e ao traumatismo que podem provocar ⁵⁴.

Quando associadas ao uso de prótese, as úlceras traumáticas estão relacionadas com bordos protéticos irregulares, ou demasiado extensos, ou com próteses instáveis por motivos oclusais ⁵⁴.

Como factores etiológicos da estomatite protética estão descritos a infecção por fungos, a alteração da fisiologia local pelo uso de prótese, os traumatismos mecânicos, a acumulação de calor, a fermentação e putrefacção de restos alimentares, as agressões químicas, as reacções alérgicas aos materiais da prótese e a diminuição das resistências devida a doenças sistémicas ⁵⁴, causas que não foram objecto do estudo.

3.3. Exame da prótese

No que se refere à prótese foram avaliadas as variáveis tipo de utilização da prótese, tipo de prótese, estética, fonética, retenção e estabilidade, satisfação e conforto, mastigação, alteração do paladar e dor.

3.3.1. Tipo de utilização da prótese

Onze (29,7 %) próteses antigas usadas continuamente e 7 (18,9 %) de uso diurno proporcionaram satisfação completa, respectivamente em 61,1 % e 38,8 % dos pacientes (n = 18).

Dezoito (62,0 %) próteses novas usadas continuamente, 9 (64,2 %) usadas durante o dia e 8 (66,6 %) usada durante o dia com remoção da prótese durante as refeições, proporcionaram satisfação completa respectivamente em 51,4 %, 25,7 % e 22,8 % dos casos (n = 35).

Mais de metade dos participantes do estudo realizado por Figueiral MH⁵⁴ usavam as suas próteses continuamente, não fazendo qualquer período de repouso. Valores ainda mais altos foram observados por Bergman e Carlsson⁷⁷, num estudo de 32 pacientes, em que o uso contínuo da prótese se observou em 84,0 %. Estes resultados são coincidentes com os do nosso estudo, uma vez que a maioria da nossa população usa também a prótese continuamente. No entanto, no estudo de Zlatarić DK *et al.*⁶⁷, metade dos pacientes usava a prótese apenas durante o dia, facto este não relacionado com a satisfação.

3.3.2. Tipo de prótese

Na avaliação das próteses antigas, apenas 1 (7,1 %) das 14 Classe I e 4 (36,4 %) das 11 Classe III tinham sido reabilitadas com prótese esquelética.

Na avaliação das próteses novas, 71,4 % das 14 Classe II, 83,3 % das 12 Classe III e 33,3 % das 18 Classe I foram reabilitadas com prótese esquelética.

Isto pode significar que os pacientes portadores de próteses antigas possuem próteses acrílicas em maior número, enquanto que os que colocam próteses novas optam na maioria pelas próteses esqueléticas.

Na nossa amostra, os pacientes do sexo feminino colocam mais próteses acrílicas e os do sexo masculino mais próteses esqueléticas.

Não foi encontrada diferença significativa na satisfação entre pacientes reabilitados com prótese esquelética e acrílica, no estudo realizado por Van Waas M *et al.*⁸⁰. Estes resultados não coincidem com os do nosso trabalho, no que diz respeito às próteses antigas e novas, uma vez que em ambas as situações os pacientes apresentam-se mais satisfeitos quando reabilitados com próteses esqueléticas.

No que diz respeito às próteses esqueléticas, o seu desenho não tem qualquer influência na satisfação dos pacientes, referem Frank RP *et al.*⁸¹, no estudo que realizaram com 82 pacientes. No nosso estudo não avaliamos o desenho das próteses esqueléticas, pelo que não podemos opinar sobre estes resultados.

Os pacientes que colocam prótese pela primeira vez estão menos satisfeitos que aqueles que a substituem, segundo Weinstein M *et al.*⁶⁶, o que provavelmente se pode explicar pela experiência anterior do uso de prótese.

3.3.3. Estética

No que diz respeito à estética, a maioria das próteses antigas e novas proporcionaram satisfação aos pacientes. Nos portadores de próteses antigas a satisfação é encontrada mais frequentemente nos pacientes do grupo etário com idade inferior a 44 anos, provavelmente devido à melhor qualidade de vida física e emocional destes indivíduos. Por outro lado, nos pacientes que colocaram próteses novas houve satisfação completa em praticamente todos os pacientes (93,0 %). A prova estética é feita antes da acrilização definitiva, para podermos ajustar da melhor forma possível a prótese à face do paciente.

As opiniões sobre a relação classe de idade vs satisfação são controversas. Estes resultados não coincidem com os apresentados por Newsome *et al.*⁶³ e Wakabayashi N *et al.*²⁸. Estes autores referem que os pacientes mais jovens apresentam menor satisfação do que os mais velhos. Por outro lado, há estudos que demonstram o contrário, explicando que os mais novos têm melhores condições de saúde oral que os mais idosos²⁸. Os

resultados do nosso trabalho coincidem em parte com os do último trabalho referido.

No nosso estudo, verificamos que o grau de satisfação dos pacientes é elevado, observando-se a mediana de 9 com valor mínimo de 2 e de 5, respectivamente, na 2ª e 3ª consultas, o que significa que se assistiu a uma melhoria, apesar de não significativa, da satisfação dos paciente. Dos parâmetros analisados por Weinstein M *et al.*⁶⁶, os graus atribuídos à estética foram também os mais altos.

No que diz respeito à opinião do clínico, não houve variações de opinião sobre a estética da 2ª para a 3ª consulta, pois não se introduziu nenhuma alteração.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico foi coincidente na maioria das vezes. Zalataric DK *et al.*⁸², num estudo englobando 165 pacientes, verificaram que para os pacientes que atribuíram o pior grau de satisfação relativamente à estética das próteses, este grau foi inferior ao atribuído pelo clínico, enquanto que os pacientes satisfeitos atribuíram melhor grau que o clínico.

Na realidade, quando as pessoas comentam sobre a aparência estética dentária, é porque o dentista falhou em conseguir um resultado natural. Os amigos não podem saber como eles se sentem com as próteses, não podem julgar a eficiência na mastigação e na fonética nem as dificuldades que o dentista teve em construir uma prótese aceitável, ou seja não podem atender unicamente ao aspecto estético⁸³.

3.3.4. Fonética

As dificuldades no discurso são transitórias uma vez que a língua tem adaptabilidade considerável⁴⁶.

Seifert E *et al.*⁸⁴, referem que a colocação de uma prótese interfere com a fonética pois há alterações de volume, bem como muitas vezes da dimensão vertical e horizontal de oclusão. Toda a população que usava próteses antigas, quer fossem acrílicas ou esqueléticas, quer presentes na arcada superior ou inferior, encontrava-se satisfeita, no que diz respeito à fonética.

Relativamente às próteses novas há uma diminuição da satisfação, ainda que ligeira (93,0 % estão satisfeitos), o que provavelmente é explicado pela falta de adaptação à prótese nova.

A satisfação com as próteses novas tem a seguinte distribuição: - 90,3 % das próteses novas colocadas em pacientes do sexo masculino, 92,3 % das colocadas em pacientes do sexo feminino, 96,1 % das próteses esqueléticas, 84,2 % das próteses acrílicas e 91,7 % das próteses completas.

Determinaram insatisfação 11,4 % das 44 próteses colocadas em pacientes com idade superior a 45 anos, talvez devido à menor capacidade de adaptação deste grupo de pacientes.

No que diz respeito às arcadas é indiferente o facto de ser colocado no maxilar superior ou no maxilar inferior.

Os nossos resultados são coincidentes com os de Zlatarić DK *et al.*⁶⁷.

No nosso estudo, verificamos que o grau de satisfação dos pacientes é elevado, observando-se a mediana de 9 com valor mínimo de 4 na 2ª e 3ª consultas, tendo-se assistido a uma melhoria da satisfação dos pacientes.

No que diz respeito à opinião do clínico, não houve variações de opinião sobre a fonética da 2ª para a 3ª consulta.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico, no que se refere às próteses antigas, verifica-se que há concordância em 100 % das próteses.

Comparando a opinião do paciente com a do clínico referente às próteses novas, foi concordante na maioria das vezes.

3.3.5. Retenção e estabilidade

Os resultados referentes à retenção e estabilidade das próteses são muito variáveis de acordo com os diferentes autores, possivelmente porque os critérios de avaliação não são os mesmos⁵⁴.

No nosso estudo, os pacientes referem boa retenção em 29,7 % das próteses antigas e 57,9 % das novas, alguma retenção em 45,9 % nas próteses antigas e 38,6 % nas novas, e nenhuma retenção em 24,3 % nas antigas e 3,5 % nas novas, o que se pode explicar pela provável melhor adaptação das próteses novas.

Peltola *et al.*, num estudo com 42 indivíduos, consideraram as próteses com boa retenção em 59 % dos casos, moderada em 34 % e má em 7 %. Brunello e Mandikos encontraram 88 pacientes com problemas de retenção nas próteses em 94 casos estudados^{24,65,85}.

A comparação destes com os nossos resultados é difícil, dado que nós nos referimos a próteses e não a pacientes, podendo um paciente ser avaliado mais do que uma vez.

A maioria da população estudada que colocou próteses antigas e novas diz estar satisfeita com a retenção, resultado este coincidente com o de outro autor⁵⁵.

No que diz respeito às próteses antigas, os pacientes que se encontram mais satisfeitos pertencem à faixa etária [45,64].

Quanto às próteses novas, os que se encontram mais satisfeitos têm idade superior a 65 anos, o que se pode justificar pelo menor grau de exigência destes pacientes.

A maioria dos pacientes com próteses antigas e todos os pacientes com próteses novas, referem alguma e boa retenção com as próteses esqueléticas maxilares.

Para Bergman e Carlsson⁷⁶, 50 % dos 32 pacientes apresentavam a prótese superior com muito boa retenção e 44 % com bastante boa retenção, resultados aproximados aos que verificamos nos pacientes que colocaram próteses novas.

Comparando a opinião dos pacientes entre a 2ª e a 3ª consulta verifica-se uma melhoria. A mediana é 8 na 2ª consulta e 9 na 3ª, os pacientes responderam na escala de 2 a 10 na 2ª e 3ª consultas, o que demonstra que a retenção melhorou.

Zalatorić DK *et al.*⁸², num estudo englobando 165 pacientes, verificaram que, para os pacientes que atribuíram o pior grau de satisfação relativamente à retenção das próteses, este grau foi inferior ao atribuído pelo clínico, enquanto que os pacientes satisfeitos atribuíram melhor grau que o clínico. No nosso estudo, comparando a opinião do paciente com a do clínico, verifica-se que foi coincidente na maior parte das vezes.

3.3.6. Satisfação e conforto

A maioria das próteses proporcionou satisfação completa aos pacientes.

Relativamente às próteses antigas a maior percentagem de satisfação para cada parâmetro estudado foi encontrado nas classes que se seguem: - pacientes com 2º e 3º ciclo, pacientes sem patologia oral, próteses presentes em arcadas Classe II, III e IV de Kennedy, próteses usadas continuamente, usadas há mais de 10 anos, presentes no maxilar superior, próteses esqueléticas, colocadas em pacientes do sexo feminino e presentes em pacientes com idade inferior a 44 anos.

Apesar da ausência de significado estatístico, dada a limitação casuística do nosso estudo, estes resultados estão de acordo com os de Figueiral MH⁵⁴.

As próteses novas colocadas em pacientes com 2º e 3º ciclo, as colocadas em pacientes sem patologia oral, as próteses colocadas em arcadas Classe III e IV de Kennedy, as próteses usadas continuamente e durante o dia, as próteses maxilares, as esqueléticas, as colocadas em pacientes do sexo masculino e as próteses colocadas em pacientes com idade inferior a 44 anos proporcionam satisfação em maior percentagem.

Encontramos maior satisfação com as próteses novas o que seria de esperar.

Os pacientes do sexo feminino apresentam menor satisfação global do que os do sexo masculino, segundo um estudo realizado por Wakabayashi N *et al.*⁶³, cujos resultados são concordantes com os do nosso trabalho. Este aspecto pode ser explicado pelo facto dos pacientes do sexo masculino apresentarem mais Classe III e serem reabilitados com prótese esquelética em maior percentagem.

O nosso estudo não permite tirar conclusões acerca da satisfação dos pacientes portadores de próteses parciais e completas, uma vez que os pacientes que possuem próteses completas são em número muito diminuto. Segundo Čelebić A *et al.*⁸⁶, não existe diferença significativa entre ambas no que diz respeito à satisfação geral (estética e conforto). No entanto, segundo este autor os portadores de prótese completa maxilar encontram-se mais satisfeitos com a mastigação, a fonética e a retenção ($p < 0,05$), enquanto que os pacientes portadores de prótese parcial mandibular, com a retenção e o conforto ($p < 0,05$).

Para Brunello DL *et al.*⁶⁵, o sucesso do tratamento depende da idade, do sexo, do estado médico e psicológico do paciente.

Segundo Yoshida M *et al.*⁸⁷, e Ylöstalo PV *et al.*⁸⁸, os pacientes que se encontram satisfeitos com a vida, estão também satisfeitos com as suas próteses ($p < 0,05$), o que justifica a influência que o factor psicológico tem nos pacientes portadores de próteses. Berkey *et al.*⁷⁶, referem que os pacientes com grande auto-estima apercebem-se de poucos problemas dentários. Apesar de, no nosso estudo, não termos avaliado a influência dos factores psicológicos na satisfação dos pacientes portadores de próteses, acreditamos que estes possam determinar uma maior ou menor satisfação dos pacientes. Deste modo, pode-se prever uma maior ou menor capacidade do paciente para usar prótese^{87,89}. No entanto, esta opinião não é partilhada por outros autores⁷⁶.

Os resultados obtidos por Davis EL *et al.*⁴⁵, demonstram que a expectativa criada pelos pacientes antes do tratamento é elevada e a informação dada pelos autores sobre próteses removíveis, na tentativa de diminuir as expectativas, não foi conseguida. Segundo os autores, este facto deve-se provavelmente à necessidade que os pacientes tiveram de justificar as despesas do tratamento protético.

Não parece haver consenso entre satisfação e qualidade das próteses.^{76,81,90}. No entanto, para Wolff A *et al.*⁴⁷ essa relação existe. Hakestam U *et al.*⁹¹, também concluíram que a qualidade técnica do tratamento protético está associada com a satisfação dos pacientes. No nosso trabalho não foi avaliada a qualidade da prótese, apenas alguns parâmetros relacionados, nomeadamente a retenção.

Seria de esperar que os pacientes cujas próteses tivessem maior retenção estivessem mais satisfeitos. No entanto Wakabayashi N *et al.*⁶³, não encontraram relação entre ambos.

Peroz I *et al.*, referiram que existe relação entre a satisfação e a oclusão balanceada e a oclusão com guia canina. Assim, demonstraram que os pacientes reabilitados com o segundo esquema oclusal encontram-se mais satisfeitos com a estética, retenção mandibular e mastigação. Na opinião dos pacientes a fonética e a retenção maxilar não está relacionada com a oclusão. No entanto, o clínico refere que as próteses maxilares perdem retenção nos movimentos excêntricos, sendo mais favorável a oclusão balanceada⁹². O

nosso estudo não contempla o tipo de oclusão com que os pacientes foram reabilitados, não podendo portanto estabelecer comparações.

Comparando a opinião dos pacientes entre a 2ª e a 3ª consulta, relativamente à satisfação com o uso da prótese, verifica-se que não existe diferença significativa. Os pacientes responderam na escala de 1 a 10 que a mediana é 7 na 2ª consulta e 8 na 3ª, o que demonstra que a satisfação melhorou.

3.3.7. Mastigação

A maior ou menor facilidade de aprender a mastigar quando se coloca uma prótese removível depende do número de dentes a substituir, da idade, do controlo neuromuscular, do tipo e localização da prótese, de considerações estéticas e por fim da perseverança e determinação do paciente. Deve ser feita uma alimentação correcta para facilitar a aprendizagem. Bolachas e tostas devem ser substituídas por pão mole. O paciente deve ser encorajado a cortar pequenos pedaços, mastigar devagar e prolongar o tempo necessário de cada refeição ^{46,93}. A função mastigatória dos pacientes portadores de prótese é pobre quando comparada com a dentição natural ⁹⁴.

Os pacientes portadores de próteses antigas referem ter uma mastigação razoável em maior percentagem, facto que pode ser explicado pela habituação à prótese. Por outro lado, os pacientes portadores de próteses novas referem mastigação impossível e boa em maior percentagem, o que pode ser explicado no primeiro caso pela falta de habituação e no segundo caso por uma melhor adaptação à prótese.

Os pacientes do sexo masculino portadores de próteses esqueléticas antigas e novas colocadas no maxilar superior estavam satisfeitos maioritariamente com a mastigação. Este aspecto poderá ser atribuído ao facto de os pacientes do sexo masculino terem sido reabilitados em maior percentagem com próteses esqueléticas novas.

Baucić M ⁷¹ verificou que os pacientes de sexo feminino estavam mais satisfeitos que os de sexo masculino, no que se refere à mastigação, quando reabilitados com próteses mandibulares. Estes resultados não são concordantes com os do nosso estudo no que diz respeito às próteses antigas

e novas no qual, apesar de não ter sido estudada a informação quanto à satisfação referente às arcadas e sexo, os pacientes de sexo masculino estavam mais satisfeitos.

Os pacientes com idade inferior a 64 anos referem melhor mastigação com próteses antigas (100 %) e com idade inferior a 44 anos melhor mastigação com próteses novas (92,3 %). Miyaura K *et al.* ⁹⁴, refere que a idade não influencia directamente a eficácia mastigatória.

Comparando a opinião dos pacientes entre a 2ª e a 3ª consulta verificou-se que a maioria referiu melhoras. A mediana é 6 na 2ª consulta e 8 na 3ª, os pacientes responderam na escala de 0 a 10 na 2ª consulta e 1 a 10 na 3ª, o que mais uma vez demonstra que a mastigação melhorou. Apesar de não termos estudado a oclusão dos nossos pacientes, Fenlon MR *et al.* ⁹⁰, referem que uma oclusão correcta melhora a eficácia mastigatória e portanto, a satisfação do paciente aumenta.

3.3.8. Alteração do paladar

A maioria das próteses antigas e novas não provocaram qualquer alteração do paladar. Nenhum paciente apresenta alteração total do paladar.

Há uma maior percentagem de próteses novas a provocar alteração do paladar, o que pode ser explicado pela habituação que o paciente tem em relação à prótese antiga.

Apenas uma prótese antiga colocada num paciente do sexo feminino e 11,5 % e 12,9 % das 57 próteses novas colocadas em pacientes do sexo feminino e masculino respectivamente, provocaram alguma alteração de paladar.

No que diz respeito ao tipo de prótese e à arcada são as próteses acrílicas presentes no maxilar inferior (próteses antigas) e as acrílicas colocadas tanto no maxilar superior como no inferior (próteses novas) que provocam alguma alteração do paladar.

Apesar de estar descrito que os pacientes portadores de próteses completas maxilares referem, em maior percentagem e grau, alteração do paladar, a nossa reduzida casuística não permitiu confirmar esta afirmação,

visto que em 12 pacientes portadores de próteses completas apenas 2 referiram ter alguma alteração.

Comparando a opinião dos pacientes entre a 2ª e a 3ª consulta verifica-se que a maioria não referiu diferenças. A mediana é 1 e os pacientes responderam na escala de 0 a 10 até ao máximo de 7 na 2ª consulta e até 6 na 3ª consulta o que demonstra que o paladar dos pacientes melhorou provavelmente pela adaptação ao uso da prótese.

3.3.9. Dor

A maioria das próteses antigas e novas não provocou dor nos pacientes.

Nenhum paciente masculino portador de prótese antiga referiu dor.

Os únicos pacientes do sexo feminino que apresentavam dor tinham idade superior a 65 anos.

Quando comparados os tipos de prótese, pode observar-se que as próteses completas antigas e novas proporcionam mais dor.

As próteses mandibulares antigas e novas, comparativamente às maxilares, provocam dor em maior percentagem e maior intensidade, o que pode ser explicado pelas diferenças anatómicas existentes entre os maxilares superior e inferior.

Relativamente às próteses novas, não houve diferença estatisticamente significativa no que diz respeito ao sexo. Os pacientes com idade entre os 45 e 64 anos são os que referem mais dor (16,6 %).

Comparando a opinião dos pacientes entre a 2ª e a 3ª consulta verificou-se que houve diminuição da dor. A mediana é 1 e os pacientes responderam na escala de 0 a 10 até ao máximo de 10 na 2ª consulta e até 8 na 3ª consulta, o que demonstra que o grau de dor diminuiu, facto que se pode explicar provavelmente pela melhor adaptação à prótese.

VI - Conclusões

Porque ninguém neste mundo termina ou acaba (...). Tudo aqui começa e tudo tem o seu fim noutro lado.

Victor Hugo

VI. Conclusões

O nosso estudo avalia o grau de satisfação de pacientes portadores de prótese dentária removível. Nas condições deste estudo podemos concluir que:

- Os pacientes portadores de próteses removíveis reabilitados na consulta de Medicina Dentária da FMDUP estão maioritariamente satisfeitos;
- O principal motivo referido pelos pacientes para a colocação da prótese é melhorar a qualidade da mastigação;
- Não encontramos associação entre a satisfação dos pacientes e as variáveis estudadas:
 - Estética
 - Fonética
 - Retenção e estabilidade
 - Satisfação e conforto
 - Mastigação
 - Alteração do paladar
 - Dor
- Em todos os parâmetros se notou melhoria da 2ª para a 3ª consulta;
- A opinião da investigadora foi concordante com a do paciente na maioria das vezes nos parâmetros avaliados.

Bibliografia

1. Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, Takahara T: Influence of Dentition Status on Physical Disability, Mental Impairment, and Mortality in Institutionalized Elderly People. *J Dent Res* 2001;80(1):340-5.
2. Mericske-Stern R, Geering AH: Masticatory Ability and the Need for Prosthetic Treatment. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 111-24.
3. Jones JA, Orner MB, Spiro III A, Kressin NR: Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Int Dent J* 2003; 53: 327-34.
4. Basker R, O'Mullane DM: Removable Prosthodontic Services Related to Need and Demand. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 223-35.
5. Petridis H, Hempton TJ: Periodontal Considerations in Removable Partial Denture Treatment: A review of the Literature. *Int J Prosthodont* 2001;14(2):164-72.
6. Zarb GA, Anderson JD, Fenton AH: Decision-Making in Prosthodontics. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 125-34.
7. Carlsson GE, Käyser A, Öwall B: Current and Future Trends in Prosthodontics. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 237-49.
8. Lang NP, Brägger U: Principles of Prosthetic Treatment Planning. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 135-48.
9. Budtz-Jørgensen E: The Edentulous Patient. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 65-79.
10. Johnson DL, Stration RJ: Fundamentos de Prótese Removível. In: *Solução dos Problemas dos Pacientes com Prótese Total*. Quintessence Books 1988;443-50.
11. Omar R, Tashkandi E, Abduljabbar T, Abdullah MA, Akeel RF: Sentiments Expressed in Relation to Tooth Loss: A Qualitative Study Among Edentulous Saudis. *Int J Prosthodont* 2003;16(5):515-20.
12. Plasencia JML: Prothesis Completa. In: *Exploración*. Editorial Labor S.A. 1998;7-23.
13. Ettinger R: Geriatric Considerations in Prosthetic Dentistry. *Prosthodontics: Principles and Management Strategies*: 81-95.

14. Fenlon MR, Sherriff M, Walter JD: Association between the accuracy of intermaxillary relations and complete denture usage. *J Prosthet Dent* 1999;81(5):520-5.
15. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S: The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *BDJ* 1998;184(2):90-3.
16. Elter JR, Strauss RP, Beck JD: Assessing Dental Anxiety, Dental Care Use and Oral Status in Older Adults. *JADA* 1997;128:591-7.
17. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR: The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *BDJ* 2000;188(9):503-6.
18. Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nannmark U, Brånemark P-I: Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci* 2002;110:417-24.
19. Renner RP, Boucher LJ: Removable Partial Dentures. In: Removable Partial Denture Insertion and Postinsertion Procedures. Quintessence Books 1987;335-53.
20. Moltzer G, Van der Meulen MJ, Verheij H: Psychological Characteristics of dissatisfied denture patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:52-5.
21. Korszun A, Ship JA: Diagnosing Depression in Patients with Chronic Facial Pain. *JADA* 1997;128:1680-6.
22. Rich BM, Kabcenell JL: A new clinical approach to the problem denture patient. *J Prosthet Dent* 1987;58(4):451-3.
23. Friedman N, Landesman HM, Wexler M: The influences of fear, anxiety, and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part I. *J Prosthet Dent* 1987;58(6):687-9.
24. Friedman N, Landesman HM, Wexler M: The influences of fear, anxiety, and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part II. *J Prosthet Dent* 1988; 59(1):45-8.
25. Friedman N, Landesman HM, Wexler M: The influences of fear, anxiety, and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part III. *J Prosthet Dent* 1988;59(2):169-73.
26. Johnson D, Stration RJ: Fundamentos de Prótese Removível. In: Conhecendo a Mente do Paciente. Quintessence Books 1988;15-9.

27. Newsome PRH, Wright GH: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *BDJ* 1999;186(4):161-5.
28. Newsome PRH, Wright GH: A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *BDJ* 1999;186(4):166-70.
29. Zarb GA, Bolandor CL, Hickey JC, Carlsson GE: Boucher's – Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients. In: Completing the rehabilitation of the patient. Mosby Company, 10th Edition, 1990;11, 23-26, 46, 74-76.
30. McCord F: Understanding prosthodontics – where did it all go wrong? *Int Dent J* 2003;53:335-9.
31. Jeganathan S, Payne JA: Common faults in complete dentures: A review. *Quintessence Internacional* 1993;24(7):483-7.
32. Gerbert B, Bleecker T, Saub E: Risk Perception and Risk Communication: Benefits of dentist-patient discussions. *JADA* 1995;126:333-9.
33. Mack MR: Perspective of facial esthetics in dental treatment planning. *J Prosthet Dent* 1996;75(2):169-175.
34. Milgrom P, Cullen T, Whitney C, Fiset L, Conrad D, Getz T: Frustrating Patient Visits. *J Public Health Dent* 1996;56(1):6-11.
35. Johnson D, Stration RJ: Fundamentos de Prótese Removível. In: Considerações Especiais no Paciente Protético Idoso. Quintessence Books 1988;69-78.
36. Ylöstalo PV, Ek E, Laitinen J, Knuuttila ML: Optimism and Life Satisfaction as Determinants for Dental and General Health Behavior – Oral Health Habits Linked to Cardiovascular Risk Factors. *J Dent Res* 2003;82(3):194-9.
37. Roessler DM: Complete denture success for patients and dentists. *Int Dental J* 2003;53:340-5.
38. Mersel A, Wertheimer J: Étude épidémiologique dentaire d'une population psycho-gériatrique. *Les Cahiers de Prothèse* 1992;79: 99-104.

39. Rahn AQ, Heartwell Jr CM: Textbook of Complete Dentures. In: Educating the Patient. Lea & Febiger: Philadelphia London, 5th Edition, 1993;121-9.
40. Rahn AQ, Heartwell Jr CM: Textbook of Complete Dentures. In: Diagnosis. Lea & Febiger: Philadelphia London, 5th Edition, 1993;131-49.
41. 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* 2000;79(4):970-5.
42. Neill DJ, Nairn RI: Complete Denture Prosthetics. In: Factors influencing the prognosis of complete denture treatment. Wright, 3rd Edition, 1990;119-22.
43. Garrett NR, Kapur KK, Perez P: Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 1996;76(4):403-13.
44. Jeganathan S, Payne JA: Erreurs en prothèse adjointe complète. *Clinic* (6)1993:429-34.
45. Davis EL, Albino JE, Tedesco LA, Portenoy BS, Ortman LF: Expectations and satisfaction of denture patients in a university clinic. *J Prosthet Dent* 1986;55(1):59-63.
46. Renner RP, Boucher LJ: Removable Partial Dentures. In: Instructions to the Patient. Quintessence Books 1987;319-34.
47. Wolff A, Gadre A, Begleiter A, Moskona D, Cardash H: Correlation Between Patient Satisfaction with Complete Dentures and Denture Quality, Oral Condition, and Flow Rate of Submandibular/Sublingual Salivary Glands. *Int J Prosthodont* 2003;16(1):45-8.
48. Halperin, Graser, Rogoff, Plekavich: Mastering the out of complete dentures. In: Denture Insertion and Maintenance. Quintessence Books 1988;149-52.
49. Kratochvil J: Prótesis Parcial Removible. In: Preparación del paciente e instrucciones y cuidados posteriores a la inserción. Interamericana 1988;172-8.
50. Borel JC, Schittly J, Exbreyat J: Manual de Protesis Parcial Removível. In: Inserción de la Prótesis. Consejos al Paciente. Masson 1991;147-50.

51. Organisation Mondiale de la Santé: Enquetes sur la santé bucco-dentaire – Méthodes fondamentales. Genève, 2ed. 1977.
52. McGivney GP, Carr AB: McCracken's Removable Partial Prosthodontics. Mosby Ed, 2000:433-45.
53. Phoenix RD, Cagna DR, DeFreest CF: Stewart's Clinical Removable Partial Prosthodontics. 3rd ed. Quintessence Publishing Co, 2003.
54. Figueiral MH: Tese de Doutoramento – Estomatite Protética – Identificação e caracterização dos factores etiológicos e predisponentes. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 2000.
55. Hoad-Reddick G, Grant AA: Prostetic Status: the Formation of a Schedule. J Prosthet Dent 1988;59 :105-10.
56. Lamb DJ, Ellis B, Kent G: Measurement of Changes in Complete Mandibular Denture Security Using Visual Analogue Scales. Int J Prosthodont 1994;7(1):30-4.
57. Lamb DJ, Ellis B: Patient - Assessed Security Changes When Replacing Mandibular Complete Dentures. Int J Prosthodont 1995;8(2):135-141.
58. Bryman A, Cramer D: Análise de dados em ciências sociais. Celta Editora 2003: Cap. I, II e III.
59. Waldman HB: The edentulous population: Its use and need of dental services. J Prosthet Dent 1987;58(5):643-6.
60. Lopes C: Tese de Doutoramento – Alimentação e Enfarte Agudo do Miocárdio – Estudo caso-controlo de base comunitária. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2000.
61. Fernandes J: Tese de Doutoramento – Necessidades Protéticas na população Portuguesa Institucionalizada. Porto, 1995.
62. Mojon P, Macentee MI: Discrepancy between need for Prosthodontic Treatment and Complaints in an Elderly Edentulous Population. Commun Dent Oral Epidemiol 1992;20:48-52.
63. Wakabayashi N, Yatabe M, Ai M, Sato M, Nakamura K: The influence of some demographic and clinical variables on psychosomatic traits of patients requesting replacement removable partial dentures. J Oral Rehabil 1998;25:507-12.
64. Bergman B, Carlsson G, Hedegard B: A longitudinal two-year study of a number of full denture cases. Acta Odontol Scand 1964;22:3-26.

65. Brunello DL, Mandikos MN: Construction faults, gender, and relative medical health: Factors associated with complaints in complete denture patients. *J Prosthet Dent* 1998;79(5):545-53.
66. Weinstein M, Schuchman J, Liebreman J, Rosen P: Age and denture experience as determinants in patient denture satisfaction. *J Prosthet Dent* 1988;59(3):327-9.
67. Zlatarić DK, Čelebić A, Valentić-Peruzović M, Jerolimov V, Pandurić J: A survey of treatment outcomes with removable partial dentures. *J Oral Rehabil.* 2003 Aug;30(8):847-54.
68. Smedley TC, Friedrichsen SW, Cho MH: A comparison of self-assessed satisfaction among wearers of dentures, hearing aids, and eyeglasses. *J Prosthet Dent* 1989;62(6):654-61.
69. Frank RP, Milgrom P, Leroux BG, Hawkins NR: Treatment outcomes with mandibular removable partial dentures: A population-based study of patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 1998;80(1):36-45.
70. Fischer HC, Funk GF, Karnell LH, Arcuri MR: Associations between selected demographic parameters and dental status: Potential implications for orodental rehabilitation. *J Prosthet Dent* 1998;79(5):526-31.
71. Zlatarić DK, Čelebić A, Valentić-Peruzović M, Celić R, Filipović-Zore I, Baucić M: The satisfaction with the removable partial denture therapy in the Croatian adult population. *Coll Antropol* 2000 Dec;24(2):485-94.
72. Carr L, Lucas VS, Becker PJ: Diseases, medication, and postinsertion visits in complete denture wearers. *J Prosthet Dent* 1993;70(3): 257-60.
73. Beck CB, Bates JF, Basker RM, Gutteridge DL, Harrison A: A Survey of the Dissatisfied Denture Patient. *Eur J Prosthodont Rest Dent* 1993;2(2):73-8.
74. Mazurat NM, Mazurat RD: Discuss before fabricating: communicating the realities of partial denture therapy. Part II: patient expectations. *J Can Dent Assoc* 2003 Feb;69(2):90-4.
75. Mazurat NM, Mazurat RD: Discuss before fabricating: communicating the realities of partial denture therapy. Part II: clinical outcomes. *J Can Dent Assoc* 2003 Feb;69(2):96-100.

76. Gordon SR, Fryer GE, Niessen L: Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status. *J Prosthet Dent* 1988;59(3): 323-6.
77. Elias AC, Sheiham A: Review – The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil* 1998;25:649-61.
78. Tuominen R, Tuominen M: Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988 Apr;26(2):95-100.
79. Meeuwissen JH, Van Waas MA, Meewissen R, Kayser AF, Van't Hof MA, Kalk W: Satisfaction with reduced dentitions in elderly people. *J Oral Rehabil* 1995 Jun;22(6):397-401.
80. Van Waas M, Meeuwissen J, Meeuwissen R, Käyser A, Kalk W, Van 't Hof M: Relationship between wearing a removable partial denture and satisfaction in the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:315-8.
81. Frank RP, Brudvik JS, Leroux B, Milgrom P, Hawkins N: Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 2000;83(5):521-7.
82. Zlatarić DK, Čelebić A: Treatment Outcomes with Removable Partial Dentures: A Comparison Between Patient and Prosthodontist Assessments. *Int J Prosthodont* 2001;14(5):423-6.
83. Zarb GA, Bolandor CL, Hickey JC, Carlsson GE: Boucher's – Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients. In: Completing the rehabilitation of the patient. Mosby Company, 10th Edition, 1990;484-508.
84. Seifert E, Runte C, Riebandt M, Lamprecht-Dinnesen A, Bollmann F: Can dental prostheses influence vocal parameters? *J Prosthet Dent* 1999;81(5):579-85.
85. Akagawa Y, Rachi Y, Matsumoto T, Tsuru H: Attitudes of removable denture patients toward dental implants. *J Prosthet Dent* 1988;60(3):362-4.
86. Čelebić A, Knezović-Zlatarić D: A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. *J Dent*. 2003 Sep;31(7):445-51.

87. Yoshida M, Sato Y, Akagawa Y, Hiasa K: Correlation Between Quality of Life and Denture Satisfaction in Elderly Complete Denture Wearers. *Int J Prosthodont* 2001;14(1):77-80.
88. Ylöstalo PV, Ek E, Laitinen J, Knuuttila ML: Optimism and Life Satisfaction as Determinants for Dental and General Health Behavior – Oral Health Habits Linked to Cardiovascular Risk Factors. *J Dent Res* 2003;82(3):194-9.
89. Al Quran F, Clifford T, Cooper C, Lamey PJ: Influence of psychological factors on the acceptance of complete dentures. *Gerodontology* 2001 Jul;18(1):35-40.
90. Fenlon MR, Sherriff M, Walter JD: Association between the accuracy of intermaxillary relations and complete denture usage. *J Prosthet Dent* 1999;81(5):520-5.
91. Hakestam U, Karlsson T, Soderfeldt B, Ryden O, Glantz PO: Does the quality of advanced prosthetic dentistry determine patient satisfaction? *Acta Odontol Scand* 1997 Dec;55(6):365-71.
92. Peroz I, Leuenberg A, Haustein I, Lange K-P: Comparison between balanced occlusion and canine guidance in complete denture wearers – A clinical, randomized trial. *Quintessence Int* 2003;34(8):607-12.
93. Grasso JE, Miller EL: Removable Partial Prosthodontics. In: Insertion, Counseling, Complaints, and Adjustments. Mosby Year Book, 3rd Edition, 1991;251-69.
94. Miyaura K, Morita M, Matsuka Y, Yamashita A, Watanabe T: Rehabilitation of biting abilities in patients with different types of dental prostheses. *J Oral Rehabil* 2000; 27:1073-6.

Resumo

Resumo

A noção de satisfação em geral pode parecer simples, mas continua a não existir uma definição para este conceito.

No que se refere à satisfação dos pacientes portadores de próteses removíveis, sabe-se que esta é de etiologia multifactorial. Os factores mais importantes na aceitação da prótese são, para além da qualidade técnica do trabalho, a relação médico/paciente e a atitude do paciente relativamente ao uso de próteses. Próteses tecnicamente excelentes podem falhar devido a factores psicológicos. Todavia, próteses com imperfeições técnicas que não ultrapassem a tolerância fisiológica dos tecidos podem ser bem sucedidas na presença de uma boa relação dentista/paciente. Assim, a satisfação dos pacientes reabilitados com prótese removível é um factor importante no tratamento protético.

Este estudo teve como objectivos: 1) Conhecer o grau de satisfação geral referente às próteses e as principais queixas dos pacientes portadores de próteses removíveis; 2) Avaliar o grau de satisfação do paciente com a estética, a fonética, a retenção e a estabilidade, a mastigação, a alteração do paladar, e a dor; 3) Comparar a opinião do paciente relativamente à sua prótese nova em duas consultas espaçadas de 1 semana; 4) Comparar a opinião da investigadora com a do paciente nos parâmetros estudados por ambos.

Os pacientes foram observados nas instalações da FMDUP e foi preenchida a respectiva ficha clínica (Anexo II). Dos 58 pacientes avaliados com as características referidas, 7 foram excluídos por não comparência às consultas. Os 51 pacientes que concluíram o estudo foram distribuídos por dois grupos: portadores de prótese dentária removível antiga ($n = 23$) e portadores de prótese dentária removível nova ($n = 36$). Oito dos pacientes foram incluídos nos dois grupos uma vez que possuíam prótese antiga e encontravam-se a colocar nova prótese.

Foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) na tentativa de quantificar parâmetros subjectivos.

Da amostra global das 94 próteses, foram avaliadas separadamente 37 próteses antigas e 57 próteses novas. Relativamente ao nosso estudo, registámos os seguintes resultados com o valor de p estatisticamente significativo:

- ✓ Relação arcada vs Classe de Kennedy nas próteses novas:
 - Colocação de próteses em maior número em Classes III e I no maxilar superior e em Classes II e I no maxilar inferior.
- ✓ Estética:
 - Prótese antiga – opinião do paciente vs clínico, que foi coincidente em 67,6 %.
- ✓ Fonética:
 - Prótese nova – opinião da observadora manteve-se constante em 50 próteses e melhorou em 7.
- ✓ Satisfação e conforto:
 - Prótese nova - opinião do paciente na 2ª e 3ª consultas, em 39 manteve-se, em 15 melhorou e em 3 piorou.
- ✓ Mastigação:
 - Prótese nova - opinião do paciente na 2ª e 3ª consultas, em 33 manteve-se, em 21 melhorou e em 3 piorou.
- ✓ Alteração do paladar:
 - Prótese nova - opinião do paciente na 2ª e 3ª consultas, em 49 manteve-se e em 8 piorou.
- ✓ Dor:
 - Prótese nova – opinião do paciente na 2ª e 3ª consultas, em 37 manteve-se, em 2 melhorou e em 18 piorou.

O nosso estudo avalia o grau de satisfação de pacientes portadores de prótese dentária removível. Para a população estudada podemos concluir que:

- Os pacientes portadores de próteses removíveis reabilitados na consulta de Medicina Dentária da FMDUP estão maioritariamente satisfeitos;
- O principal motivo referido pelos pacientes para a colocação da prótese é melhorar a qualidade da mastigação;
- Não encontramos associação entre a satisfação dos pacientes e as variáveis estudadas;
- Em todos os parâmetros se notou melhoria da 2^a para a 3^a consulta;
- A opinião da investigadora foi concordante com a do paciente na maioria das vezes nos parâmetros avaliados.

Summary

The notion of satisfaction in general can seem simple, but still there is no definition for this concept.

Concerning the satisfaction of patients using removable prostheses, it is known that this is of multifactorial aetiology. The most important factors in the acceptance of the prosthesis are the doctor-patient relationship and the patient's attitude towards the use of the prostheses. Technically excellent prostheses can fail due to human factors. However, prostheses with technical imperfections that do not exceed the physiological tolerance of the tissues can be successful when there is a good dentist-patient relationship. The satisfaction of rehabilitated patients with a removable prosthesis has become a factor with growing importance in the prosthetic treatment.

This study had the following objectives: 1) To ascertain the degree of satisfaction and the main complaints of patients using removable prostheses; 2) To evaluate the aesthetics, the phonetics, the retention and the stability, the mastication, the alteration of the palate, and the pain, and to relate them to the degree of satisfaction of the patient; 3) To compare the patient's opinion regarding his/her new prosthesis in the 2nd and 3rd consultations; 4) To compare the opinion of the researcher with that of the patient in the objective parameters in all the consultations.

The patients were observed in the facilities of FMDUP and the respective clinical record was filled out (Annex II). Of the 58 patients evaluated with the above-mentioned characteristics, 7 were excluded for not attending the consultations. The 51 patients that concluded the study were divided into 2 groups: users of old removable dental prosthesis (n = 23) and users of new removable dental prosthesis (n = 36). Eight of the patients were included in both groups due to the fact that they had old prosthesis and were putting new prosthesis at the time.

The Analogical Visual Scale was used in the attempt to quantify subjective parameters.

Of the global sample of 94 prostheses, 37 old prostheses and 57 new prostheses were evaluated separately. Regarding our research, we registered the following results with statistical significance:

- ✓ Arched Relation vs Class of Kennedy in the new prostheses:
 - Usage of prostheses in greater number in Class III and in the upper jaw and in Class II and I on the lower jaw.
- ✓ Aesthetics:
 - Old Prosthesis – the patient's and dentist's opinion were in agreement in 67,6 %.
- ✓ Phonetics:
 - New Prosthesis – the observer's opinion remained the same regarding 50 prostheses and improved in 7.
- ✓ Satisfaction and Comfort:
 - New Prosthesis – the patient's opinion in the 2nd and 3rd consultations – in 39 cases it was maintained, in 15 cases it was improved and in 3 cases it was worsened.
- ✓ Mastication:
 - New Prosthesis – the patient's opinion in the 2nd and 3rd consultations – in 33 cases it was maintained, in 21 it improved, in 3 it worsened.
- ✓ Alteration of the Palate:
 - New Prosthesis – the patient's opinion in the 2nd and 3rd consultations – in 49 cases it was maintained and in 8 it worsened.
- ✓ Pain:
 - New Prosthesis – the patient's opinion in the 2nd and 3rd consultations, in 37 cases it was maintained, in 2 it improved and in 18 it worsened.

Our study evaluates the degree of satisfaction of patients using removable dental prosthesis. From the population that was studied we can conclude the following:

- The patients using removable prostheses rehabilitated in the consultation of Dental Medicine of FMDUP are generally satisfied;
- The main reason referred by the patients for the use of prostheses is to improve the quality of mastication;
- We did not find an association between the patient's satisfaction and the studied variables;
- In all of the parameters an improvement was noticed from the 2nd to the 3rd consultations;
- The researcher's opinion was in agreement with that of the patient's most of the time concerning the studied parameters.

Résumé

La notion de satisfaction peut, en général, paraître simple, mais il n'existe toujours pas de définition pour ce concept.

En ce qui concerne la satisfaction des patients porteurs de prothèses amovibles, il est connu que celle-ci est d'étiologie multifactorielle. Les facteurs les plus importants dans l'acceptation de la prothèse sont la relation médecin - malade et l'attitude de ce dernier par rapport à l'usage de prothèses. Une prothèse techniquement excellente pourra aboutir à un échec dû au facteur humain. Par contre, une prothèse ayant des imperfections techniques qui ne dépassent pas la tolérance physiologique des tissus peut être couronnée de succès en présence d'une bonne relation dentiste - patient. La satisfaction des patients réhabilités avec une prothèse amovible est devenue un facteur d'une importance croissante dans le traitement prothétique.

Cette étude a eu pour objectifs : 1) Connaître le degré de satisfaction et principales plaintes des patients porteurs de prothèses amovibles. ; 2) Évaluer l'esthétique, la phonétique, la rétention et la stabilité, la mastication, l'altération du goût et la douleur et les relationner avec le degré de satisfaction du patient ; 3) Comparer l'opinion du patient relativement à sa nouvelle prothèse à la 2^{ème} et 3^{ème} consultation ; 4) Comparer l'opinion de l'investigatrice avec celle du patient dans les paramètres objectifs de toutes les consultations.

Les patients ont été observés dans les locaux de la FMDUP, ayant été remplie la fiche clinique respective (annexe II). Des 58 patients étudiés avec les caractéristiques citées, 7 ont été exclus pour ne pas s'être présentés aux consultations. Les 51 patients qui ont conclu cette étude ont été repartis en deux groupes : Les porteurs de prothèse dentaire amovible ancienne (n = 23) et les porteurs de prothèse dentaire amovible neuve (n = 36). Huit des patients ont été inclus dans les deux groupes étant donné qu'ils possédaient une prothèse ancienne et qu'ils allaient en mettre une nouvelle.

L'échelle Visuelle Analogique (EVA) a été utilisée pour essayer de quantifier des paramètres subjectifs.

De l'échantillon global des 94 prothèses, 37 prothèses anciennes et 57 nouvelles ont été évaluées séparément. Relativement à notre étude, les résultats suivants, ayant une signification statistique, ont été enregistrés:

- ✓ Relation Arcade vs Classe Kennedy pour les prothèses neuves :
 - Placement de prothèses en plus grand nombre dans les classes III et I pour la mâchoire supérieure et dans les classes II et I pour la mâchoire inférieure.
- ✓ Esthétique :
 - Prothèse ancienne – Opinion du patient vs praticien, coïncident dans 67,6 % des cas.
- ✓ Phonétique :
 - Prothèse neuve – L'opinion de l'observatrice s'est maintenue constante pour 50 prothèses et s'est améliorée pour 7 d'entre elles.
- ✓ Satisfaction et confort :
 - Prothèse neuve – l'opinion du patient, dans les 2^{ème} et 3^{ème} consultations, s'est maintenue dans 39 cas, s'est améliorée dans 15 cas et s'est empirée dans 3 cas.
- ✓ Mastication :
 - Prothèse neuve - l'opinion du patient, dans les 2^{ème} et 3^{ème} consultations, s'est maintenue dans 33 cas, s'est améliorée dans 21 cas et s'est empirée dans 3 cas.
- ✓ Altération du goût :
 - Prothèse neuve - l'opinion du patient, dans les 2^{ème} et 3^{ème} consultations, s'est maintenue dans 49 cas et s'est empirée dans 8 cas.
- ✓ Douleur :
 - Prothèse neuve - l'opinion du patient, dans les 2^{ème} et 3^{ème} consultations, s'est maintenue dans 37 cas, s'est améliorée dans 2 cas et s'est empirée dans 18 cas.

Notre étude évalue le degré de satisfaction de patients porteurs de prothèses dentaires amovibles. Pour la population étudiée nous pouvons conclure que :

- Les patients porteurs de prothèses dentaires amovibles réhabilités dans la consultation de médecine dentaire de la FMDUP sont, en majorité, satisfaits;
- Le principal motif référé par les patients pour le placement d'une prothèse est l'amélioration de la qualité de mastication;
- Aucune association entre la satisfaction des patients et les variables étudiées n'a été trouvée ;
- Dans tous les paramètres, une amélioration de la 2^{ème} à la 3^{ème} consultation a été notée ;
- L'opinion de l'investigatrice a été en accord avec celle du patient une majorité de fois dans les paramètres évalués.

Anexos

Anexo I. Declaração de consentimento informado

De acordo com as recomendações “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Sommerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002).

Designação do estudo: ” Avaliação do grau de satisfação dos portadores de prótese removível”

Eu, abaixo assinado (a), _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Tomei também conhecimento de que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e a ausência de riscos.

Por isso, consinto em participar nos estudos, respondendo a todas as questões propostas, permitindo o exame intra-oral necessário.

Porto, _____ de _____ de 2004

Assinatura:

Pela investigadora responsável

Assinatura:

Anexo II. Ficha clínica

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
Mestrado de Reabilitação Oral

Avaliação do grau de satisfação de pacientes portadores de
prótese removível

1ª Parte**I. Identificação**

1. Nº do paciente: _____
2. Nº do processo da FMDUP: _____
3. Data: ___/___/_____
4. Nome: _____
5. Data de nascimento ___/___/_____
6. Idade: _____ anos
7. Sexo: 0 F 1 M
8. Raça: 1 Caucasiana 2 Negra 3 Outra _____
9. Escolaridade: _____ (anos completos de escolaridade)
10. Residência: _____
11. Telefone: _____ / _____

1 _____

2 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

II. Condição clínica**Estado de saúde geral**

12. Doenças relevantes passadas: 0 Não 1 Sim
- 12.1 Qual? _____

12 _____

12.1 _____

13. Doenças relevantes actuais: 0 Não 1 Sim

13.1 Qual? _____

14. Medicação actual: 0 Não 1 Sim

14.1 Qual? _____

Saúde Oral

15. Vai ao dentista: 1 Quando tem queixas 2 Regularmente

16. Causa da perda dos dentes: 0 Acidente 1 Doença Periodontal

2 Cárie 3 Outra

16.1 Qual? _____

17. Hábitos parafuncionais: 0 Não 1 Sim

17.1 Quais? _____

18. Tipo de desdentação:

18a Maxilar: 1 0 Total 1 Parcial

2 Classificação de Kennedy/Applelegate: _____

18b Mandibular: 1 0 Total 1 Parcial

2 Classificação de Kennedy/Applelegate: _____

19. Motivo de colocação de prótese:

0 Mastigação 1 Estética 2 Fonética 3 Outra

19.1 Qual? _____

História da prótese

20. Já usava prótese? 0 Não 1 Sim

20.1 Há quanto tempo? (a última prótese) _____

21. Tipo de utilização: 0 Contínuo 1 Diurno 2 Refeições 3 Outro

21.1 Qual? _____

22. Tipo de prótese: 22.1 Maxilar: 0 Total 1 Parcial

I Esquelética II Acrílica c/ ganchos

III Acrílica s/ ganchos

22.2 Mandibular: 0 Total 1 Parcial

I Esquelética II Acrílica c/ ganchos

III Acrílica s/ ganchos

13 _____

13.1 _____

14 _____

14.1 _____

15 _____

16 _____

16.1 _____

17 _____

17.1 _____

18a1 _____

18a2 _____

18b1 _____

18b2 _____

19 _____

19.1 _____

20 _____

20.1 _____

21 _____

21.1 _____

22.1 _____

22.2 _____

23. Motivo de substituição: 0 Retenção/Estabilidade 1 Mastigação

2 Estética 3 Fonética

4 Outra _____

24. Opinião subjectiva do(a) paciente vs opinião objectiva do clínico em relação a:

24. a) Estética

I. Maxila

1. insatisfatória _____ satisfatória

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

II. Mandíbula

1. insatisfatória _____ satisfatória

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

24. b) Fonética

1. má _____ boa

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

24. c) Retenção/Estabilidade

I. Maxila

1. nenhuma _____ boa

2. 0 Nenhuma 1 Alguma 2 Boa

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ boa

2. 0 Nenhuma 1 Alguma 2 Boa

24. d) Satisfação/Conforto

I. Maxila

1. nenhuma _____ completa

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ completa

24. e) Mastigação

I. Maxila

1. impossível _____ boa

II. Mandíbula

1. impossível _____ boa

23 _____

24 _____

24.a1 _____

24.a2 _____

24.a11 _____

24.a12 _____

24.b1 _____

24.b2 _____

24.c1 _____

24.c2 _____

24.c11 _____

24.c12 _____

24.d1 _____

24.d11 _____

24.e1 _____

24.e11 _____

24. f) Alteração do paladar

1. nenhuma _____ total

24.f1 _____

24. g) Dor

I. Maxila

1. nenhuma _____ insuportável

24.g11 _____

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ insuportável

24.g111 _____

25. Tipo da nova prótese: 25.1 Maxilar: 0 Total 1 Parcial

25.1 _____

i Esquelética ii Acrílica c/ ganchosiii Acrílica s/ ganchos25.2 Mandibular: 0 Total 1 Parcial

25.2 _____

i Esquelética ii Acrílica c/ ganchosiii Acrílica s/ ganchos26. Presença de patologia oral? 0 Não 1 Sim26.1 i Estomatite ii Úlcera traumática

26.1 _____

iii Outro _____26.2 Tipo de Estomatite i Tipo I ii Tipo II iii Tipo III

26.2 _____

.....
2ª Parte
.....

Data ____/____/____

27. Nº de dias de utilização da prótese _____

28. Tipo de utilização: 0 Contínuo 1 Diurno 2 Refeições
3 Outro

28.1 Qual? _____

29. Presença de patologia oral? 0 Não 1 Sim

29.1 I Estomatite II Úlcera traumática
III Outro _____

29.2 Tipo de Estomatite I Tipo I II Tipo II III Tipo III

30. Opinião subjectiva do(a) paciente vs opinião objectiva do clínico em relação a:

30. a) Estética

I. Maxila

1. insatisfatória _____ satisfatória

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

II. Mandíbula

1. insatisfatória _____ satisfatória

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

30. b) Fonética

1. má _____ boa

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

30. c) Retenção/Estabilidade

I. Maxila

1. nenhuma _____ boa

2. 0 Nenhuma 1 Alguma 2 Boa

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ boa

2. 0 Nenhuma 1 Alguma 2 Boa

27	_____
28	_____
28.1	_____
29	_____
29.1	_____
29.2	_____
30	_____
30.a1	_____
30.a2	_____
30.a11	_____
30.a12	_____
30.b1	_____
30.b2	_____
30.c11	_____
30.c12	_____
30.c111	_____
30.c112	_____

30. d) Satisfação/Conforto

I. Maxila

1. nenhuma _____ completa

30.dI1 _____

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ completa

30.dII1 _____

30. e) Mastigação

I. Maxila

1. impossível _____ boa

30.eI1 _____

II. Mandíbula

1. impossível _____ boa

30.eII1 _____

30. f) Alteração do paladar

1. nenhuma _____ total

30.f1 _____

30. g) Dor

I. Maxila

1. nenhuma _____ insuportável

30.gI1 _____

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ insuportável

30.gII1 _____

3ª Parte

Data ____/____/____

31. Nº de dias de utilização da prótese _____

32. Tipo de utilização: 0 Contínuo 1 Diurno 2 Refeições
3 Outro

32.1 Qual? _____

33. Presença de patologia oral? 0 Não 1 Sim

33.1 I Estomatite II Úlcera traumática III Outro _____

33.2 Tipo de Estomatite I Tipo I II Tipo II III Tipo III

34. Opinião subjectiva do(a) paciente vs opinião objectiva do clínico em relação a:

34. a) Estética

I. Maxila

1. insatisfatória _____ satisfatória

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

II. Mandíbula

1. insatisfatória _____ satisfatória

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

34. b) Fonética

1. má _____ boa

2. 0 insatisfatória 1 satisfatória

34. c) Retenção/Estabilidade

I. Maxila

1. nenhuma _____ boa

2. 0 Nenhuma 1 Alguma 2 Boa

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ boa

2. 0 Nenhuma 1 Alguma 2 Boa

31 _____

32 _____

32.1 _____

33 _____

33.1 _____

33.2 _____

34 _____

34.a1 _____

34.a2 _____

34.a11 _____

34.a12 _____

34.b1 _____

34.b2 _____

34.c11 _____

34.c12 _____

34.c111 _____

34.c112 _____

34. d) Satisfação/Conforto

I. Maxila

1. nenhuma _____ completa

34.dI1__

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ completa

34.dII1__

34. e) Mastigação

I. Maxila

1. impossível _____ boa

34.eI1__

II. Mandíbula

2. impossível _____ boa

34.eII2__

34. f) Alteração do paladar

1. nenhuma _____ total

34.f1__

34. g) Dor

I. Maxila

1. nenhuma _____ insuportável

34.gI1__

II. Mandíbula

1. nenhuma _____ insuportável

34.gII1__

Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao objectivo, cada passo deve ser ele próprio um objectivo em si mesmo, ao mesmo tempo que nos leva para diante.

Johann Wolfgang Von Goethe