

RAFAEL RAGONEZI MARTINS

MOTIVOS DETERMINANTES DA ELEIÇÃO OU RECUSA DE TIPOS DE  
TRATAMENTOS PROTÉTICOS EM DESDENTADOS PARCIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles

GOIÂNIA

2008

Martins, Rafael Ragonezi

Motivos determinantes da eleição ou recusa de tipos de tratamentos protéticos em desdentados parciais / Rafael Ragonezi Martins. 2008.  
76f.

Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia, 2008.

1. Prótese dentária. 2. Desdentados parciais. I. Título.

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte e comunicada ao autor a referência da citação.

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

e-mail: ragonezi@yahoo.com.br

RAFAEL RAGONEZI MARTINS

MOTIVOS DETERMINANTES DA ELEIÇÃO OU RECUSA DE TIPOS DE  
TRATAMENTOS PROTÉTICOS EM DESDENTADOS PARCIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Professor Dr. Cláudio Rodrigues Leles (Orientador)  
Faculdade de Odontologia da UFG

---

Professor Dr. Raphael Freitas de Souza  
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP

---

Professora Dra. Maria do Carmo Matias Freire  
Faculdade de Odontologia da UFG

## DEDICATÓRIA

A Deus, pela existência de tudo.

Aos meus pais, pelo amparo, dedicação e por terem me ensinado tudo que sei na vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles, pelo estímulo e pelos exemplos de retidão com a coisa pública e seriedade com que se dedica à docência e à nossa Faculdade.

À mestranda Érika Tatiane da Silva, pela ajuda no desenvolvimento do trabalho.

“Quem é generoso ao aprender, é generoso ao ensinar;  
mas nunca haverá de exceder-se nessa generosidade,  
pretendendo ensinar antes de haver aprendido.”

Do livro Introdução ao Conhecimento Logosófico

## RESUMO

Foram avaliados as preferências e os motivos determinantes na eleição ou recusa de modalidade de tratamentos protéticos em pacientes desdentados parciais. Além disso foram estudadas as características clínicas, variáveis sócio-demográficas, a influência da saúde bucal na qualidade de vida através do Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14), além dos motivos que determinaram a escolha ou recusa de opções de tratamento medidos pela importância de cada um de 32 itens numa escala de Likert de 5 pontos. Uma amostra 165 indivíduos parcialmente desdentados em atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás foi estudada. Realizou-se a análise descritiva dos dados e a comparação de variáveis de acordo com a preferência protética foi realizada pelos testes de qui-quadrado e análise de variância. O impacto dos itens do QPP (Questões sobre Preferência Protética) sobre a eleição ou recusa de tratamentos foi avaliado por meio de análise discriminante. Nos resultados a idade ( $p < 0,001$ ) e o escore do OHIP ( $p < 0,05$ ) foram significativamente maiores nos indivíduos que tiveram a prótese parcial removível como tratamento de eleição. A escolaridade mais alta ( $p < 0,01$ ) foi encontrada nos pacientes que optaram por prótese sobre implante. Através de análise discriminante linear, determinou-se que os principais motivos que impactaram na eleição e recusa para PPRs foram para ambas as arcadas, respectivamente, a possibilidade de se retirar a prótese para higienizar e o desejo de se ter uma prótese fixa na boca. O fato da prótese ser fixa na boca foi o principal motivo determinante na eleição da PPF, enquanto que a necessidade de se desgastar dentes naturais foi o principal motivo de recusa. Em relação à PI, o desejo de se ter dentes individualizados e de se ter uma prótese fixa foram os motivos de eleição e o maior custo do tratamento foi o motivo de recusa. O modelo final da análise discriminante teve um acerto total acima de 90% para cada uma das modalidades de tratamentos. Concluiu-se que há grande variação nas opções de eleição ou

recusa de tratamentos protéticos entre os pacientes desdentados parciais e que fatores relacionados a percepções individuais dos pacientes são importantes determinantes de escolhas por tipos de tratamentos protéticos. Os motivos que apresentaram maior impacto na eleição ou recusa de tratamentos podem ser utilizados como importantes questões para o direcionamento das tomadas de decisão de tratamento em pacientes desdentados parciais.

## ABSTRACT

The aim of the study was to explore preferences and reasons for choosing or refusing prosthetic treatments in partially edentulous patients. Clinical and oral-related quality of life measures were collected from 165 patients undergoing dental treatment in undergraduate clinical activities in the School of Dentistry of the University Federal of Goiás. Reasons for choosing or refusing prosthetic treatments were investigated using an instrument containing 32 questions about the importance of these items for the patient's decisions about treatment in a 5-point Likert scale, ranging from 1 (no importance) until 5 (absolutely important). Descriptive statistics, chi-square and ANOVA were used to compare patients' preferences according to clinical independent variables. Discriminant analysis was used to analyze the impact of patients' reasons for choosing or refusing removable (RPD), fixed (FD) or implant (ID) prosthesis. Results showed that older patients ( $p < 0.001$ ) and with greater OHIP scores ( $p < 0,05$ ) were more likely to choose for removable partial dentures and implant prosthesis were preferred in patients with higher school levels ( $p < 0.01$ ). Discriminant functions reveal that the desire of having a fixed or removable appliance had great impact on patients' decisions. The removal of natural teeth structure was the main reason for refusing conventional fixed dentures and cost had great impact on refusing implant dentures. Overall agreement percentages between actual patients' decisions and predicted by discriminate analysis were over 90% for all types of treatment. It was concluded that acceptance or rejection of prosthodontic modalities have great variations among patients and individual perceptions are important determinants of treatment decisions. The main reasons for choosing or refusing treatments focused in this study can be used to guide shared decision making process, providing treatments that better match patients' expectations and desires.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD	Dentes cariados, perdidos ou obturados
DILD	Dental Impact of Daily Living
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
OHI	Oral Hygiene Index
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHIP-EDENT	Oral Health Impact Profile for assessing edentulous people
OHQOL	Oral Health-related Quality of Life
QPP	Questões sobre Preferências Protéticas
PPM	Periodontal Pocket Measurements
PPF	Prótese Parcial Fixa
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
PSI	Prótese Sobre Implante

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA	12
2 – REVISÃO DE LITERATURA	16
3 – OBJETIVOS	36
3.1 - Objetivo geral	36
3.2 - Objetivos específicos	36
4 – METODOLOGIA	37
5 – RESULTADOS	43
6 – DISCUSSÃO	54
7 – CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	65
ANEXOS	75

## 1 - INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A importância de se considerar a opinião dos pacientes nas tomadas de decisões das práticas clínicas está bem fundamentada na odontologia, bem como nas demais áreas da saúde (BRADLEY, 1993; DAVIDOFF, 1996; FEINE; AWAD; LUND, 1998; KRAMER; SHAPIRO, 1984; LAINE; HLATKY, 1995; RICHARDS *et al.*, 1995; SILVERMAN; ALTMAN, 1996). O paciente está se tornando cada vez mais ativo na escolha das condutas de tratamento, cabendo ao profissional orientar estas escolhas a partir de soluções eficazes e apropriadas para o caso clínico de cada paciente individualmente (HLATKY, 1995), englobando aspectos como melhora na qualidade de vida, efetividade do tratamento e melhor relação custo benefício (RICH; GOLDSTEIN, 2002).

Alguns trabalhos mostram que os pacientes gostariam de receber maiores informações sobre os tipos de tratamentos dentários, e que eles nem sempre estão satisfeitos com a quantidade de informação dada pelos dentistas (ADEKOYA-SOFOWORA; LEE; HUMPHRIS, 1996; SCHOUTEN; HOOGSTRATEN; EIJKMAN, 2003). Sabe-se que a maneira como o paciente encara o tratamento é diferente da visão do profissional (BOWLEY, 2002; GRAHAM *et al.*, 2006; REISINE; BAILIT, 1980). Assim, estudos que indiquem as percepções dos pacientes e preferências por tipo de tratamentos protéticos, bem como os motivos que determinam suas escolhas ou recusas, dariam maior embasamento para que profissionais informem melhor seus pacientes, orientando com mais eficiência as tomadas de decisão clínica e melhorando o nível de esclarecimento do paciente acerca de sua condição de saúde e possibilidades de tratamento. Quando as expectativas sobre o tratamento são irreais, ou não compatíveis com a realidade, a satisfação final com o tratamento tende a não acontecer (JONES *et al.*, 2003).

Em relação à percepção da própria saúde bucal, as noções de saúde e doenças são concebidas por cada indivíduo de acordo com seus próprios critérios (UNFER; SALIBA,

2000). Assim, não é só a presença de sintomas ou limitações na função que afetam a qualidade de vida do indivíduo, mas sim a maneira como estes elementos são significantes para ele (LEÃO; SHEIHAM, 1995; LOCKER, 1997). A maneira como o indivíduo percebe a influência da ausência de dentes e o seu impacto na qualidade de vida pode influenciar a necessidade de tratamento e a escolha do tipo de prótese mais adequado. A disponibilidade de diferentes tipos de modalidades de tratamento protético muitas vezes dificulta as decisões de tratamento, visto que, além de objetivos técnicos, aspectos multidimensionais devem ser considerados como o restabelecimento da função e melhoria na qualidade de vida (LELES; FREIRE, 2004; RICH; GOLDSTEIN, 2002). Além disso, nos últimos anos a evolução e disponibilização dos implantes dentários modificaram os modelos tradicionais de planejamento protético, ampliando as possibilidades de tratamento e tornando mais complexas as tomadas de decisão. Deste modo, os tipos viáveis de tratamentos protéticos variam de acordo com variáveis clínicas como o tipo de desdentado, número e distribuição de espaços desdentados, saúde do paciente, variáveis sócio-econômicas e preferências individuais.

Vários estudos avaliaram o grau de satisfação de pacientes após tratamento protético: Celebic e Knezovic-Zlataric (2003) verificaram que de maneira geral, tanto usuários de próteses totais e de próteses parciais removíveis estavam satisfeitos com suas próteses, sendo que os usuários de próteses totais estavam mais satisfeitos quanto à fonação, mastigação e retenção da prótese maxilar e os usuários de próteses parciais removíveis quanto à retenção e conforto da prótese mandibular. Outros estudos mostram que o grau de satisfação de pacientes reabilitados com sobredentaduras (overdentures) mandibulares antagonistas de próteses totais convencionais é maior que de pacientes reabilitados apenas com próteses totais convencionais (ALLEN; MCMILLAN; WALSHAW, 2001; THOMASON *et al.*, 2003). Quanto ao tratamento com implantes, o nível de satisfação do paciente em relação à funcionalidade e estética é considerado alto (PJETURSSON *et al.*, 2005; TAN; LI; CHAN, 2005).

Entretanto, trabalhos sobre eleição por tratamentos e determinantes das escolhas dos pacientes são escassos na literatura odontológica, e referentes à preferência protética são quase inexistentes. A literatura médica traz alguns estudos sobre escolha ou preferências de tratamentos pelos pacientes. Contudo, grande parte destes trabalhos diz respeito a tratamentos de cânceres (ELIT *et. al.*, 1996; ZIEBLAND; EVANS; MCPHERSON, 2006) ou tratamentos invasivos, com risco de vida (MAZUR; HICKAM, 1997).

Walton e MacEntee (2005) realizaram um estudo sobre os motivos que determinaram o aceite ou a recusa por tratamentos com implantes osseointegrados em pacientes idosos, desdentados totais, quando se exclui o fator custo do tratamento. Cem pacientes responderam a um questionário sobre o uso prévio de próteses, satisfação com próteses totais convencionais, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e sobre preferências por tratamento com implantes osseointegrados. Concluíram que 36% dos idosos recusaram a oferta do tratamento com implantes osseointegrados e os principais motivos que levaram os pacientes a aceitarem o tratamento foram os desejos por melhor estabilidade das próteses, problemas na mastigação, fonação, dor com as próteses totais que usavam e insatisfação com a aparência.

Nenhum estudo conhecido avaliou os motivos que determinam a preferência e recusa de modalidades de tratamentos protéticos por parte de pacientes desdentados parciais. Existem inúmeras variáveis clínicas neste tipo de paciente que podem modificar sua visão de necessidade de tratamento, tais como posição e número de dentes perdidos e contato prévio com outros tipos de próteses. Além dos aspectos clínicos, dados sócio-econômicos, como renda e escolaridade e a maneira como a saúde bucal influencia a qualidade de vida do indivíduo, podem influenciar a percepção e escolhas do paciente.

Assim, considerando a escassez de informações na literatura e a necessidade de se conhecer as razões que levam os pacientes a optar por determinado tipo de tratamento

protético, o objetivo deste trabalho é avaliar os motivos determinantes na eleição ou recusa de tratamentos protéticos, em pacientes desdentados parciais, correlacionando com fatores clínicos, sócio-demográficos e de influência da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo.

## 2- REVISÃO DE LITERATURA

Reisine e Bailit (1980) analisaram a importância relativa da saúde bucal definida por profissionais e fatores demográficos na determinação da percepção dos pacientes em relação à saúde oral. Considerando a influência dos indicadores de saúde e das características sócio-demográficas na percepção da saúde, este trabalho teve como objetivos: analisar a relação entre status clínico e percepção da saúde bucal, determinar a importância de fatores sócio-demográficos na percepção da saúde bucal e explicar os efeitos destes fatores na relação dos fatores clínicos/subjetivos. O estado de saúde foi medido através das duas doenças bucais mais prevalentes, a cárie e doença periodontal, utilizando-se os índices CPOD, OHI (Oral Hygiene Index) e PPM (Periodontal Pocket Measurements). A amostra foi de 1350 pacientes, os quais necessitavam de tratamento odontológico. Na avaliação da saúde bucal, a maioria dos pacientes (65,7%) avaliou a sua condição bucal como “boa”, e apenas 7,7% avaliou como sendo “insatisfatória”. O número de dentes perdidos mostrou forte correlação com a auto-avaliação, apresentando-se como fator clínico mais importante na avaliação do status de saúde bucal. Quanto à variável sexo, as mulheres mostraram uma tendência a avaliarem sua saúde bucal de forma mais negativa do que os homens e a aceitarem a perda dos dentes como um processo natural e inevitável. Os autores concluíram que os fatores sócio-demográficos analisados (como idade, sexo e classe social) não possuem grande influência quanto se esperava na percepção do status de saúde bucal.

Leão e Sheiham realizaram em 1995 um estudo relacionado à condição bucal clínica com problemas psicológicos e sociais que podem afetar a qualidade de vida das pessoas. Os autores desenvolveram um indicador sócio-dental chamado “Dental Impact of Daily Living” (DILD), que avaliava 5 quesitos da saúde bucal: aparência, dor, conforto, condição bucal e restrição alimentar. O instrumento da pesquisa foi testado quanto a sua validade e

fidedignidade. A pesquisa foi realizada no Brasil, com 662 pessoas de 35 a 44 anos de idade, de duas classes sociais e com diferentes níveis de condição bucal. Os resultados mostraram que houve uma associação fraca, porém significativa entre a condição bucal e as variáveis sociais e psicológicas. Quanto piores eram as condições bucais, maiores eram os problemas subjetivos. Os autores concluíram que a condição bucal e as variáveis sociais e psicológicas deveriam ser consideradas simultaneamente, quando da avaliação das necessidades dentárias dos indivíduos.

Em 1996, Adekoya-Sofowora, Lee e Humphirs, avaliaram a necessidade de informações sobre tratamentos dentários em adolescentes de 14 a 16 anos da cidade de Liverpool, na Inglaterra. Inicialmente, entrevistaram 10 adolescentes, sendo que, a partir das respostas obtidas nesta etapa, criaram um questionário para investigação de informações sobre tratamentos dentários. Cento e cinquenta e oito alunos de escolas da cidade de Liverpool, todos da mesma faixa etária, foram convidados a responder ao questionário. Os resultados demonstraram que os adolescentes estão interessados em receber mais informações sobre saúde bucal, especialmente sobre como preservar seus dentes por toda a vida, tipos de pasta de dente e o que fazer em caso de acidentes envolvendo os dentes. Mais da metade dos adolescentes se sentia responsável o bastante para tomar decisões sobre tratamentos dentários.

Elit *et al.* (1996) fizeram um estudo com o objetivo de determinar a preferência de tratamento em pacientes com tumor de ovário em estado avançado. Desenvolveram um instrumento, o qual continha informações padronizadas sobre as possibilidades de tratamento para pacientes que já haviam passado por cirurgia para retirada do tumor, mas que ainda necessitavam de tratamento quimioterápico. Eram fornecidas informações sobre duas possibilidades de tratamento, no que diz respeito aos efeitos colaterais associados e às taxas de sucesso dos tratamentos. As opções nestes casos seriam duas, uma com maior taxa de sobrevida, mas com efeitos colaterais mais exacerbados e outro com menores efeitos

deletérios, mas com taxa de cura e sobrevida menores. Para se testar a compreensão por parte das mulheres e a validade do instrumento, foi realizado um estudo piloto com 37 voluntárias que não apresentavam câncer e a 11 mulheres que já haviam passado pelo processo da quimioterapia. Após esta etapa, o instrumento foi aplicado a 12 pacientes do Victoria Hospital, London Ontário. As pacientes foram informadas que as escolhas feitas por elas no estudo não influenciariam no seu tratamento no hospital. Os autores concluíram que todos os pacientes gostariam de receber as informações sobre as modalidades de tratamento, que o instrumento criado teve elevada taxa de consistência interna e que os pacientes optariam mais pelo tratamento que indicava maior possibilidade de cura e/ou sobrevida, em comparação com o que proporcionava menos efeitos colaterais, mas com menores taxa de cura e/ou sobrevida.

Hakestam *et al.*(1996) investigaram os fatores que poderiam causar algum efeito na expectativa dos pacientes em relação ao tratamento com prótese dentária. Avaliaram a idade do paciente, sexo, estado civil, escolaridade e estar ou não empregado. A amostra foi composta por 489 indivíduos que necessitavam de reabilitação protética extensa. Desenvolveu-se um questionário com 69 questões em conjunto com especialistas em prótese, professores em educação da universidade de Lund e professores do Departamento de Prótese de Malmo, relativas à ocupação do paciente, da família, de observações subjetivas de sintomas orais e faciais, bem como sobre depressão, ansiedade e entendimento do tratamento proposto. Também foi avaliada a participação na decisão do tratamento, aspectos financeiros e questões psicológicas futuras sobre o tratamento, como aparência, melhor envolvimento social. O resultado não mostrou relação entre as modalidades de tratamentos protéticos e o estado civil e sexo do paciente, entretanto, houve grande relação quanto ao nível de escolaridade. A função e o sentimento de melhora da saúde, seguidas de aparência e da expectativa de menores necessidades para tratamentos futuros foram as principais variáveis observadas em relação à expectativa do tratamento. Pacientes indicados para implante

apresentaram menor expectativa em relação à estética do que os outros grupos de tratamento. Os autores concluíram que aspectos econômicos, sociais e culturais podem influenciar nas atitudes do pacientes frente a tratamentos com prótese dentária. Ressaltaram a importância de os profissionais elucidarem o tratamento proposto para seus pacientes.

Locker (1997) realizou um estudo para verificar como a auto-percepção da condição bucal muda com os anos. Para isso foram usados os dados de um estudo longitudinal realizado em 1990 e em 1993, no Canadá, com pessoas de 50 anos ou mais. No primeiro estudo, em 1990, foram examinadas e entrevistadas 493 pessoas, e no segundo estudo, 206 pessoas. As mudanças foram avaliadas através de alterações no escore de quatro indicadores subjetivos da condição bucal, que foram: capacidade de mastigação, sintomas dolorosos na face ou na boca, outros sintomas bucais e problemas psicológicos provocados pelas doenças bucais. Os resultados mostraram que 23% das pessoas avaliaram que sua condição bucal piorou neste período, 66,5% acharam que não houve alteração e 10,5% que houve melhora. O único indicador clínico associado com as mudanças na percepção foi a perda de um ou mais dentes, sendo que a perda dos dentes foi alta tanto em pessoas que acharam que sua condição de saúde piorou, como entre os que acharam que melhorou. De acordo com os autores, este fato sugere que o impacto da perda dos dentes na saúde bucal pode ser positivo ou negativo, dependendo da condição em que se encontrava este dente quando da sua extração.

Mazur e Hickam realizaram, em 1997, um estudo com o objetivo de avaliar o peso da opinião médica e do próprio paciente na decisão de se realizar procedimentos invasivos, e de investigar se os pacientes gostariam de receber as informações médicas de forma qualitativa ou quantitativa. Para tal, entrevistaram um total de 467 pacientes de um hospital, em uma amostra de conveniência. Os pacientes foram convidados a responder um questionário, contendo quatro páginas, sendo que na primeira página era dada a definição de procedimentos invasivos. Nas páginas subsequentes, além de dados sócio-demográficas (como idade, sexo,

nível educacional) e informações sobre a condição de saúde atual, quatro questões foram feitas: se o paciente havia compreendido a definição de procedimento invasivos; se o paciente gostaria de receber informações do médico sobre os riscos associados aos procedimentos invasivos quando indicados; se o paciente gostaria de receber as informações sobre os riscos inerentes aos procedimentos em forma de palavras (qualitativamente) ou em forma de números (quantitativamente); uma vez elucidado sobre os riscos de um procedimento invasivo para diagnóstico ou tratamento, quem o paciente gostaria que tomasse a decisão de fazer ou recusar o tratamento. Para esta última pergunta, quatro opções de respostas eram dadas: fazer a decisão sozinho; deixar que o profissional tome a decisão; dividir decisão com o médico igualmente; dividir a decisão com o médico em proporções não equivalentes. A idade média dos pacientes entrevistados foi de 65,2 anos, variando de 33 a 88 anos de idade. Todos os pacientes disseram ter entendido a definição de um procedimento invasivo. Do total de pacientes, 318 (68%) preferiram tomar a decisão conjuntamente com o médico, 100 (21,4%) preferiram deixar a decisão exclusivamente nas mãos do profissional e 49 (10,5%) preferiram fazer a decisão sozinhos. Dentre todos os pacientes, 436 (93,4%) gostariam de ser comunicados dos riscos inerentes a um procedimento invasivo, dos quais 42,7% prefeririam receber estas informações de forma qualitativa, 35,7% de forma quantitativa, 9,8% em ambas as maneiras e 8,4% não se importavam com a maneira de a informação ser dada. Pacientes jovens, com a história de internação por pelo menos um acidente, e pacientes que preferiram receber as informações de modo quantitativo tenderam a preferir tomar a decisão por eles próprios ou dividirem esta decisão com o médico. Já pacientes idosos, do sexo masculino, apenas preferiram dividir a decisão com o profissional.

Arrigui (1998) avaliou a atitude de pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Central da Venezuela em relação aos principais fatores que interferem nas necessidades protéticas do paciente e o grau de satisfação dos pacientes com o tratamento

realizado. Foram entrevistados 60 pacientes, sendo os dados obtidos em duas etapas, na consulta inicial (em que foram registrados dados socioeconômicos do paciente, motivo da consulta, experiência de tratamento protético anterior e motivação para a colocação de próteses) e logo após a instalação das próteses (para investigar a satisfação do paciente com o tratamento). Foi concluído que os principais motivos pelos quais os pacientes sentem necessidade de colocação de prótese foram a recuperação da saúde bucal, eliminação de dor nas mucosas, melhora de problemas digestivos e estéticos. Os motivos pelos quais alguns pacientes não manifestaram o desejo de colocação de prótese foram a ansiedade, medo do tratamento, falta de informação e relato inadequado de outras pessoas. Verificou-se que uma maior satisfação do paciente com o tratamento é obtida na medida em que suas expectativas iniciais são atendidas.

Unfer e Saliba (2000), com o objetivo de se avaliar o conhecimento popular e as práticas cotidianas em saúde bucal de usuários de serviços públicos de saúde da zona urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os autores utilizaram entrevistas semi-estruturadas e organizadas em conjuntos de categorias descritivas a fim de realizarem uma análise dos dados obtidos de forma quantitativa. No resultado da pesquisa observaram o predomínio de usuários com idade entre 21 e 40 anos, mulheres e com padrão sócio-econômico baixo. No que tange a percepção da própria saúde bucal, 45,7% da amostra estudada considerou sua saúde regular, enquanto 30% a considerou boa. Os autores apontaram que a busca pela saúde e o controle das doenças bucais são atribuídos à responsabilidade individual de realizar a higiene bucal e procurar tratamento dentário.

Allen, McMillan e Walshaw (2001) desenvolveram um estudo prospectivo para se avaliar o impacto do uso de próteses suportadas por implantes na qualidade de vida do indivíduo e o impacto das expectativas pré-operatórias na satisfação com o tratamento. Os autores tinham como hipóteses que os pacientes que se queixavam de dificuldade de

adaptação com as próteses convencionais relatariam grandes melhoras na qualidade de vida e satisfação com próteses quando passassem a utilizar as próteses sobre implantes e que pacientes adaptados às próteses convencionais iriam reportar melhorias com novas próteses convencionais, proporcionalmente compatíveis às relatadas pelos pacientes que receberiam os implantes. Oitenta e cinco pacientes foram divididos de maneira não aleatória em três grupos: grupo IG (implant group), composto por 20 indivíduos que gostariam e receberam próteses sobre implantes; grupo CDG1 (Conventional Denture Group 1), constituído por 20 pessoas que gostariam, mas não receberam as próteses sobre implantes por problemas financeiros ou porque os autores avaliaram ser possível proporcionar um tratamento satisfatório com próteses convencionais; e grupo CDG2 (Conventional Denture Group 2), com 35 pacientes que desejavam apenas a troca de suas próteses por novas dentaduras. Todos os pacientes completaram o Oral Health Impact Profile (OHIP) e um questionário sobre satisfação com suas próteses. Após três meses do término do tratamento, os indivíduos responderam novamente aos mesmos questionários. Nos resultados, verificou-se, antes do tratamento, que os indivíduos do IG e CDG1 estavam mais insatisfeitos com suas próteses convencionais do que os indivíduos do CDG2 e não havia diferenças entre os IG e CDG1 neste aspecto. Os indivíduos do IG e CDG1 tinham maiores escores no OHIP do que os integrantes do CDG2. Após o tratamento, indivíduos de todos os três grupos reportaram melhorias na qualidade de vida e na satisfação com a prótese. As mudanças do grau de satisfação entre antes e após o tratamento nos grupos IG e CDG2 foram significantes, o que não foi percebido no CDG1.

Fromentim e Boy-Lefevre (2001) compararam o nível de expectativa e atitudes dos pacientes antes e após o tratamento com diferentes modalidades de prótese dentária e avaliaram a correlação entre fatores sócio-econômicos e demográficos da população estudada e suas expectativas ou satisfação com a reabilitação protética. Durante dois meses consecutivos, um total de 167 pacientes de oito clínicas de prótese dentária foi requerido para

responder a um questionário sobre tratamento protético, que poderia ser prótese fixa, prótese removível ou prótese total. Neste trabalho a expectativa dos pacientes foi avaliada através de uma escala de Likert, de seis pontos, avaliando critérios como estética, conforto, mastigação e fonação. Após o fim do tratamento, um segundo questionário foi remetido via correspondência para que fosse avaliada a satisfação pelo tratamento. Noventa e seis (64%) pacientes devolveram o questionário. Os resultados mostraram um alto nível de satisfação após o tratamento, mas uma significativa queda quando comparado à expectativa e atitudes antes do tratamento. O nível de renda apresentou influência na expectativa do tratamento. Vinte e um por cento dos pacientes mostraram-se insatisfeitos com o tratamento realizado. Os autores concluíram que na população estudada, os dados pré-tratamento possuem limitado valor preditivo para as diferentes modalidades de tratamento com prótese dentária.

Bowley (2002) realizou uma revisão de literatura com o objetivo de avaliar a efetividade da mínima intervenção protética em pacientes com vários níveis de perda dentária ou apresentando dentes com grande destruição coronária. Concluiu que os fatores culturais e a diversidade étnica podem influenciar a necessidade percebida de tratamento; a relação risco/benefício deve ser considerada na tomada de decisão pelo tratamento protético/não intervenção; a necessidade de tratamento da população depende da necessidade percebida e da satisfação com o tratamento realizado; a mínima intervenção protética e o conceito de arco dentário reduzido trazem como riscos a redução da eficiência mastigatória, movimentação dentária, fratura dentária, perda da dimensão vertical de oclusão e sobrecarga no tecido periodontal; conhecer a necessidade do paciente é uma questão social; os recursos humanos e a análise dos resultados das intervenções que efetivamente conseguiram suprir as necessidades de saúde devem ser considerados no planejamento do tratamento protético.

Em 2002, Rich e Goldstein realizaram uma revisão de literatura a fim de se verificar as informações científicas disponíveis sobre planejamento protético. Os autores afirmam que as

várias possibilidades de tratamentos para cada caso, inclusive o não tratamento como opção terapêutica, complicam a escolha do melhor plano de tratamento para cada paciente. A revisão de literatura foi feita no Medline, buscando-se artigos de 1975 até 2001 que avaliassem itens como a importância do diagnóstico, as variações de modalidades de tratamento para o mesmo problema, a possibilidade do não tratamento e a participação do paciente na escolha final do tratamento a ser realizado. De maneira geral, concluíram que a escolha do plano de tratamento é um processo complexo, envolvendo o somatório de todos estes fatores, sendo que a opção final a ser realizada deve ser específica para cada paciente, ou seja, de acordo com suas expectativas, necessidades, desejos, restabelecendo além da função, qualidade de vida.

Trovic, Klock e Haugejorden (2002) realizaram um trabalho com o objetivo de estudar a necessidade percebida de pacientes adultos de reposição dentária no momento da exodontia e os preditores dessa auto-percepção para o tratamento. A primeira parte do questionário deveria ser respondida pelo dentista que coletava informações relativas à posição e ao número de dentes extraídos por paciente, o número de dentes remanescentes e aspectos sócio-demográficos, enquanto que a segunda parte do questionário foi direcionada aos pacientes e investigava preditores da necessidade de reposição dentária. A amostra foi de 438 pacientes, na faixa etária de 16-92 anos, que haviam perdido no total 599 dentes permanentes. Quase metade dos pacientes (47%) expressou necessidade de tratamento protético e 37% acreditavam que o tratamento era desnecessário. O desejo pela reposição protética esteve relacionado significativamente com a idade, sendo que no grupo de pacientes de 16 a 39 anos, apenas 15% deles expressou a necessidade de tratamento, o que aumentou para 40% nos grupos com idade superior a 40 anos. Os autores concluíram que o tipo de dente, número de dentes extraídos e o fato de o paciente não acreditar na manutenção de dentes por toda a vida aumentaram a probabilidade desses pacientes expressarem o desejo de reposição dos dentes perdidos.

Sondell, Soderfelt e Palmqvist (2002) investigaram, por meio de uma análise multivariada, a influência das várias dimensões da comunicação dentista-paciente nas diferentes concepções de satisfação do paciente com o tratamento protético. Foi realizado o acompanhamento do tratamento protético em três clínicas especializadas em prótese dentária. Participaram do estudo pacientes acima de 18 anos, cujo plano de tratamento envolvia prótese fixa ou coroas unitárias ou implantes envolvendo pelo menos um dente anterior. Sessenta e um pares dentista-paciente foram incluídos na análise dos dados. Foram aplicados quatro questionários aos pacientes durante o tratamento e um questionário foi enviado três meses após o tratamento ter sido completado. Os aspectos avaliados foram as expectativas e anseios do paciente, satisfação do paciente com os resultados do tratamento, auto-percepção de saúde bucal, bem estar na vida diária, sua opinião sobre a duração do tratamento, informações a respeito do tratamento, inclusive relacionadas ao custo. Mensuraram-se as dimensões da comunicação dentista-paciente. Os resultados mostraram que a troca de informações do dentista com o paciente influenciou positivamente os resultados intermediários (3 meses após o término do tratamento). Entretanto, o conceito de satisfação dos pacientes a curto prazo não foi influenciado pela comunicação verbal. Os achados sugeriram que pacientes submetidos à extensa reabilitação são mais prováveis de expressarem satisfação com o tratamento que aqueles submetidos à reabilitação menos extensa. A idade e o sexo dos pacientes não influenciaram sua percepção acerca dos resultados do tratamento. Os autores concluíram que pacientes atendidos por dentistas mulheres mostraram-se mais satisfeitos comparados àqueles atendidos por dentistas homens, após três meses do tratamento. É importante que os pacientes submetidos à reabilitação protética tenham a oportunidade de discutir sobre sua saúde.

Celebic e Knezovic-Zlatic (2003) compararam o grau de satisfação de pacientes usuários de próteses totais (PT) e próteses parciais removíveis (PPR). Foram entrevistados 156 usuários de PTs e 112 pacientes classe I de Kennedy usuários de PPRs, cujas próteses

tinham entre 1 a 4 anos de uso e haviam sido feitas por dentistas qualificados na área ou por especialistas. Os pacientes foram inicialmente examinados por três especialistas em prótese dentária, que seguindo uma lista de itens para avaliação, averiguaram a qualidade técnica das próteses. De um total de 387 pacientes, apenas 268 (156 usuários de PTs e 112 de PPRs) tiveram suas próteses classificadas como boas ou excelentes e fizeram parte do estudo. Estes pacientes responderam a um questionários quanto à satisfação com suas próteses, mensurados em uma escala de Likert, variando de 1 (insatisfeito) a 5 (excelente). Eles também deram sua opinião quanto à itens específicos, como retenção, estética, fonação e mastigação. Os dados foram analisados através do SPSS 10.0, utilizando-se o teste de Mann-Whitney U test. A maioria dos pacientes se mostrou satisfeita com suas próteses, sendo que os usuários de próteses totais revelaram maior satisfação quanto à fonação, mastigação e retenção das próteses superiores, enquanto que os usuários de PPRs mostraram-se mais satisfeitos nos quesitos conforto e retenção das próteses mandibulares.

Jones *et al.*, em 2003, examinaram os efeitos das perdas dos dentes e a perspectiva do uso de prótese total na vida diária dos pacientes desdentados através de um estudo transversal em uma comunidade de idosos nos Estados Unidos. Os dados foram obtidos por meio de um breve exame clínico e de medidas reportadas pelos pacientes através de um questionário composto de quatro medidas de saúde: Oral Health Impact Profile (OHIP), Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), Oral Health-related Quality of Life (OHQOL) e uma forma resumida de um instrumento recentemente desenvolvido, denominado DELTA, para detectar diferenças entre grupos dentados e desdentados. Foram também utilizadas informações sócio-demográficas como idade, educação e estado civil. Os participantes do estudo foram divididos em grupos de acordo com o número de dentes e o estado da prótese total. O grupo de usuários de prótese total relatou mais dor e estresse do que o grupo que não usa prótese. A proporção de homens que evitam certos alimentos depende do número de

dentes, sendo que 49% dos pacientes com 0-10 dentes evitam alimentos comparados com 30% que apresentam 11-24 dentes e 15% dos que têm mais de 25 dentes. Oitenta por cento dos homens com mais de 25 dentes relataram que sua saúde bucal é excelente, muito boa ou boa, comparado com 70% dos homens que não tinham mais seus dentes e não usavam prótese e 54% dos que tinham 1-24 dentes. Os autores concluíram que um dos fatores que distingue os grupos de pacientes é o fato de se evitar ou não determinados tipos de alimentos e em menor grau, a dificuldade de se lidar com a dor e o estresse.

Schouten, Hoogstraten e Eijkman (2003) examinaram a influência de itens como a participação e preferência por informações, condições sócio-demográficas dos pacientes e as informações prestadas pelo cirurgião-dentista nas escolhas do tratamento. Avaliaram um total de 83 pacientes de 13 diferentes clínicas que prestavam tratamentos de urgência. As consultas foram filmadas para se avaliar o comportamento tanto do paciente quanto do profissional. Após o atendimento o paciente preenchia um questionário na sala de espera e após lhe era solicitado que respondesse a um segundo questionário em casa. O primeiro questionário contemplava itens como a idade, sexo, grau de instrução, o motivo da ida ao dentista, percepção da invasibilidade do tratamento, sua percepção da própria saúde bucal, história de visitas ao dentista nos últimos 12 meses e se podiam pagar pelo tratamento que lhes fora proposto. O segundo questionário continha itens sobre “patients coping style”, que seria a maneira como o paciente se porta perante um problema de saúde (buscando informações sobre tratamentos ou recusando informações, como se não existisse problema algum) e sua necessidade ou vontade de receber informações e participar da decisão do tratamento a ser realizado. Os autores concluíram que as informações prestadas pelos profissionais são poucas perante as desejadas pelos pacientes e que este comportamento deveria ser melhorado, a fim de se possibilitar que os pacientes tomem melhor suas decisões de tratamentos.

Thomason *et al.*. (2003) avaliaram a satisfação de pacientes reabilitados com overdentures mandibulares, opostas as próteses totais convencionais, seis meses após a instalação das mesmas. Para tal, dividiram aleatoriamente sessenta indivíduos em dois grupos, sendo que um dos grupos receberia próteses totais convencionais superiores e inferiores e o outro receberia uma prótese total convencional superior e uma overdentures inferior, retida por dois attachments do tipo bola. Antes do início do tratamento, dois e seis meses após a instalação das próteses, os pacientes foram convidados a responder a um questionário, mensurado em uma escala visual analógica (100 mm – de “totalmente insatisfeito” a “totalmente satisfeito”), com itens sobre a satisfação geral de suas próteses, conforto, estabilidade, capacidade de mastigação, higienização e fala. Ambos os grupos relataram grande satisfação com suas próteses ao sexto mês de uso. O nível de satisfação geral, bem como o conforto, estabilidade e capacidade de mastigação foram significativamente maiores no grupo reabilitado com a overdenture. Concluíram que pacientes idosos, que receberam overdentures inferiores, opostas à próteses totais convencionais superiores tiveram uma taxa de satisfação 36% maior quando comparados a pacientes reabilitados com próteses totais convencionais.

Leles e Freire (2004) realizaram uma revisão de literatura para discutir os fatores de ordem individual e social que influenciam a determinação da necessidade de tratamento protético, enfatizando a abordagem sócio-odontológica e a tomada de decisões na prática clínica baseada em evidência científica. Os autores concluíram, considerando as limitações existentes na área do conhecimento e a necessidade de pesquisas futuras, que: a abordagem normativa de necessidade de tratamento é normalmente falha na avaliação da necessidade de tratamento protético, pois não considera aspectos individuais; a incorporação da abordagem sócio-odontológica no processo de tomada de decisão é essencial no planejamento adequado do tratamento protético; existe pouca informação sobre a conduta mais apropriada, segura,

eficaz e efetiva relacionada ao tratamento protético; a adoção comum de práticas clínicas baseada em evidências constitui uma necessidade imediata no tratamento reabilitador protético.

Leles *et al.* (2004) avaliaram a percepção de indivíduos parcialmente desdentados relacionados a espaços desdentados não tratados (EDNT) e relacionaram essa percepção com variáveis clínicas. Foi selecionada uma amostra de conveniência de 119 indivíduos com EDNT, os quais foram submetidos a exame clínico simplificado e questionário que incluíam variáveis clínicas (extensão, localização e número de EDNT), variáveis relacionadas ao impacto da condição bucal na qualidade de vida (limitação funcional, desconforto psicológico e comprometimento social) e avaliação subjetiva da necessidade de prótese. Os autores encontraram associação significativa entre EDNT longos e dificuldade na mastigação ( $p=0,005$ ) e necessidade subjetiva de tratamento ( $p=0,031$ ). Houve associação entre EDNT múltiplos e restrição de alimentos ( $p=0,010$ ), aparência prejudicada ( $p=0,007$ ), constrangimento ( $p=0,019$ ) e necessidade de tratamento ( $p=0,003$ ). Houve associação significativa entre localização anterior do EDNT e aparência prejudicada ( $p=0,020$ ) e prejuízos sociais e financeiros ( $p=0,013$ ). Concluíram que a maioria dos indivíduos com EDNT percebe sua condição como limitante da função mastigatória, da estética e conforto psicológico e social. Entretanto, esses problemas são influenciados pela extensão e localização do espaço desdentado.

Sondell, Palmqvist e Soderfelt (2004) realizaram um trabalho com o objetivo de investigar a relação do paciente com o profissional através da comunicação verbal e avaliar a satisfação do paciente com o tratamento provido. Os autores partiram do princípio que a comunicação verbal é um preditor importante na satisfação dos pacientes que realizam tratamento com prótese dentária. Foram selecionados 61 pacientes e 15 dentistas de uma clínica de reabilitação protética entre 1998 e 1999. Sete dimensões de comunicação verbal

foram usadas para medir a comunicação com pacientes. Também realizaram duas diferentes avaliações de satisfação com o tratamento realizado. Os resultados mostraram que as comunicações usadas pelos profissionais influenciaram a satisfação numa perspectiva de um período curto, no entanto, isto não ocorreu em uma perspectiva intermediária. Isso aponta para o fato de os dentistas terem uma interação mais passiva com seus pacientes. Os autores relataram ainda que a atividade de conversação depende mais dos pacientes do que dos profissionais. Concluiu-se que a comunicação do dentista com o paciente não tem impacto na avaliação do paciente sobre o tratamento protético durante uma perspectiva de tempo intermediária entre o início e o final do tratamento protético.

Em 2005, Oliveira e Nadanovsky validaram a versão brasileira da forma abreviada do Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Realizaram um estudo transversal no qual avaliaram o impacto da dor de dente sobre qualidade de vida durante a gravidez. A amostra foi composta por 504 mulheres que haviam acabado de dar a luz, com idade média de 24 anos ( $\pm 6,2$ ), das quais a maioria pertencia a famílias de baixa renda e apresentava problemas dentários. O questionário foi aplicado na forma de entrevistas por dois entrevistadores calibrados, que também realizaram exames clínicos nos pacientes. Também testou-se a hipótese de que a pontuação de OHIP-14 e do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) seriam correspondentes. A consistência interna, medida pelo coeficiente de correlação intra-classe (0,87) e pelo alfa de Cronbach (0,91), mostrou-se adequada. O coeficiente de correlação entre OIDP e OHIP-14 foi 0,76. Os autores concluíram que a versão brasileira da OHIP-14 tem boas propriedades psicométricas, que são semelhantes às do instrumento original.

Para se avaliar a satisfação de pacientes com o tratamento com implantes osseointegrados, Pjetursson *et al.* (2005) fizeram um estudo de coorte prospectivo, no qual avaliaram um total de 104 pacientes, que haviam sido reabilitados ou com próteses unitárias ou próteses fixas sobre implantes. Estes indivíduos foram convidados a responder um

questionário que avaliava aspectos do tratamento com implantes como função, conforto na mastigação, fala, estética, higienização, satisfação geral e custo. Os itens eram respondidos ou através de uma escala visual analógica de 100mm ou através de uma escala de cinco pontos variando de “muito satisfeito” a “totalmente insatisfeito”. A taxa de sucesso dos implantes após 10 anos foi de 93%. Os autores concluíram que mais de 90% dos pacientes estavam completamente satisfeitos com os seus tratamentos com implantes, tanto do ponto de vista de função, quanto da estética. O custo associado ao tratamento com implantes foi considerado justo pelos pacientes.

Tan, Li e Chan (2005) com o objetivo de se verificar a satisfação de usuários de próteses parciais fixas (PPF) após um período de 5 a 8 anos de preservação e o conhecimento destes pacientes quanto à saúde bucal e higienização, fizeram um estudo utilizando-se da aplicação de questionários. Os pacientes responderam a quatro questionários, sendo o 1º questionário para a investigação da percepção do pacientes quanto à estética, mastigação, fonação e confortos das PPFs, pontuados em uma escala ordinal de 4 pontos; o 2º questionário referente aos hábitos de higiene do paciente; o 3º questionário para investigar o conhecimento do paciente sobre sangramento gengival; e o 4º questionário para avaliar se as expectativas do paciente com o tratamento protético haviam sido alcançadas, se ele passaria pelo mesmo tratamento novamente e se recomendaria o tratamento. Participaram do estudo um total de 85 pacientes, usuários de 99 PPFs. A sobrevida das próteses ao 5º ano de uso foi de 92,3%, a satisfação dos pacientes com o tratamento protético mostrou-se muito alta, sendo que 95% estavam satisfeitos quanto à aparência da prótese, 96% satisfeitos com o conforto na mastigação e 100% com a fonação, 91% julgaram os custos das próteses razoáveis, 95% disseram que o tratamento atingiu suas expectativas iniciais e 92% apontaram que passariam pelo mesmo tratamento novamente. Oitenta e seis por cento disseram conseguir limpar suas próteses sem problemas. Entretanto, 35% reportaram sangramento gengival durante a

higienização e 74% definiram este problema de sangramento ao redor das próteses como sendo um problema pequeno ou um não problema. De maneira geral, 90% dos pacientes estavam satisfeitos com a reposição de dentes perdidos com PPFs.

Walton e MacEntee (2005) realizaram um estudo sobre os motivos que determinaram o aceite ou a recusa por tratamentos com implantes osseointegrados em pacientes idosos, desdentados totais, quando excluído o fator custo do tratamento. Cem pacientes responderam a um questionário sobre o uso prévio de próteses, satisfação com próteses totais convencionais, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e sobre preferências por tratamento com implantes osseointegrados. Investigou-se, como única variável dependente, se o paciente aceitaria ou não a reabilitação com implantes, sem considerar o fator custo. Além disto, o questionário continha uma série de fatores que poderiam ter definido esta opinião, os quais deveriam ser mensurados de 1 a 10, sendo que o 1 seria pouca importância e 10 total importância na escolha de aceitação ou não da oferta. A satisfação com próteses foi verificada através de questões que avaliaram itens como dor, conforto, aparência, função, estabilidade, fonação, higienização e satisfação geral. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo foi avaliada pelo OHIP (49 itens). A análise estatística foi feita pelo teste do qui-quadrado e de regressão logística. Concluíram que 36% dos idosos recusaram a oferta do tratamento com implantes osseointegrados, sendo que os principais motivos que levaram os pacientes a aceitarem o tratamento foram os desejos por melhor estabilidade das próteses, problemas na mastigação, fonação, dor com as próteses totais que usavam e insatisfação com a aparência.

Em 2006, Ziebland, Evans e McPherson realizaram um estudo quantitativo, questionando a maneira como o tratamento de pacientes com câncer é conduzido, mais especificamente em mulheres que tiveram câncer de ovário. Para tal, entrevistaram 43 mulheres que já haviam passado pela experiência de câncer no ovário, utilizando um

questionário semi-estruturado no qual foi investigado se haviam sido oferecidas e explicadas às pacientes todas as modalidades de tratamento dentre as quais que ela poderia optar e como esta decisão foi tomada. De maneira geral, encontraram mulheres que deixaram a opinião exclusivamente para os médicos, outras que tentaram se interar do assunto e pediram uma terceira opinião e mulheres que tomaram a decisão do tratamento. Os autores questionam o fato de pacientes que se encontram em situações de saúde debilitadas, terem de tomar decisões de tratamento. Entretanto, afirmam que quando os pacientes são convidados a optarem por tipos de tratamentos, os profissionais da área da saúde devem dar informações acerca das variáveis inerentes a cada tratamento. Para os autores, as opções devem ser expostas de maneira clara, as diferenças de opiniões existentes na literatura devem ser explicitadas e a opinião do médico deve ser dada. O paciente deve ser encorajado a tomar a sua decisão e ter a garantia que se a decisão for diferente da opinião médica, o relacionamento com a equipe médica não será afetada.

Considerando que 30 a 50% dos usuários de PPR não usam ou usam ocasionalmente suas próteses devido a atitudes e expectativas do paciente relacionadas a esta modalidade de tratamento protético, Graham *et al.*. (2006) realizaram um estudo qualitativo visando identificar os fatores que influenciam a indicação por parte dos dentistas e o uso dos pacientes de próteses parcial removível (PPR). Os participantes deste estudo foram divididos em duas amostras. Uma com 16 dentistas homens e mulheres categorizados de acordo com a provisão de PPR e características de experiência com a clínica. O outro grupo constou de 17 pacientes homens e mulheres parcialmente desdentados que foram categorizados em termos do uso de PPR e com suas características demográficas. Para os dentistas, a PPR foi indicada pela demanda de pacientes e para melhorar a função mastigatória, já para os pacientes estava mais associada à aparência. No estudo, alguns pacientes entrevistados estavam muito satisfeitos com o tratamento e profissionais relataram ser um tratamento de menor complexidade. No

entanto, houve pacientes que não se adaptaram com o tratamento, sendo que, quando questionados quanto a este fato, os profissionais tiveram dificuldades em comentar as possíveis causas destas diferentes avaliações. Para muitos pacientes, os benefícios que trazem a PPR não são suficientes para tolerarem o tratamento. Assim, este estudo demonstrou que muitos fatores influenciam a discrepância entre avaliação do profissional para o uso de PPR e a necessidade expressada pelos pacientes.

Leles *et al.* (2007) realizaram um estudo no qual desenvolveram um instrumento para se medir e explorar a percepção de possíveis resultados de tratamentos protéticos, tanto em pacientes desdentados parciais e totalmente desdentados, incluindo itens como benefícios, riscos e as conseqüências da não reabilitação dos dentes perdidos. Avaliou-se também a influência de variáveis clínicas e sócio-demográficas sobre a percepção dos resultados em potencial. Foi utilizado um questionário de 41 itens avaliados em uma escala de Likert de 5 pontos. Os itens que compunham este questionário foram obtidos através de entrevistas, com oito questões abertas envolvendo aspectos inerentes ao tratamento com prótese dentária. A percepção dos entrevistados foi influenciada pela idade, sexo, espaços desdentados e utilização de prótese. Indivíduos idosos, mulheres, os com maior número de dentes ausentes e que já haviam passado por outros tratamentos protéticos, tiveram maior percepção dos benefícios e riscos de um tratamento protético. Concluiu-se que o instrumento é adequado para se medir a percepção de item relacionados aos resultados de tratamentos protéticos.

Para se validar a versão brasileira do “Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects” (OHIP-EDENT), Souza *et al.* (2007) fizeram um trabalho no qual avaliaram um total de 65 usuários de próteses totais, que faziam uso das próteses há pelo menos um mês. O OHIP-EDENT foi traduzido para a língua portuguesa e aplicado em duas ocasiões com um intervalo de “washout” de 3 meses. Resultados da consistência interna mostraram um alfa de Cronbach de 0,86 ou 0,90 para a primeira e segunda aplicação

respectivamente. Os autores concluíram que a versão brasileira do OHIP-EDENT é suficiente para avaliar a saúde bucal relacionados com qualidade de vida dos indivíduos desdentados totais.

### 3 - OBJETIVOS

#### 3.1 - OBJETIVO GERAL

- Avaliar os motivos relacionados à eleição ou recusa dos tipos de tratamentos protéticos em desdentados parciais.

#### 3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar, para pacientes parcialmente desdentados, a eleição do tratamento com implantes osseointegrados, próteses removíveis ou por próteses fixas;
- Verificar a influência de variáveis clínicas, sócio-demográficos e de satisfação com a saúde bucal com a eleição do tipo de tratamento, em pacientes desdentados parciais;
- Determinar os motivos que apresentam maior impacto na eleição ou recusa dos tratamentos protéticos em pacientes desdentados parciais.

#### 4 - MATERIAL E MÉTODO

A metodologia utilizada neste trabalho foi desenvolvida para a utilização de um método de coleta, organização e análise de dados através de instrumentos para a avaliação das preferências e motivos determinantes na escolha de modalidades de tratamentos protéticos.

Foi delineado um estudo transversal, através de uma observação direta intensiva, por meio de questionário contendo itens abertos e fechados, com uma abordagem quantitativa, a fim de permitir sua tabulação e tratamento estatístico (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Os instrumentos utilizados no estudo permitiram avaliar não só pacientes desdentados parciais, mas também desdentados totais e totalmente dentados. Os dados coletados também foram referentes a estes três tipos de pacientes, entretanto, por se tratar de uma amostra de conveniência, a análise estatística só seria realizada dos grupos que apresentassem amostra suficiente.

O protocolo de pesquisa, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido, foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG, através do parecer 072/2007, de 22 de outubro de 2007 (Anexo A).

Foram utilizados instrumentos divididos em três partes que compõem o questionário:

- Questões de identificação e questões abertas e fechadas, com itens referentes aos dados de identificação, sócio-demográficos e econômicos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal e auto-avaliação financeira) e clínicos (tipo de desdentado, uso de prótese, tempo de perda dentária e uso de prótese) obtidos através de exame físico simplificado (Apêndice A).
- Instrumento contendo o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP 14) (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005) para os pacientes dentados e parcialmente desdentados e outro

contendo o *Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects (OHIP-edent)* (SOUZA *et al.*, 2007), específico para pacientes totalmente desdentados (Apêndice B).

- Questões sobre a preferência protética (QPP) do indivíduo e motivos para a preferência e recusa dos tipos de próteses elaborado para a presente pesquisa (Apêndice C).

O *Oral Health Impact Profile* é um instrumento mundialmente utilizado e aceito, criado por Slade e Spencer (1994), para se avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo. Originalmente é composto por 49 (quarenta e nove) itens. Uma forma reduzida do OHIP contendo 14 questões foi publicada por Slade em 1997 e teve sua forma brasileira validada em 2005 por Oliveira e Nadanovsky. O OHIP-Edent é também uma forma resumida, utilizada para pacientes desdentados totais e a versão brasileira foi validada em 2007 (SOUZA *et al.*, 2007).

O QPP possui duas partes, sendo a primeira constituída por duas questões principais, relacionadas ao tipo de tratamento protético que o indivíduo gostaria de receber e àquele que recusaria ou não faria em hipótese alguma. Os tipos de tratamento possíveis para cada arcada foram listados para os respondentes separadamente para a arcada superior e inferior. Para orientar os indivíduos quanto às opções, eram apresentados encartes ilustrativos com as diferentes modalidades de tratamentos protéticos, os quais eram explicados pelo entrevistador (Apêndice D e E). Além do encarte ilustrativo, também foram apresentados aos pacientes modelos em acrílico com os tipos de prótese (Apêndice F). A segunda parte do QPP é constituída por um questionário que avalia a importância de possíveis motivos que tenham influenciado as escolhas do paciente, mensurados por uma escala de Likert. Os 32 itens que compõem este questionário foram baseados no estudo de Leles *et al* (2007) que listou desfechos potenciais de tratamentos protéticos, além de opinião de especialistas na área, que sugeriram itens que deveriam estar presentes.

Previamente à aplicação dos questionários foi realizado um estudo piloto, com dez pacientes, os quais foram excluídos da amostra final. O teste piloto permitiu avaliar o formato do questionário, a compreensão das perguntas, o tempo da entrevista e outras dificuldades dos entrevistados. O questionário foi testado, analisado e reestruturado para atender a finalidade ao qual foi designado, bem como facilitar e evitar erros na coleta dos dados.

O formulário final obtido (Apêndices A, B e C) foi aplicado a uma amostra de conveniência composta por todos os pacientes adultos atendidos em unidades clínicas da Faculdade de Odontologia da UFG durante um período de dois meses, independentemente de sua condição bucal e/ou necessidades odontológicas. Como critério de inclusão foi considerada a maioridade, a capacidade de compreensão do questionário e aceitação em participar do estudo. A idade do paciente era confirmada através do prontuário ou de carteira de identidade. Compunham a amostra tanto pacientes desdentados totais (nenhum dente na boca), desdentados parciais (ausência de um ou mais dentes, desconsiderando-se os terceiro molares) ou dentados totais. Os pacientes poderiam ser ou não usuários de prótese dentária. Não houve restrições para a seleção dos indivíduos em relação a outras variáveis clínicas ou sócio-demográficas. Não foram incluídos na amostra os pacientes em atendimento de urgência.

O recrutamento ocorreu através de apresentação pessoal do entrevistador aos possíveis entrevistados, seguida de uma breve explicação dos objetivos da pesquisa. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), o qual foi assinado por todos os pacientes.

Para a obtenção das respostas ao questionário, foi utilizada uma abordagem amistosa, com linguagem de fácil compreensão, evitando-se ambigüidades e se precavendo para que não houvesse condução das respostas por parte do pesquisador. (MARCONI; LAKATOS, 2005).

As entrevistas foram realizadas individualmente, em um ambiente isolado dos outros pacientes. Para facilitar a entrevista e evitar um caráter de atendimento, o paciente era convidado a se sentar em um mocho, de frente para o entrevistador, que também ficava sentado em um mocho, na mesma altura do indivíduo.

O primeiro questionário preenchido era composto por perguntas referentes à sua identificação (nome, endereço e telefone) e itens sócio-demográficos (sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil e renda familiar). Após esta parte inicial, o pesquisador fazia um exame clínico simplificado, com o auxílio de espátulas de madeira, devidamente paramentado, com jaleco, gorro, luvas e máscara. Neste exame físico foram observadas questões como a quantidade e região de dentes ausentes e o uso de próteses. Neste primeiro questionário foram ainda questionadas a idade em que o paciente teve a primeira perda dentária, a idade em que começou a utilizar próteses e quais tipos de próteses já fez uso. O pesquisador, após descartar o material contaminado (luvas e espátulas), dava continuidade à pesquisa.

No segundo questionário, de acordo com a situação dentária do indivíduo, desdentado total, ou parcialmente desdentado e totalmente dentado, o paciente respondeu ou ao OHIP-14 (desdentado parcial e dentado total) ou ao OHIP-edent (desdentado total).

Os pacientes desdentados (totais ou parciais) foram questionados sobre a satisfação com a prótese que usam e se conheciam as possibilidades protéticas para o seu caso. No caso do paciente dentado, a questão era referente a uma situação hipotética de perda de dentes.

Em seguida, para preenchimento do questionário de preferência protética, eram apresentadas ao paciente as possibilidades de tratamento para sua condição clínica. Para tal, foram utilizados encartes ilustrativos e modelos de acrílico diferenciados de acordo com os tipos de paciente: desdentado parcial, desdentado total e dentado completo. Para todos os pacientes, foram fornecidas explicações sobre cada tipo de tratamento em relação à

necessidade de cirurgia, tempo total do tratamento, custo do tratamento, complexidade do tratamento, necessidade de desgaste de dentes presentes, possibilidade de se retirar a prótese da boca. Os dados sobre as próteses foram fornecidas seguindo-se as informações presentes nos encartes, a fim de que todos os pacientes recebessem as mesmas informações. Após eliminar possíveis dúvidas do entrevistado sobre os tipos de próteses, sempre evitando responder a perguntas que poderiam direcioná-lo a preferir um tipo de prótese em relação às outras, o entrevistado era convidado a responder, numa escala decrescente, quais próteses ele preferiria fazer e qual ou quais próteses ele se recusava a fazer.

Os pacientes desdentados (parcial e total) foram questionados sobre suas preferências (eleição e recusa) em relação às modalidades de tratamento protético possíveis para a condição clínica. No caso do paciente dentado, foi questionada sua preferência em caso de uma possível perda de um dente, na região anterior e posterior e de mais de um dente, também na região anterior e posterior.

Os pacientes responderam através de ordenação das fichas entre os dois extremos: qual tratamento não faria em hipótese alguma e qual tratamento preferiria com certeza.

A seguir foram apresentados aos pacientes uma lista de possíveis motivos que o levaram à eleição ou recusa de modalidades de tratamento. Para cada item o paciente respondeu o quanto aquele motivo teve influência nas suas escolhas através de uma escala ordinal de cinco pontos (1 – nenhuma importância; 2 – pouca importância; 3 – média importância; 4 – muita importância; 5 – total importância). Os itens de número 24, 28 e 29 não foram questionados aos pacientes desdentados totais, já que se referiam a desgaste ou problemas nos dentes.

Foi elaborado um banco de dados eletrônico para o qual foram transferidas as respostas dos questionários. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de análise de frequência para os dados categóricos, média e desvio-padrão para os dados numéricos. A

comparação de variáveis de acordo com a preferência protética foi analisada pelos testes de qui-quadrado e análise de variância. O impacto dos itens do QPP sobre a eleição ou recusa de tratamentos foi avaliado por meio de análise discriminante. A análise discriminante é uma estatística apropriada para casos em que se dispõe de uma variável dependente nominal (eleição ou recusa por tratamento) e um conjunto de variáveis independentes numéricas (32 itens do QPP). A análise multiplica cada variável independente por seu respectivo peso e soma estas parcelas, resultando em um escore de discriminação para cada indivíduo. A média dos indivíduos de um grupo fornece a média do grupo, também chamada de centróide. O teste para significância estatística é a medida generalizada da distância entre os centróides dos grupos. Após a estimação de uma função discriminante, o valor absoluto dos pesos padronizados canônicos dos coeficientes de discriminação fornece a informação de quais variáveis possuem a maior capacidade contributiva em termos de poder de discriminação entre os dois grupos. Os sinais destes coeficientes indicam se a contribuição das variáveis para o modelo é positiva ou negativa. Em seguida, a importância individual das variáveis foi avaliada através das cargas discriminantes fornecida pela matriz de estrutura. Os valores destas cargas medem a correlação linear simples entre cada variável independente e a função discriminante canônica padronizada. A última etapa da análise discriminante foi a validação do modelo final, por meio da medida do acerto do modelo obtido pela tabulação cruzada entre a classificação dos indivíduos nos grupos real e predito pela função discriminante.

## 5 - RESULTADOS

Foram avaliados um total de 208 pacientes em tratamento na Faculdade de Odontologia da UFG durante um período de 2 meses, entre 01.10.2007 a 29.11.2007. A distribuição dos pacientes de acordo com a condição clínica das arcadas superior e inferior está ilustrada na Figura 1 a seguir.

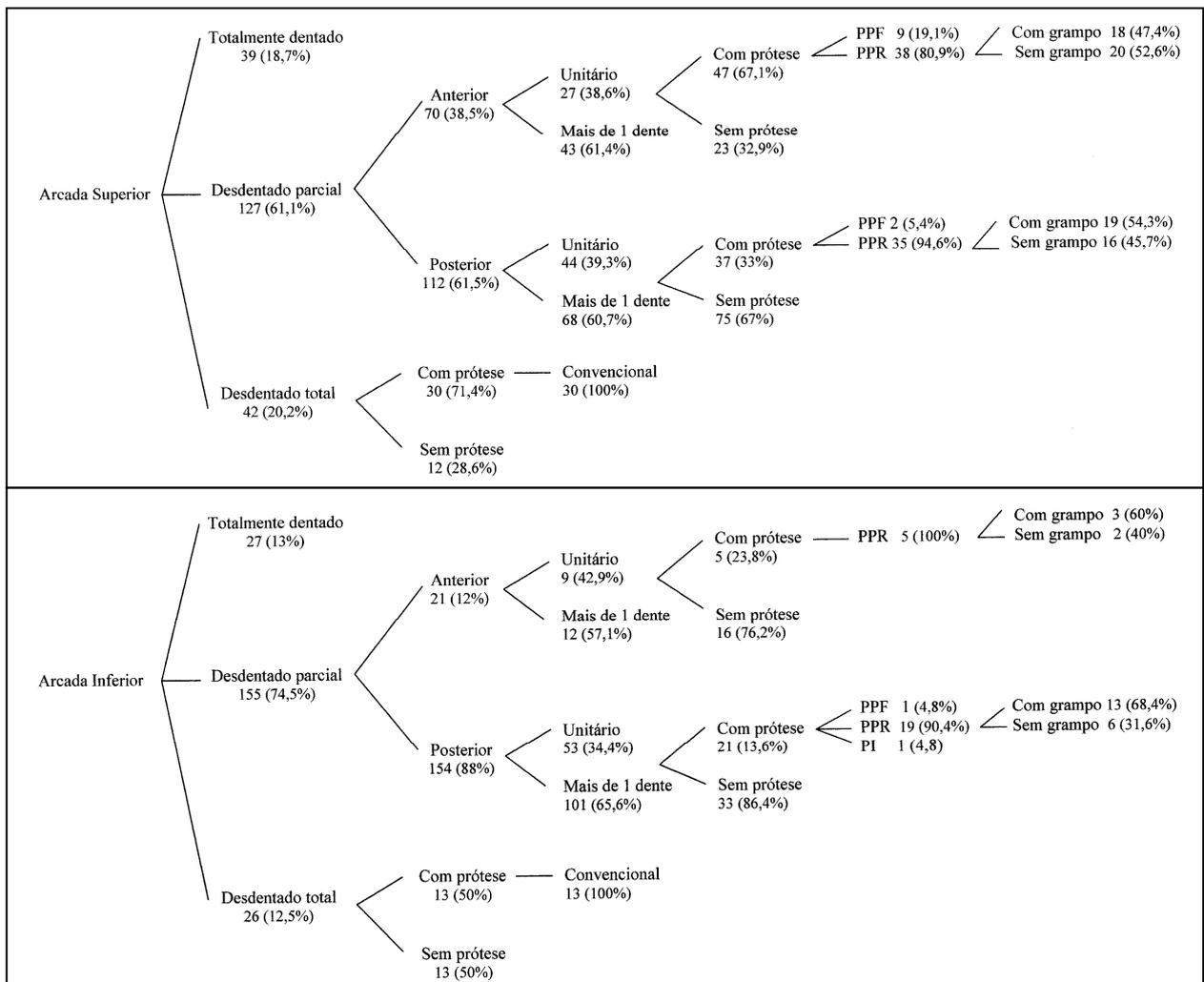


Figura 1. Distribuição dos pacientes avaliados segundo o tipo de arcada desdentada e uso de prótese.  
Fonte: O autor (2008)

A combinação das arcadas superior e inferior de cada paciente originou a Tabela 1. A maior frequência de pacientes correspondeu à combinação de arcadas desdentadas parciais superior e inferior (n=117; 56,25%). Para análise dos dados foram excluídos os pacientes completamente dentados (n=18; 8,65%) e os completamente desdentados (n=25; 12,02%), permanecendo na amostra final um total de 165 pacientes (79,33%) com ao menos uma arcada desdentada parcial. As características destes pacientes se encontram descritas na Tabela 2.

Tabela 1. Tipos de combinação de arcadas desdentadas (n=208).

Tipo arcada inferior	Tipo arcada superior			Total
	dentado	desd. parcial	desd. total	
dentado	18	9	0	27
desd. parcial	21	117	17	155
desd. total	0	1	25	26
Total	39	127	42	208

A maior parte dos pacientes era do sexo feminino (69,1%), com idade variando entre 18 e 71 anos (média=44,73; DP=11,12). A amostra se caracterizou como de baixa escolaridade e renda mensal individual variando entre R\$100,00 e R\$2800,00 (média=609,00; DP=352,00). Apenas 6,1% considerou sua renda mensal como boa, sendo que o restante considerou-a regular ou inferior.

A média da idade relatada da primeira perda dentária foi de 19,5 anos (DP=8,6) e a idade média em que começou a usar prótese foi de 30,2 anos (DP=13,2). Quanto à experiência de uso de prótese, 70 pacientes (42,4%) nunca utilizaram qualquer tipo de prótese, 14 (8,5%) já utilizaram prótese total, 16 (9,7%) já utilizaram prótese fixa, 56 (33,9%) prótese removível

com grampos, 44 (26,7%) prótese removível sem grampo, e apenas 1 paciente (0,6%) já utilizou prótese sobre implantes.

Tabela 2. Características dos indivíduos parcialmente desdentados avaliados (n=165).

		n	%
Sexo	Masculino	51	30,9
	Feminino	114	69,1
Idade em anos (média=44,73; DP=11,12)	18 – 30	15	9,1
	31 – 40	49	29,7
	41 – 50	56	32,7
	51 – 60	32	19,4
	61 ou mais	15	9,1
Escolaridade	Não alfabetizado	5	3,0
	Fundamental incompleto	66	40,0
	Fundamental completo	33	20,0
	Médio completo	54	32,7
	Superior completo	7	4,2
Auto-avaliação da situação financeira	Muito ruim	21	12,7
	Ruim	39	23,6
	Regular	95	57,6
	Boa	10	6,1

Apenas 31 pacientes (18,8%) se julgaram satisfeitos com suas próteses atuais. Quanto ao conhecimento das possibilidades de tratamento para sua condição clínica, quase metade dos pacientes (47,9%) relataram não conhecê-las, 35,8% conhecem pouco e 15,8 julgaram conhecer todas as possibilidades de tratamento.

A Tabela 3 e figura 2 mostram a frequência dos escores do OHIP-14 dos pacientes. A soma dos escores variou entre 0 e 39, com média de 13,58 (DP=9,45).

Tabela 3. Frequência dos escores obtidos para as questões do OHIP-14 (n=165).

		Escores				
		Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q1	Você teve problemas para falar alguma palavra?	104	8	36	12	5
Q2	Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	113	9	23	16	4
Q3	Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	79	6	36	23	21
Q4	Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?	55	7	40	34	29
Q5	Você ficou preocupado?	48	43	47	23	4
Q6	Você se sentiu estressado?	101	33	19	9	3
Q7	Sua alimentação ficou prejudicada?	80	24	27	24	10
Q8	Você teve que parar suas refeições?	97	24	35	8	1
Q9	Você encontrou dificuldade para relaxar?	89	51	23	1	1
Q10	Você se sentiu envergonhado?	49	8	26	36	46
Q11	Você ficou irritado com outras pessoas?	132	22	8	3	0
Q12	Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	107	20	28	10	0
Q13	Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	89	19	46	10	1
Q14	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	124	31	9	1	0

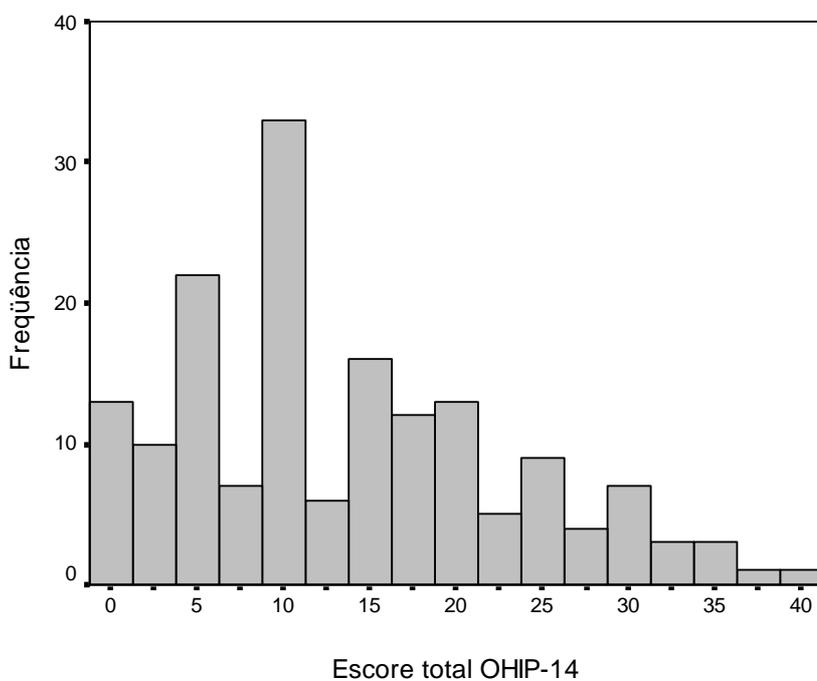


Figura 2. Frequência das somas dos escores do OHIP-14 (n=165).  
Fonte: O autor (2008)

A Tabela 4 mostra os resultados das respostas quando questionados sobre a eleição (1ª opção de tratamento) e a recusa de tratamento protético, para as arcadas superior e inferior separadamente. Não houve diferença em relação à eleição ou recusa nas arcadas superior e inferior para os três tipos de prótese ( $p>0,05$ ), porém houve uma diferença na eleição de prótese parcial removível na arcada inferior ( $p=0,007$ ) quando comparados os três tipos de prótese para cada uma das arcadas.

Tabela 4. Frequência da eleição ou recusa de tratamentos protéticos.

Arcada	Superior		Inferior		P*
	Eleição	Recusa	Eleição	Recusa	
Prótese parcial removível	45	37	62	44	0,620
Prótese parcial fixa	33	37	30	50	0,233
Prótese sobre implantes	48	67	56	78	0,993
P*	0,191		0,007		

\* Teste do Qui-quadrado

Em relação à eleição protética na arcada superior, a média dos escores de OHIP e de idade foram significativamente maiores em pacientes que escolheram como 1ª opção a PPR ( $p=0,031$  e  $p<0,001$ , respectivamente) em comparação com a PPF e PSI. A escolaridade mais alta foi encontrada em pacientes que optaram pela PSI ( $p=0,009$ ), não havendo relação entre a eleição por tratamento quando considerados o sexo, auto-avaliação da condição financeira e presença de espaço desdentado anterior. Resultados idênticos foram observados em relação à arcada inferior. Quando todas estas variáveis independentes foram avaliadas em conjunto, o modelo final obtido respondeu por uma pequena parte da variação da variável independente ( $R^2$  ajustado=0,115 – arcada superior;  $R^2$  ajustado=0,104 – arcada inferior).

A importância de uma série de variáveis preditoras foi avaliada através de questionário com possíveis motivos para escolha ou recusa de modalidades de tratamento (Tabela 5). Análise discriminante foi realizada para criar combinações de preditores que melhor caracterizam as diferenças entre pacientes separados de acordo com a eleição e recusa por tratamentos. Foram consideradas como variáveis dependentes a eleição (1ª opção) por PPR, PPF ou PSI, e a recusa por estes tratamentos. As 32 questões ordinais do questionário foram consideradas como o conjunto de variáveis preditoras (independentes), avaliadas simultaneamente.

Em todos os tipos de prótese superior e inferior foram observados altos coeficientes de correlação entre os escores discriminantes e os grupos (eleição ou recusa), sendo rejeitadas as hipóteses de igualdade entre os centróides dos grupos ( $p < 0,001$ ), mostrando que a função discriminante foi capaz de identificar grupos distintos (Tabela 6).

A Tabela 7 mostra o valor dos coeficientes de discriminação para cada tipo de prótese (superior e inferior), fornecendo a informação de quais variáveis possuem maior capacidade de contribuição em termos de poder de discriminação entre os dois grupos. Os mais altos valores absolutos indicam maior contribuição para a discriminação dos grupos.

A seguir, na Tabela 8, as cargas discriminantes mostram as variáveis que apresentaram maior importância individual nos grupos. Observa-se que o maior impacto para a eleição de uma PPR foi a possibilidade de retirar a prótese para higienização, menores custos, complexidade e tempo de tratamento. Para a PPF foi o desejo de ter uma prótese fixa na boca e para a PSI o desejo de ter dentes individualizados e fixos na boca. O maior impacto na recusa de PPR foi o desejo de uma prótese fixa, de PPF foi o desgaste de dentes naturais e de PSI foi o custo do tratamento (Tabela 8). O cruzamento das classificações dos grupos real e predito pelo modelo discriminante mostrou um alto nível de acerto do modelo, acima de 90% em todos os casos (Tabela 9).

Tabela 5. Frequência dos escores da importância dos motivos para escolha ou recusa de modalidades de tratamento protético (n=165).\*

		Escore				
		Nada importante	Pouco importante	Relativamente importante	Muito importante	Totalmente importante
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Risco de problemas durante cirurgia	<b>97</b>	15	13	24	16
2	Risco de perda do tratamento	<b>70</b>	33	21	35	6
3	Condição de saúde geral	<b>125</b>	16	14	4	6
4	Custo do tratamento	1	3	23	59	<b>79</b>
5	Complexidade do tratamento	<b>86</b>	45	13	17	4
6	Tempo prolongado para o tratamento	<b>98</b>	27	19	13	8
7	Necessidade precoce de substituição	16	27	56	<b>57</b>	9
8	Semelhança com o dente natural	4	9	26	<b>85</b>	41
9	Melhora na mastigação	2	9	30	<b>104</b>	19
10	Dificuldade de limpeza	8	40	46	<b>56</b>	15
11	Necessidade de retratamento futuro	5	32	48	<b>76</b>	4
12	A prótese ser fixa na boca	20	13	14	37	<b>81</b>
13	A possibilidade de remover para limpeza	<b>79</b>	36	19	15	16
14	Confiança e segurança na prótese	2	6	22	<b>117</b>	18
15	O contato com outras pessoas	1	13	66	<b>69</b>	16
16	Melhoras pessoais e profissionais	5	15	61	<b>64</b>	20
17	Sentir-se mais jovem	7	10	40	<b>73</b>	35
18	Aparência natural da prótese	3	8	23	<b>90</b>	39
19	Prótese não ser percebida por outros	<b>90</b>	19	12	24	20
20	Acúmulo de resíduos debaixo da prótese	2	28	<b>65</b>	53	15
21	Comer alimentos que não comia antes	0	13	<b>71</b>	<b>71</b>	10
22	Dentes individualizados	38	<b>74</b>	31	21	1
23	Risco de fratura da prótese	2	25	<b>70</b>	64	3
24	Prejudicar os dentes remanescentes	34	<b>60</b>	37	18	16
25	Possibilidade da prótese se soltar	15	9	17	<b>69</b>	55
26	Possibilidade de machucar a boca	7	34	36	<b>71</b>	17
27	Necessidade de retornos ao dentista	<b>87</b>	63	8	7	0
28	Necessidade de desgastar dentes naturais	<b>65</b>	31	31	13	25
29	Risco de cárie	7	32	46	<b>75</b>	2
30	Risco de problemas na gengiva	9	39	53	<b>61</b>	3
31	Dor provocada pela prótese	4	21	32	<b>68</b>	40
32	Arrependimento após o tratamento	<b>108</b>	18	21	15	3

\* As maiores frequências para cada item estão em negrito

Tabela 6. Funções discriminantes da eleição ou recusa de modalidades de tratamento protético em indivíduos desdentados parciais.

		Eigenvalue	Correlação canonica	Wilks' Lamba	P
Prótese parcial removível	Superior	2,596	0,850	0,278	0,000
	Inferior	1,948	0,813	0,339	0,000
Prótese parcial fixa	Superior	4,172	0,898	0,193	0,000
	Inferior	3,264	0,875	0,235	0,000
Prótese sobre implantes	Superior	1,732	0,796	0,366	0,000
	Inferior	1,655	0,790	0,377	0,000

Eigenvalue: é a razão da soma dos quadrados entre-grupos pela soma dos quadrados intra-grupos.

Correlação canônica: medida da correlação entre os escores discriminantes e os grupos.

Wilks' Lamba: é a proporção da variância total nos escores discriminantes não explicada pela diferença entre os grupos.

P: testa a hipótese nula de que as médias dos grupos são iguais.

Tabela 7. Coeficientes padronizados das funções discriminantes da eleição ou recusa de modalidades de tratamento protético.

Variável		PPR		PPF		PSI	
		Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.
1	Risco de problemas durante cirurgia	0,247	0,201	0,147	-0,207	0,407	0,586
2	Risco de perda do tratamento	-0,166	-0,170	0,164	-0,138	-0,314	-0,353
3	Condição de saúde geral	-0,283	-0,353	0,028	0,079	0,103	0,050
4	Custo do tratamento	0,852	0,758	-0,261	0,147	0,879	0,888
5	Complexidade do tratamento	0,001	0,265	0,427	-0,032	0,582	0,716
6	Tempo prolongado para o tratamento	-0,308	-0,401	-0,105	-0,361	-0,262	-0,342
7	Necessidade precoce de substituição	-0,296	-0,037	0,241	0,067	-0,186	-0,041
8	Semelhança com o dente natural	-0,090	-0,086	0,098	-0,233	-0,243	-0,068
9	Melhora na mastigação	-0,118	-0,054	-0,187	-0,004	-0,164	-0,100
10	Dificuldade de limpeza	0,013	-0,361	-0,827	0,620	-0,048	-0,277
11	Necessidade de retratamento futuro	0,482	0,293	-0,627	0,436	0,089	-0,065
12	A prótese ser fixa na boca	-0,032	-0,128	-0,271	0,153	-0,081	-0,115
13	Remover a prótese para limpeza	0,764	0,607	-0,410	0,347	0,145	0,220
14	Confiança e segurança na prótese	-0,212	-0,057	0,748	-0,560	0,117	0,236
15	O contato com outras pessoas	-0,020	-0,061	-0,155	0,427	-0,261	-0,306
16	Melhora de questões pessoais e profissionais	0,230	0,194	-0,229	0,169	0,194	0,453
17	Sentir-se mais jovem	-0,020	-0,114	0,187	-0,318	0,155	-0,117
18	Aparência natural da prótese	-0,420	-0,237	0,346	-0,030	0,064	-0,169
19	A prótese não ser percebida por outras pessoas	-0,349	-0,207	0,341	-0,358	-0,067	0,089
20	Acúmulo de resíduos debaixo da prótese	0,206	0,487	0,351	-0,103	0,368	0,427
21	Poder comer alimentos que não comia antes	0,102	0,103	0,331	-0,095	-0,205	-0,264
22	Dentes individualizados	-0,007	-0,185	-0,219	0,428	-0,323	-0,068
23	Risco de fratura da prótese	0,071	0,068	0,621	-0,633	0,273	0,440
24	Prejudicar os dentes remanescentes	-0,293	-0,195	0,331	-0,820	-0,076	0,151
25	Possibilidade da prótese se soltar	-0,122	-0,068	-0,078	0,222	-0,074	-0,080
26	Possibilidade de machucar a boca	0,343	0,039	-1,046	0,674	-0,561	-0,741
27	Necessidade de retornos ao dentista	-0,238	-0,183	0,470	-0,519	0,029	0,030
28	Necessidade de desgastar dentes naturais	0,676	0,578	-1,272	1,595	-0,139	-0,272
29	Risco de cárie	0,205	0,092	-0,252	-0,083	0,186	0,406
30	Risco de problemas na gengiva	-0,389	-0,352	0,401	-0,190	-0,032	-0,234
31	Dor provocada pela prótese	-0,498	-0,121	0,708	-0,554	0,328	0,504
32	Arrependimento após o tratamento	0,202	0,064	0,021	0,034	0,186	0,153

Tabela 8. Variáveis que apresentaram maior impacto na eleição ou recusa de prótese parcial removível, prótese parcial fixa e prótese sobre implantes.

Variáveis preditivas	Matriz estrutural da análise discriminante*	
	Arcada superior	Arcada inferior
Prótese parcial removível		
Eleição		
Possibilidade de retirar a prótese para higienizar	0,580	0,577
Custo do tratamento	0,299	0,330
Menor complexidade do tratamento	0,244	0,250
Menor tempo de tratamento	0,216	0,205
Recusa		
Desejo de ter uma prótese fixa na boca	-0,514	-0,508
Desejo de uma aparência mais natural	-0,270	-0,242
Desejo de ter dentes individualizados	-0,262	-0,330
Passar despercebida por outras pessoas	-0,258	-0,242
Receio da prótese se soltar	-0,236	-0,224
Receio de aumento no risco de cárie	-0,222	-0,216
Parecer com os dentes naturais	-0,208	-0,198
Receio de problemas gengivais	-0,207	-0,248
Prótese parcial fixa		
Eleição		
Prótese ser fixa na boca	0,198	-0,173
Recusa		
Necessidade de desgastar os dentes naturais	-0,619	0,548
Prótese prejudicar os dentes remanescentes	-0,323	0,276
Dificuldade de limpeza	-0,204	0,242
Prótese sobre implantes		
Eleição		
Desejo de ter dentes individualizados	-0,298	-0,274
Prótese ser fixa na boca	-0,227	-0,233
Recusa		
Custo do tratamento	0,564	0,503
Possibilidade de retirar a prótese para higienizar	0,326	0,324
Complexidade do tratamento	0,306	0,334
Tempo de tratamento	0,285	0,298
Risco de problemas durante cirurgias	0,273	0,303

\* Correlação intra-grupo entre as variáveis discriminantes e os coeficientes padronizados das funções discriminantes .

Tabela 9. Validação do modelo final da análise discriminante por meio de predições individuais para a amostra original, expressa pela frequência absoluta e relativa de casos.

	Original (%)	Predito (%)		Total	Acerto total do modelo
		Eleição	Recusa		
PPR superior	Eleição	40 (88,9)	5 (11,1)	45	93,8%
	Recusa	0 (0)	35 (100)	35	
PPR inferior	Eleição	52 (88,1)	7 (11,9)	59	92,1%
	Recusa	1 (2,4)	41 (97,6)	42	
PPF superior	Eleição	32 (97,0)	1 (3)	33	94,2%
	Recusa	3 (8,3)	33 (91,7)	36	
PPF inferior	Eleição	29 (96,7)	1 (3,3)	30	94,8%
	Recusa	3 (6,4)	44 (93,6)	47	
PSI superior	Eleição	44 (93,6)	3 (6,4)	47	93,0 %
	Recusa	5 (7,5)	62 (92,5)	67	
PSI inferior	Eleição	50 (94,3)	3 (5,7)	53	90,7%
	Recusa	9 (11,8)	67 (88,2)	76	

## 6 – DISCUSSÃO

O paciente, a cada dia, deixa de ser o sujeito passivo nas tomadas de decisões de tratamentos, passando a colaborar e a dividir as decisões com o profissional de saúde. O trabalho de Mazur e Hickam, 1997, deixa claro que além de desejar receber todas as informações inerentes a um tratamento, a maioria dos pacientes prefere participar da tomada de decisão do melhor tratamento para ele mesmo.

A definição de saúde pode variar de acordo com contextos sociais, culturais e políticos. Definições de saúde e qualidade de vida envolvem julgamentos pessoais e sociais (LOCKER, 1997). Respeitar as diferenças de cada indivíduo é função do profissional de saúde, tanto médico, como dentista. As atitudes e sentimentos dos pacientes desdentados são influenciados por fatores como adaptação às limitações, expectativas pessoais de saúde e aos componentes culturais e sociais no qual o indivíduo está inserido. Assim, no momento de discussão com o paciente sobre as modalidades de tratamentos protéticos, o dentista deve considerar estes aspectos, que irão influenciar na opinião do paciente.

Nem sempre as informações fornecidas pelo dentistas aos pacientes condiz com as informações que estes gostariam de receber (ADEKOYA-SOFOWORA, LEE, HUMPHRIS, 1996; SCHOUTEN, HOOGSTRATEN, EIJKMAN, 2003). A maneira como o paciente encara o tratamento é diferente da visão do profissional (REISINE E BALIT, 1980; BOWLEY, 2002; GRAHAM ET AL., 2006). Segundo Arrigui (1998), a maior satisfação do paciente com o tratamento é obtida na medida em que suas expectativas iniciais são atendidas. Os resultados do trabalho de Fromentim e Boy-Lefevre (2001) mostraram um alto nível de satisfação após o tratamento com prótese dentária, mas verificaram uma significativa queda quando comparado à expectativa e atitudes antes do tratamento.

Muito pouco ou quase nada se sabe sobre os motivos que determinam as escolhas e recusas por modalidades de tratamentos protéticos por parte dos pacientes. Em toda a literatura odontológica, existe apenas um trabalho com este propósito (WALTON E MACENTEE, 2005), e este trabalho é limitado a pacientes desdentados totais.

Assim, para informar melhor e conseguir atingir as expectativas dos pacientes, é imperativo que o cirurgião-dentista conheça as crenças dos pacientes e saiba os motivos que levam um paciente a escolher ou a recusar, por exemplo, tipos de próteses dentárias, para que juntos, discutam e definam a melhor forma de tratamento para cada caso, evitando-se frustrações quando do fim dos tratamentos, como também afirmaram Rich e Goldstein (2002).

Essa mesma opinião é corroborada por Leles e Freire em 2004, que afirmam que a abordagem normativa de necessidade de tratamento é normalmente falha na avaliação na necessidade de tratamento protético, pois não considera aspectos individuais e que a incorporação da abordagem sócio-odontológica no processo de tomada de decisão é essencial no planejamento adequado do tratamento protético.

A metodologia e desenvolvimento deste estudo teve referência nos trabalhos de Walton e MacEntee (2005), além de uma outra série de estudos que também lançaram mão do uso do OHIP (ALLEN, MCMILLAN E WALSHAW, 2001; JONES *ET AL.*, 2003; LELES *ET AL.* 2004) e da mensuração de expectativas e satisfação com próteses dentárias através de escalas ordinais (FROMENTIM E BOY-LEFEVRE, 2001; CELEBIC E KNEZOVIC-ZLATARIC, 2003; TAN, LI E CHAN, 2005).

Os instrumentos utilizados no estudo permitiram avaliar não só pacientes desdentados parciais, mas também desdentados totais e totalmente dentados. Porém, por se tratar de uma amostra de conveniência, a amostra de pacientes totalmente dentados e totalmente desdentados não foram suficientes para permitir análise estatística.

Os itens presentes no primeiro instrumento aplicado, com questões de ordem sócio-demográficas e sócio-econômicas, variáveis clínicas e histórico protético foram definidos pelos autores, além de estarem presentes em vários outros trabalhos (REISINE E BALIT, 1980; ARRIGUI, 1998; TROVIC, KLOCK E HAUGEJORDEN, 2002; JONES *ET AL.*, EM 2003; LELES *ET AL.* 2004).

O instrumento com questões sobre preferência protética (QPP), foi baseado no estudo de Leles et al., 2007, além de ser analisado por especialistas na área, que sugeriram itens que poderiam influenciar as escolhas dos pacientes. Para a aplicação do QPP, foram utilizados encartes ilustrativos e modelos de acrílicos para cada tipo de paciente, desdentado total, parcial e totalmente dentado. Os encartes continham informações pré-estabelecidas sobre cada modalidade de tratamento, as quais permitiam ao paciente diferenciá-las, fazendo suas escolhas. As informações fornecidas aos pacientes foram rigorosamente as mesmas, sendo que no momento da apresentação dos encartes, apenas dúvidas que não tendenciarium as respostas dos pacientes eram solucionadas.

Além dos encartes, modelos de acrílico com os tipos de próteses dentárias foram apresentados, com o intuito de facilitar a compreensão dos pacientes. Aos pacientes era permitido manusear os modelos. Tanto os encartes quanto os modelos de acrílico foram confeccionados pelo autor.

A amostra do trabalho foi de todos os pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia da UFG, no período de coleta dos dados, excetuando-se os menores de idade, os incapazes de compreender ao questionário e aqueles em atendimento na Clínica de Urgência, que poderiam estar em condições de fragilidade para responderem às perguntas.

A maior parte da amostra se caracterizou como de baixa escolaridade, e considerou sua renda mensal ou regular ou ruim, o que se deve ao fato de os pacientes em atendimento nas clínicas da faculdade de odontologia da UFG serem de baixa renda. Este mesmo motivo

explica o fato de apenas um paciente já ter utilizado próteses sobre implantes, que é um tratamento de custo e complexidade relativamente maior que as modalidades convencionais de tratamento. O fato de 42,4% dos pacientes desdentados parciais nunca ter utilizado próteses pode ser relacionado ao aspecto de acesso a tratamento e não por uma simples preferência por um não tratamento, já que nenhum paciente relatou o não tratamento como primeira opção de escolha.

Para cada um dos três tipos de prótese não houve influência da arcada (superior ou inferior) na eleição ou recusa da prótese, porém houve uma maior preferência pela PPR na arcada inferior. A eleição e a recusa de tratamentos, tanto na arcada superior, quanto na inferior, foram maiores para próteses parciais removíveis e próteses sobre implantes. O escore do OHIP ( $p=0,031$ ) e de idade ( $p<0,001$ ) foram significativamente maiores em pacientes que escolheram a PPR como primeira opção. Pacientes mais velhos e que tem a saúde bucal com maior impacto na qualidade de vida, preferiram a PPR em relação à PPF e PI. Para Trovic, Klock e Haugejorden (2002) o desejo pela reposição protética esteve relacionado significativamente com a idade, sendo de 40% nos grupos com idade superior a 40 anos. Pode-se sugerir que o fator econômico foi essencial para a preferência pela PPR na arcada inferior, onde o impacto estético pode ser menos percebido pelo paciente.

De todas as outras variáveis, a única que ainda apresentou significância foi a escolaridade nos pacientes que preferiram próteses sobre implantes. Sexo, auto-avaliação da condição financeira e presença de espaço desdentado anterior não mostraram influência nas escolhas dos pacientes. E quando todas as variáveis foram analisadas em conjunto, o grau de influência foi bastante baixo, pouco acima dos 10% ( $R^2$  ajustado=0,115 – arcada superior e  $R^2$  ajustado=0,104 – arcada inferior).

No trabalho de Leles et al. 2004, houve associação significativa entre localização anterior do EDNT e aparência prejudicada ( $p=0,020$ ), ou seja, os pacientes faziam uma

correlação entre a falta de dentes na região anterior com falta de estética. Entretanto, em nosso estudo, a região da área desdentada não foi determinante na escolha do tipo de reabilitação.

Reisine e Balit (1980) não encontraram influência dos fatores sócio-demográficos analisados em seu trabalho na percepção do status de saúde bucal. Hakestam *et al.* (1996) ao investigar os fatores que poderiam causar algum efeito na expectativa dos pacientes em relação ao tratamento com prótese dentária, não encontraram influência com o estado civil e o sexo do paciente, entretanto houve forte relação com a escolaridade. Fromentim e Boy-Lefevre (2001) ao comparar o nível de expectativa dos pacientes antes e após o tratamento com diferentes modalidades de prótese dentária e avaliar a correlação entre fatores sócio-econômicos e fatores demográficos da população estudada e suas expectativas ou satisfação com a reabilitação protética, encontrou que apenas o nível de renda mostrou ter alguma influência na expectativa do tratamento.

Os motivos que influenciaram as escolhas de eleição e recusa dos pacientes foi avaliado por uma lista de variáveis, mensurados em uma escala de Likert de 5 pontos, na qual o paciente reportava a importância de cada item referente a um tratamento protético para a decisão de tratamento escolhido ou recusado.

Após a análise discriminante dos dados, os itens que mais influenciaram a eleição por PPR, em ambas as arcadas, foram principalmente a possibilidade de se retirar a próteses para higienização e o menor custo do tratamento. Já a recusa foi influenciada primordialmente pelo desejo de se ter uma prótese fixa. Já no trabalho de Celebic e Knezovic-Zlataric (2003), a satisfação de usuários de próteses parciais removíveis se dava principalmente pela retenção da prótese e conforto com a prótese inferior.

Em relação à prótese parcial fixa, o principal motivo de eleição foi o fato de a prótese ser fixa na boca e de recusa a necessidade de desgastar os dentes naturais. Os valores das matrizes estruturantes para estes dados foram respectivamente na arcada superior de 0,198 e -

0,619, o que mostra que o desgaste dos dentes tem um peso mais forte na recusa da PPF do que a possibilidade de se ter uma prótese fixa na eleição. Isto deve provavelmente pelo fato de além da PPF, as próteses sobre implantes também serem fixas na boca. Tan, Li e Chan (2005) mostraram em seu trabalho um alto índice de satisfação dos pacientes com PPFs, especialmente quanto à aparência, conforto na mastigação, fonação. Neste mesmo estudo, 35% dos pacientes reportaram sangramento gengival durante a higienização, mas 74% definiram este problema de sangramento ao redor das próteses como sendo um problema pequeno ou um não problema. Em nosso estudo, a dificuldade de limpeza das próteses foi um dos motivos de recusa das PPFs.

As próteses sobre implantes foram principalmente preferidas pelo desejo de se ter dentes individualizados e de se ter um prótese fixa na boca. principal motivo para a recusa foi o maior custo do tratamento. Pjetursson (2005) concluiu que 90% dos pacientes estavam completamente satisfeitos com os seus tratamentos com implantes, tanto do ponto de vista de função, quanto da estética e também julgavam o custo associado ao tratamento com implantes justos. Em um primeiro momento, o custo de uma prótese sobre implantes pode ser alto, mas conforme mostrado pelo trabalho de Pjetursson, a longo prazo, o valor do tratamento passa a ser considerado justo, considerando-se a satisfação atingida. Em nosso estudo, a recusa por tratamentos com implantes devido ao custo, pode estar superestimado, uma vez que a população do estudo se caracterizava como de baixa renda. Walton e MacEntee (2005) fizeram um estudo semelhante, avaliando-se a escolha ou recusa por tratamentos com implantes osseointegrados, em pacientes desdentados totais, eliminando-se o fator custo do tratamento. Encontraram uma taxa de recusa para implantes relativamente alta, sendo que mais de 36% dos idosos recusaram a oferta do tratamento com implantes osseointegrados, devido principalmente ao medo de ocorrer algum problema durante o procedimento cirúrgico.

Este item também foi avaliado em nosso estudo, apresentando também influência na recusa por implantes, entretanto em menores proporções.

A validação do modelo final foi feita por meio de predições individuais para a amostra original, expressa pela frequência absoluta e relativa dos casos. O modelo, a partir das respostas dos itens do QPP prediz uma resposta de eleição e recusa para aquele indivíduo e depois é feita uma comparação com as respostas que foram verdadeiramente dadas pelo paciente. Para todos os tipos de próteses, em ambas as arcadas, o modelo teve um acerto total acima de 90%, mostrando que os dados e resultados obtidos no estudo mostram-se confiáveis, podendo servir de parâmetro para que profissionais discutam e avaliem o tratamento mais indicado, de acordo com os anseios de seus pacientes.

Como a amostra de pacientes totalmente dentados e totalmente desdentados não foi suficiente para se realizar a análise estatística dos dados, uma continuidade do presente estudo pode ser feita, enfocando-se apenas estes tipos de pacientes.

Os pacientes parcialmente desdentados avaliados no estudo podiam ou não já ter utilizado algum tipo de prótese. Pode-se, futuramente, com um aumento da amostra, analisar os grupos separadamente, entre aqueles que já utilizaram prótese dentária e aqueles que nunca utilizaram, já que estes pacientes podem ter percepções diferentes do uso de próteses dentárias.

## 7 – CONCLUSÃO

- Foi observada grande variação nas opções de eleição ou recusa de tratamentos protéticos entre os pacientes desdentados parciais
- Pacientes com maior idade e maiores impactos da condição bucal na qualidade de vida tenderam a optar pela prótese parcial removível enquanto pacientes com maior escolaridade indicaram a prótese sobre implantes como opção de tratamento, mas, em geral, variáveis clínicas, sócio-demográficas e de satisfação com a saúde bucal apresentaram pouca relação com a escolha do tipo de tratamento em pacientes desdentados parciais
- Fatores relacionados a percepções individuais dos pacientes são importantes determinantes de escolhas por tipos de tratamentos protéticos
- Pacientes decidem por um tratamento pelo desejo individual de ter a possibilidade de retirar ou não a prótese, e de ter ou não dentes individualizados
- A prótese parcial removível apresentou o maior número de motivos para rejeição
- A necessidade de desgaste de dentes naturais e o custo do tratamento foram os motivos de maior impacto na recusa de próteses fixas sobre dentes e sobre implantes, respectivamente
- Os motivos que apresentaram maior impacto na eleição ou recusa de tratamentos podem ser utilizados como importantes questões para o direcionamento das tomadas de decisão de tratamento em pacientes desdentados parciais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEKOYA-SOFOWORA, C.A.; LEE, G.T.; HUMPHRIS, G.M. Needs for dental information of adolescents from an inner city area of Liverpool. **Br Dent J**, v.180, n. 9, p. 339-43, 1996.

ALLEN, P.F.; MCMILLAN, A.S.; WALSHAW, D. A patient-based assessment of implant-stabilized and conventional complete dentures. **J Prosthet Dent**, v. 85, n. 2, p. 141-7, 2001.

ARRIGUI, A.P. Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. **Acta Odontol Venez**, v. 36, p. 62-9, 1998.

BOWLEY, J. Minimal intervention prosthodontics: current knowledge and societal implications. **Med Princ Pract**, v. 11, n. 1, p. 22-31, 2002.

BRADLEY, C. Designing medical and educational intervention studies. **Diabetes Care**, v. 16, n. 2, p. 509-18, 1993.

CELEBIC, A.; KNEZOVIC-ZLATARIC, D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. **J Dent**, v. 31, n. 7, p. 445-51, 2003.

ELIT, L.; LEVINE, M.; GAFNI, A.; WHELAN, T.J.; DOIG, G.; STREINER, D.; ROSEN, B. Patients' Preferences for Therapy in Advanced Epithelial Ovarian Cancer: Development, Testing, and Application of a Bedside Decision Instrument. **Gynecol Oncol**, v. 62, n. 3, p. 329-335, 1996.

FEINE, J.S.; AWAD, M.A.; LUND, J.P. The impact of patient preference on the design and interpretation of clinical trials. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 26, n. 1, p. 70-4, 1998.

FROMENTIN, O.; BOY-LÈFEVRE, M.L. Quality of prosthetic care: patient's level of expectation, attitude and satisfaction. **Eur J Prosthodont Resto Dent**, v. 9, n. 3, p. 123-9, 2001.

GRAHAM, R.; MIHAYLOV, S.; JEPSON, N.; ALLEN, P.F.; BOND, S. Determining need for removable partial denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use. **Br Dent J**, v. 200, n. 3, p. 155-8, 2006.

HAKESTAM, U.; GLANTZ, E.; SODERFELT, B.; GLANTZ, P.O. What do patients expect from extensive restorative dental treatment? **Eur J Prosthodont Rest Dent**, v. 4, n. 2, p. 53-7, 1996.

HLATKY, M.A. Patient preferences and clinical guidelines. **JAMA**, v. 273, n. 15, p. 1219-20, 1995.

JONES, J.A.; ORNER, M.B.; SPIRO, A.III.; KRESSIN, N.R. Tooth loss and dentures: patient's perception. **Int Dent J**, v. 53, p. 327-34, 2003.

KRAMER, M.S.; SHAPIRO, S.H. Scientific challenges in the application of randomized trials. **JAMA**, v. 252, n. 19, p. 2739–45, 1984.

LAINE, C.; DAVIDOFF, F. Patient-centered medicine: a professional evolution. **JAMA**, v. 275, n. 2, p. 152–6, 1996.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impact on daily living. **J Dent Res** 1995, v. 74, n. 7, p. 1408-13, 1995.

LELES, C.R.; FREIRE, M.C.M. A sociodental approach in prosthodontic treatment decision making. **J Appl Oral Sci**, v. 12, n. 2, p. 127-32, 2004.

LELES, C.R.; RAMOS, W.C.; OLIVEIRA, L.B.; COMPAGNONI, M.A. Auto-percepção da necessidade de tratamento de indivíduos com espaços desdentados não tratados. **Braz Oral Res**, v. 18, p.143, 2004.

LELES, C.R.; MORANDINI, W.J.; SILVA, E.T.; NUNES, M.F.; FREIRE, M.C.M. Assessing perceived potential outcomes of prosthodontic treatment in partial and fully edentulous patients. **J Oral Rehabil**. Doi: 10.1111/j.1365-2842.2007.01839.x

LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older status. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, n. 3, p. 199-203, 1997.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

MAZUR, D.; HICKAM, D. Patient's preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. **J Gen Intern Med** v. 12, n.2, p. 114-17, 1997.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 307-14, 2005.

PJETURSSON, B.E.; KAROUSSIS, I.; BURGIN, W.; BRAGGER, U.; LANG, N.P. Patient's satisfaction following implant therapy. A 10-year prospective cohort study. **Clin Oral Impl Res**, v. 16, n. 2, p. 185-93, 2005.

REISINE, S.T.; BAILIT, H.L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc Sci Med**, v. 14A, n.6, p. 597-605, 1980.

RICH, B.; GOLDSTEIN, G.R. New paradigms in prosthodontic treatment planning. A literature review. **J Prosthet Dent** 2002; v. 88, n. 2, p. 208-14, 2002.

RICHARDS, M.A.; RAMIREZ, A.J.; DEGNER, L.F.; FALLOWFIEL, L.J.; MAHER, E.J.; NEUBERGER, J. Offering choice of treatment to patients with cancer. **Eur J Cancer** v. 31A, n. 1, p. 112–6, 1995.

SCHOUTEN, B.C.; HOOGSTRATEN, J.; EIJKMAN, M.A. Patient participation during dental consultations: the influence of patient's characteristics and dentist's behavior. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31, n. 5, p. 368-77, 2003.

SILVERMAN, W.A.; ALTMAN, D.G. Patients' preferences and randomized trials. **Lancet** v. 347, n. 8995, p. 171-4, 1996.

SONDELL, K.; SODERFELT, B.; PALMQVIST, S. Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. **Int J Prosthodont**, v.15, n.1, p.28-37, 2002.

SONDELL, K.; PALMQVIST, S.; SODERFELT, B. The dentist's communicative role in prosthodontic treatment. **Int J Prosthodont**, v. 17, n.6, p. 666-71, 2004.

SOUZA, R.F.; PATROCINIO, L.; PERO, .AC.; MARRA, J.; COMPAGNONI, M.A. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. **J Oral Rehabili**, v. 34, n. 11, p. 821-6, 2007.

TAN, K.; LI, A.Z.; CHAN, E.S. Patient satisfaction with fixed partial dentures: a 5-year retrospective study. **Singapore Dent J**, v. 27, n. 1, p. 23-9, 2005.

THOMASON, J.M.; LUND, J.P.; CHEHADE, A.; FEINE, J.S. Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery. **Int J Prosthodont**, v. 16, n. 5, p. 467-73, 2003.

TROVIC, T.A.; KLOCK, K.S.; HAUGEJORDEN, O. Level and predictors of agreement between patients and their dentist concerning need for replacement of teeth at time of extraction. **Acta Odontol Scand**, v.60, n.3, p. 186-92, 2002.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-5, 2000.

WALTON, J.N.; MACENTEE, M.I. Choosing or refusing oral implants: A prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. **Int J Prosthodont**, v. 18, n. 6, p. 483-88, 2005.

ZIEBLAND, S.; EVANS, J.; MCPHERSON, A. The choice is yours? How women with ovarian cancer make sense of treatment choices. **Patient Educ Couns**, v. 62, n. 3, p. 361-67, 2006.

APÊNDICE A – Formulário contendo dados de identificação, sócio-demográficos, sócio-econômicos e clínicos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
 MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA ODONTOLÓGICA

**IDENTIFICAÇÃO**

DATA:    /    /

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Sexo:  M    F      Data Nascimento:    /    /      Profissão: \_\_\_\_\_

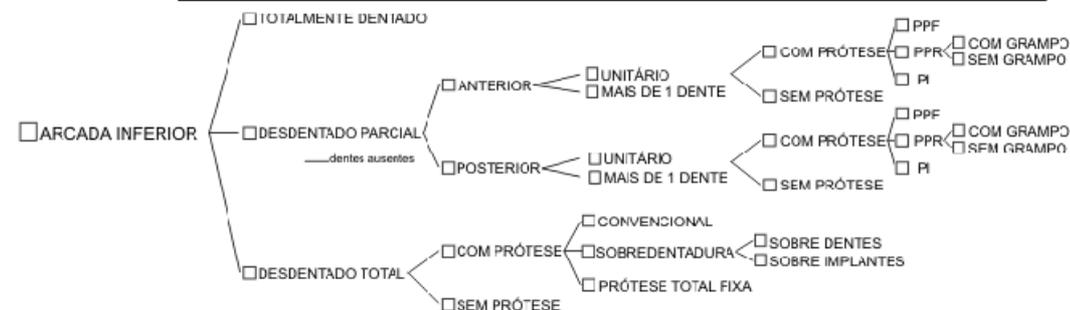
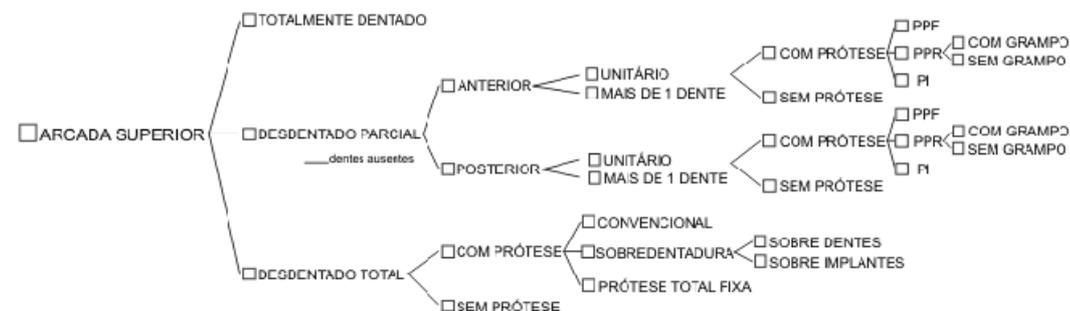
Estado civil:  Solteiro(a)  
 Casado(a)/vive com companheiro  
 Divorciado(a)/Separado(a)  
 Viúvo(a)

Grau de escolaridade:  Não alfabetizado  
 Ens. Fund. Incompleto  
 Ens. Fund. Completo  
 Ens. Médio Incompleto  
 Ens. Médio Completo  
 Ens. Superior Incompleto  
 Ens. Superior Completo

Renda mensal individual (em reais): \_\_\_\_\_

Você considera sua situação financeira:  Muito ruim    Ruim    Regular    Boa    Muito boa

**DADOS CLÍNICOS**



Idade em que teve a primeira perda dentária: \_\_\_\_\_ anos.

Idade em que começou a usar prótese: \_\_\_\_\_ anos

Tipos de próteses que já usou (pode ser indicada mais de uma alternativa)  PT    PPF    PPR c/ grampo    PPR s/ grampo    PI    Nunca usou

APÊNDICE B – Formulário contendo o Oral *Health Impact Profile-14* (OHIP 14) e OHIP-edent.

**ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-14 (OHIP-14)**

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:		Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Repetidamente(3)	Sempre (4)
1	você teve problemas para falar alguma palavra?					
2	você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3	você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4	você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?					
5	você ficou preocupada?					
6	você se sentiu estressada?					
7	sua alimentação ficou prejudicada?					
8	você teve que parar suas refeições?					
9	você encontrou dificuldade para relaxar?					
10	você se sentiu envergonhada?					
11	você ficou irritada com outras pessoas?					
12	você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias?					
13	você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?					
14	você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?					

Você está satisfeito(a) com a prótese que usa atualmente?

- Sim  
 Não  
 Não sei  
 Não se aplica

Você conhece todas as possibilidades de tratamentos protéticos para o seu caso?

- Não conheço  
 Conheço pouco  
 Conheço

Você conhece todas as possibilidades de tratamentos protéticos caso perca algum dente?

- Não conheço  
 Conheço pouco  
 Conheço

**ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-EDENT (OHIP-EDENT)**

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:		Nunca (A)	Às vezes (B)	Quase sempre ©
1	Você sentiu dificuldade para mastigar algum alimento?			
2	Você percebeu que seus dentes ou dentadura retinham alimentos?			
3	Você sentiu que suas dentaduras não estavam corretamente assentadas?			
4	Você sentiu sua boca dolorida?			
5	Você sentiu desconforto?			
6	Você teve pontos doloridos na boca?			
7	Suas dentaduras estavam desconfortáveis?			
8	Você se sentiu preocupado?			
9	Você se sentiu constrangido?			
10	Você teve que evitar comer alguma coisa?			
11	Você se sentiu impossibilitado de comer com suas dentaduras devido a problemas com elas?			
12	Você teve que interromper refeições?			
13	Você se sentiu perturbado?			
14	Você esteve em alguma situação embaraçosa?			
15	Você evitou sair de casa?			
16	Você foi menos tolerante com seu cônjuge ou família?			
17	Você esteve um pouco irritado com outras pessoas?			
18	Você foi incapaz de aproveitar totalmente a companhia de outras pessoas?			
19	Você sentiu que a vida em geral foi menos satisfatória?			

Você está satisfeito(a) com a prótese que usa atualmente?

- Sim  
 Não  
 Não sei  
 Não se aplica

Você conhece todas as possibilidades de tratamentos protéticos para o seu caso?

- Não conheço  
 Conheço pouco  
 Conheço

APÊNDICE C – Formulário com questões sobre a preferência protética (QPP).

**PREFERÊNCIA PROTÉTICA**

Após ver os encartes sobre os tipos de tratamentos protéticos para o seu caso, qual prótese você gostaria de fazer? (Enumerar de 1 a 3, em ordem crescente, a preferência do paciente)

	Desdentado parcial	<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
Arcada superior	Desdentado total	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> Sobredentadura	<input type="checkbox"/> Prótese Total Fixa sobre implantes	<input type="checkbox"/> NT
	Dentado				
	Apenas 1 dente	Anterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
		Posterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
	Mais de 1 dente	Anterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
		Posterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT

Qual destes tipos de próteses você recusaria, não faria em hipótese alguma?

	Desdentado parcial / Dentado	<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
	Desdentado total	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> Sobredentadura	<input type="checkbox"/> Prótese Total Fixa sobre implantes	<input type="checkbox"/> NT

	Desdentado parcial	<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
Arcada inferior	Desdentado total	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> Sobredentadura	<input type="checkbox"/> Prótese Total Fixa sobre implantes	<input type="checkbox"/> NT
	Dentado				
	Apenas 1 dente	Anterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
		Posterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
	Mais de 1 dente	Anterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
		Posterior <input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT

Qual destes tipos de próteses você recusaria, não faria em hipótese alguma?

	Desdentado parcial / Dentado	<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> PPF	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> NT
	Desdentado total	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> Sobredentadura	<input type="checkbox"/> Prótese Total Fixa sobre implantes	<input type="checkbox"/> NT

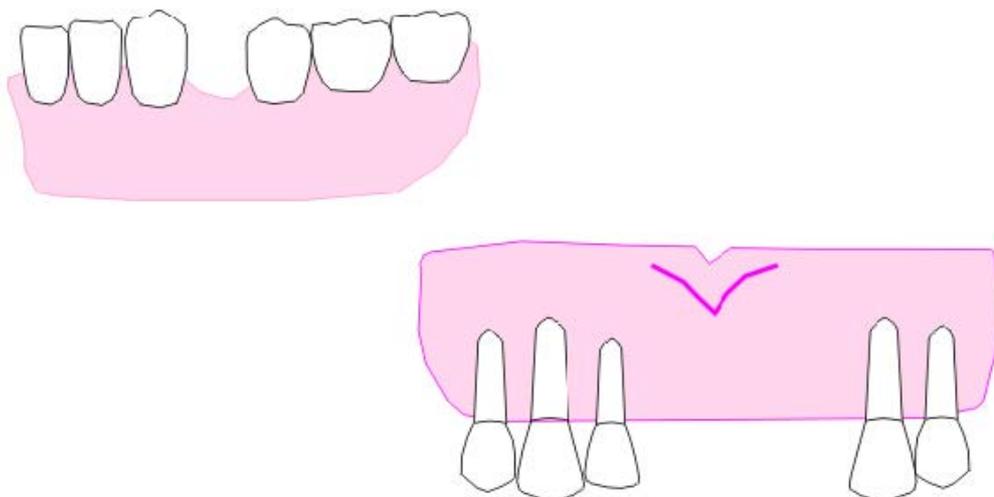
Dentre os itens abaixo, marque a importância que você dá aos seguintes aspectos do tratamento e uso de uma prótese dentária.

		Nenhuma importância 1	Pouca importância 2	Média importância 3	Muita importância 4	Total importância 5
1.	Risco de ocorrer algum problema durante cirurgias					
2.	Risco de perda do tratamento					
3.	A condição de saúde geral					
4.	Custo do tratamento					
5.	Tratamento ser muito complexo					
6.	Tratamento muito demorado					
7.	Necessidade de trocar a prótese com pouco tempo de uso					
8.	A prótese parecer-se com os dentes naturais					
9.	Melhora na mastigação					
10.	Dificuldade de limpeza da prótese e dos dentes					
11.	Menor necessidade de tratamentos no futuro					
12.	A prótese ser fixa na boca					
13.	A possibilidade de retirar a prótese para higienizar					
14.	Sentir-se mais confiante e seguro					
15.	Sentir-se melhor r.o relacionamento com outras pessoas					
16.	Ter melhores oportunidades pessoais e profissionais					
17.	Sentir-se mais jovem					
18.	A prótese ter aparência mais natural					
19.	A prótese não ser percebida pelas outras pessoas					
20.	Acúmulo de alimentos debaixo da prótese					
21.	Poder comer alimentos que não comia antes					
22.	Ter uma prótese com dentes individualizados (separados)					
23.	Risco da prótese se fraturar					
24.	A prótese prejudicar os outros dentes que ainda tenho					
25.	A possibilidade da prótese se soltar durante a fala ou mastigação					
26.	A possibilidade da prótese machucar a boca					
27.	Ter que retornar ao dentista para controle do tratamento					
28.	Necessidade de desgastar os dentes naturais					
29.	A prótese aumentar o risco de cárie					
30.	A prótese aumentar o risco de problemas na gengiva					
31.	A prótese provocar dor					
32.	Me arrepender depois do tratamento					

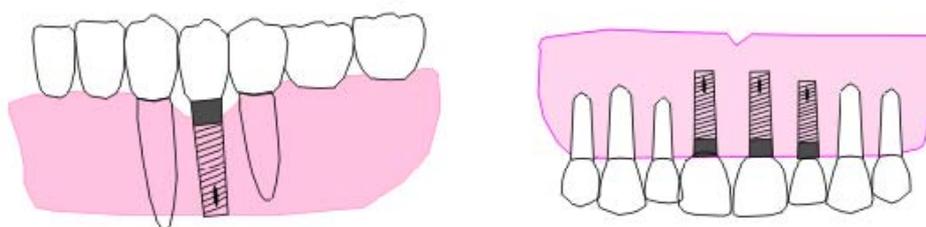
APÊNDICE D – Encartes ilustrativos utilizados durante aplicação do QPP.

### PARCIALMENTE DESDENTADO

Paciente com uma ou algumas faltas de dentes na boca.

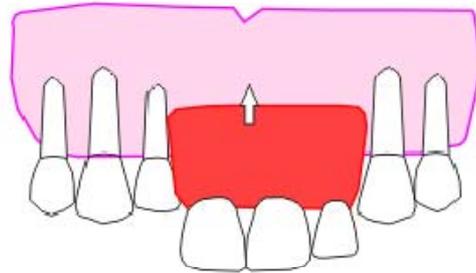
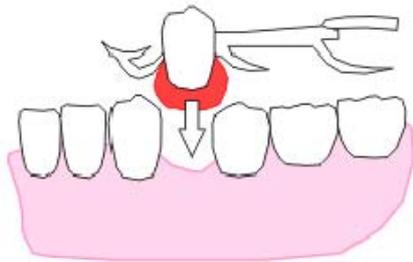


### PRÓTESE FIXA SOBRE IMPLANTES



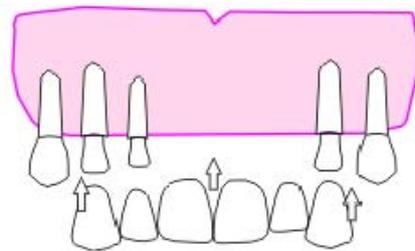
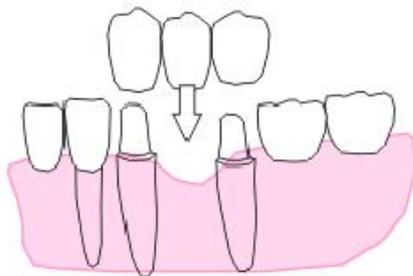
É necessário cirurgia?	<b>SIM</b>
Qual o tempo do tratamento?	<b>LONGO</b>
Qual o custo do tratamento?	<b>ALTO</b>
Qual a complexidade do tratamento	<b>ALTA</b>
É necessário desgastar dentes?	<b>NÃO</b>
A prótese pode ser retirada da boca?	<b>NÃO</b>

## PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL



É necessário cirurgia?	<b>NÃO</b>
Qual o tempo do tratamento?	<b>RÁPIDO</b>
Qual o custo do tratamento?	<b>BAIXO</b>
Qual a complexidade do tratamento	<b>BAIXA</b>
É necessário desgastar dentes?	<b>SIM(pouco)</b>
A prótese pode ser retirada da boca?	<b>SIM</b>

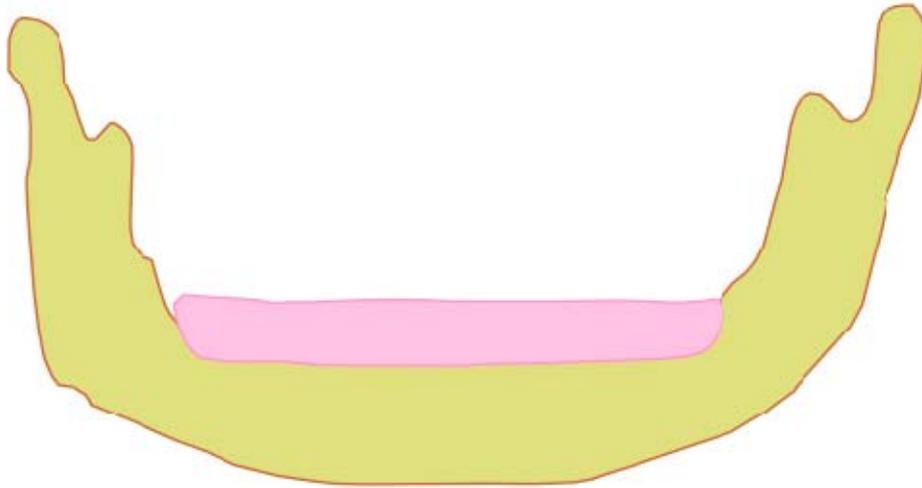
## PRÓTESE FIXA SOBRE DENTES



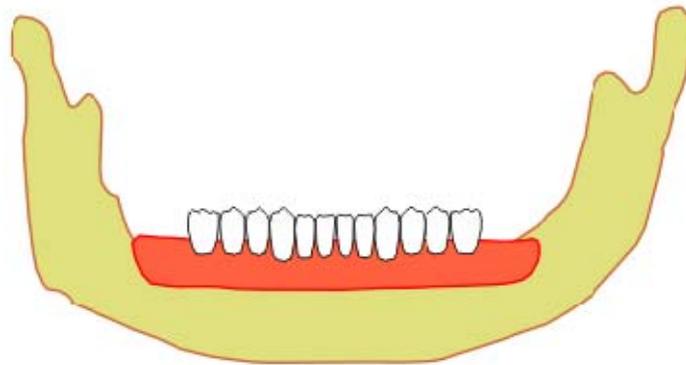
É necessário cirurgia?	<b>NÃO</b>
Qual o tempo do tratamento?	<b>MÉDIO</b>
Qual o custo do tratamento?	<b>MÉDIO</b>
Qual a complexidade do tratamento	<b>MÉDIA</b>
É necessário desgastar dentes?	<b>SIM</b>
A prótese pode ser retirada da boca?	<b>NÃO</b>

## TOTALMENTE DESDENTADO

Paciente sem nenhum dente na boca

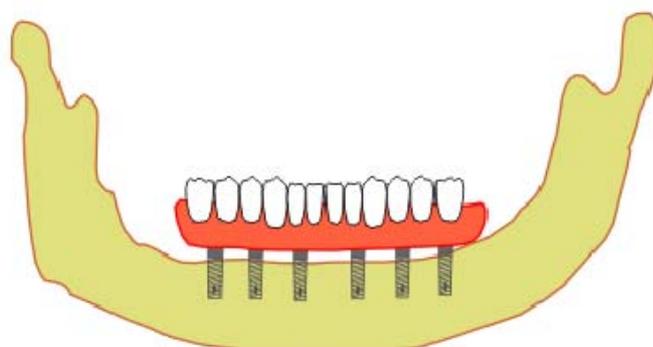


## PRÓTESE TOTAL - DENTADURA



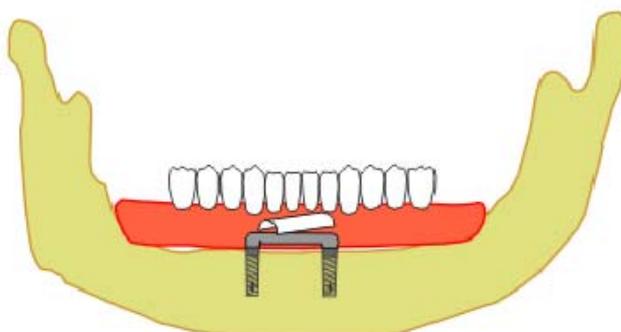
É necessário cirurgia?	NÃO
Qual o tempo do tratamento?	RÁPIDO
Qual o custo do tratamento?	BAIXO
Qual a complexidade do tratamento	BAIXA
Qual a estabilidade da prótese	BAIXA
A prótese pode ser retirada da boca?	SIM

## PRÓTESE FIXA SOBRE IMPLANTES



É necessário cirurgia?	<b>SIM</b>
Qual o tempo do tratamento?	<b>LONGO</b>
Qual o custo do tratamento?	<b>ALTO</b>
Qual a complexidade do tratamento	<b>ALTO</b>
Qual a estabilidade da prótese	<b>ALTA</b>
A prótese pode ser retirada da boca?	<b>NÃO</b>

## OVERDENTURE SOBRE IMPLANTES



É necessário cirurgia?	<b>SIM</b>
Qual o tempo do tratamento?	<b>LONGO</b>
Qual o custo do tratamento?	<b>MÉDIO</b>
Qual a complexidade do tratamento	<b>MÉDIO</b>
Qual a estabilidade da prótese	<b>ALTA</b>
A prótese pode ser retirada da boca?	<b>SIM</b>

APÊNDICE E – Foto dos encartes apresentados aos pacientes durante aplicação do QPP.



APÊNDICE F – Foto dos modelos de estudos apresentados aos pacientes durante aplicação do QPP.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**PROTOCOLO**  
**072/2007**

**Goiânia, 22 de outubro de 2007**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

**Título do projeto:** Preferências e motivos determinantes na escolha ou recusa de tratamentos com prótese dentária

**Pesquisador responsável:** Rafael Ragonezi Martins

**Pesquisador Participante:** Cláudio Rodrigues Leles/FO  
Érica Tatiane da Silva/FO  
Maria do carmo Matias Freire/FO

**Local de realização:** Faculdade de Odontologia/UFG

**Área Temática:** III

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise, **Aprovou** o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões).

Profª Dra Rita Goreti Amaral  
**Coordenadora do COEP/UFG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações abaixo, se você concordar em participar da pesquisa, assine ao final deste documento.

INFORMAÇÃO SOBRE A PESQUISA AO SUJEITO

Título do projeto:

Pesquisador responsável: Rafael Ragonezi Martins

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles

Telefone para contato: 39416875

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que utilizará um questionário um exame visual.

O questionário avaliará aspectos gerais (sociais, econômicos), a importância da saúde bucal para você e suas opiniões sobre próteses dentárias. O exame físico, visual, constará da verificação da presença ou ausência dos dentes.

Toda informação importante do exame será comunicada a você.

Caso você concorde em participar da pesquisa, asseguramos o sigilo das informações prestadas no preenchimento do questionário e do exame clínico. Asseguramos ainda o direito de retirar o consentimento de participação a qualquer momento.

Você é livre para não participar da pesquisa, sem por este motivo sofrer qualquer tipo de penalidade.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, sem que você seja identificado, em eventos de interesse científico e revistas científicas, com o objetivo único de contribuir com o conhecimento na área odontológica. Cinco anos após a coleta dos dados da pesquisa, todas as fichas clínicas e questionários preenchidos por você serão destruídos.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_ RG / CPF / n° prontuário  
\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo  
\_\_\_\_\_ como sujeito. Fui devidamente informado  
e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os  
possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar  
meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção do  
meu tratamento.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do sujeito:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe do pesquisador)

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_