

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

WILLIAM JOSÉ MORANDINI

**PERCEPÇÃO DE DESFECHOS RELACIONADOS À PRÓTESE DENTÁRIA
EM INDIVÍDUOS DESDENTADOS**

Goiânia

2006

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS
DE TESES E
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG) regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: William José Morandini

Título do trabalho: Percepção de Desfechos Relacionados à Prótese Dentária em Indivíduos Desdentados

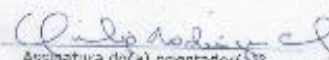
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²
Prof. Dr. Cláudio R. Leite
Biotecnia de Alimentos / UFG

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão desse prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

- Causas de embargo:
- Solicitação de registro de patente;
 - Submissão de artigo em revista científica;
 - Publicação como capítulo de livro;
 - Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser documental.

WILLIAM JOSÉ MORANDINI

PERCEPÇÃO DE DESFECHOS RELACIONADOS À PRÓTESE DENTÁRIA
EM INDIVÍDUOS DESDENTADOS

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre
ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles

Goiânia

2006

Morandini, William José

PERCEPÇÃO DE DESFECHOS RELACIONADOS À PRÓTESE DENTÁRIA EM
INDIVÍDUOS DESDENTADOS [manuscrito] / William José Morandini. - 2006.
C, 100 f.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia (FO),
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Goiânia, 2006.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Prótese dentária. 2. Percepção. 3. Paciente desdentado. I. Leles, Cláudio Rodrigues,
orient. II. Título.

CDU



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em
Odontologia



Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado em Odontologia do
aluno **Willian José Morandini**, -Matrícula FO040101034.

Aos vinte e nove dias do mês de maio do ano de dois mil e seis, na sala de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a defesa de dissertação do Mestrando Willian José Morandini sobre a pesquisa **“Percepção de Desfechos Relacionados à Prótese Dentária em Indivíduos Desdentados.”**

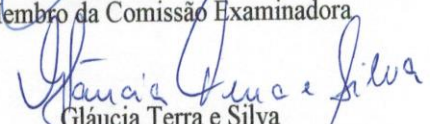
A comissão examinadora foi composta pelos seguintes professores Doutores Cláudio Rodrigues Leles- Presidente, Daniela Atili Brandini e Sicknan Soares da Rocha – Membros. A sessão foi aberta às 15:00 horas, após a leitura das normas o aluno fez a apresentação oral do trabalho e, em seguida foi argüido pelos professores examinadores tendo recebido o conceito **Aprovado**. Para constar, foi lavrada a presente ata que foi assinada por mim, Gláucia Terra e Silva, secretária da Coordenadoria de Pós-Graduação, juntamente com os demais membros da Banca Examinadora.

Goiânia, 29 de maio de 2006.


Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles
Orientador


Prof. Dr. Daniela Atili Brandini
Membro da Comissão Examinadora


Prof. Dr. Sicknan Soares da Rocha
Membro da Comissão Examinadora


Gláucia Terra e Silva
Secretária da Coordenadoria de Pós-Graduação

Dedicatória

A meus amados pais Maria e Waldir (*in memoriam*),
a quem dedico não apenas este trabalho mas
toda minha vida.

A minha esposa Luciane,
por sua paciência, incentivo e amor.

A Terezinha, mãe de minha esposa,
e hoje minha mãe também.

A meus irmãos Eduardo, Mônica e Elisabete.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Cláudio Leles que me proporcionou no meio acadêmico desafios a novos conhecimentos, e ao amigo Cláudio, simplesmente pela sua amizade.

Aos docentes do curso de Mestrado da FO/UFG.

A todos os amigos que acompanharam este desafio tornando-o uma conquista.

“Quando a caridade for a regra da conduta dos homens, eles conformaram os seus atos e suas palavras a esta máxima, não faças aos outros o que não queres que os outros te façam ”

Francisco Xavier

RESUMO

Foi avaliada em indivíduos desdentados a percepção de desfechos potenciais relacionados a benefícios e riscos do tratamento e conseqüências do não tratamento protético. Inicialmente foi desenvolvido um instrumento com 41 afirmativas que compuseram as escalas e sub-escalas com categorias ordinais tipo-Likert de 5 pontos (1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=neutro; 4=concordo; 5=concordo totalmente). A seguir foram entrevistados 126 indivíduos desdentados parciais ou totais, usuários ou não de prótese, idade média de 51,8 anos (DP=12,3), sendo 74% do sexo feminino. O coeficiente alfa de Cronbach da escala e sub-escalas variou entre 0,70 e 0,90. A influência da idade, sexo e dados clínicos foram avaliados através de análise de variância e teste t não pareado. A soma dos escores dos 41 itens para cada indivíduo variou entre 123 e 198, média de 173,8 (DP=14,8), com valor mínimo de 41 e valor máximo de 205. A proximidade da soma dos escores com valores máximos indicou tendência dos indivíduos em concordar com as afirmativas da escala (escores 4 e 5). Na escala total os menores escores foram para indivíduos jovens ($p=0,033$), do sexo masculino ($p=0,019$) e com espaços protéticos unitários ($p=0,004$). Na sub-escala de benefícios os menores escores foram para os desdentados unitários ($p=0,021$). Nenhuma das variáveis foram significativas para a sub-escala de riscos. Na sub-escala de conseqüências da não reposição, os menores escores foram para os homens ($p=0,033$), desdentados unitários ($p=0,018$) e não usuários de prótese ($p=0,00$). A percepção individual dos desfechos do tratamento protético foi influenciada por variáveis clínicas, sendo mais alta em indivíduos com maior idade, mulheres, maior número de dentes perdidos e usuários de prótese.

Descritores: prótese dentária, percepção, paciente desdentado

ABSTRACT

Self-perception of potential outcomes of prosthodontic treatment, including benefits, risks and consequences of not replacement of missing teeth, were studied in edentulous patients. Initially, using a qualitative approach, it was developed a instrument containing 41 affirmatives that comprise a scale and sub-scales that measure subject's perception score in a 5-point Likert-type scale (1=strongly disagree; 2=disagree; 3=neutral; 4=agree; 5=strongly agree). Subsequently 126 partially or totally edentulous subjects were interviewed. Mean age was 51.8-years (SD=12.3), 74% female. Cronbach's alfa coefficient of scale and sub-scale ranged from 0.70 and 0.90. Influence of age, gender and clinical variables were tested using analysis of variance and independent t-test. Sum of scores for each subject ranged from 123 to 198, mean score was 173.8 (SD=14.8). Subjects tended to agree with the proposed affirmatives (scores 4 and 5). Considering the total scale, lower scores were obtained by younger ($p=0.033$), male ($p=0.019$) and subjects with a single missing tooth ($p=0.004$). Using sub-scale of benefits, with single missing teeth subjects ranked lower scores ($p=0.021$). No variables showed significant relationship with perception scores using risks sub-scale. When considering sub-scale that measures perception of consequences of not replacement, lower scores were obtained by males ($p=0.033$), single missing tooth ($p=0.018$) and non wearers of prosthodontics ($p=0.000$). It was concluded that perception of potential outcomes of prosthodontic treatment was influenced by clinical variables. Older subjects, female, subjects with greater number of missing teeth and that have been previously treated have greater perception of benefits and risks of prosthodontic treatment.

Uniterms: prosthodontics, perception, edentulous patient

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3. OBJETIVOS.....	49
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	50
5. RESULTADOS.....	58
6. DISCUSSÃO.....	71
7. CONCLUSÕES.....	80
 REFERÊNCIAS.....	 81
APÊNDICES.....	87
ANEXOS.....	96

1. INTRODUÇÃO

A ampliação das possibilidades de tratamento protético para o paciente desdentado tornou mais complexo o processo de tomadas de decisão e alterou os modelos tradicionais de seleção e execução técnica do tratamento, acrescentando aos objetivos técnicos da intervenção aspectos mais amplos como o restabelecimento da função e a melhoria da qualidade de vida do paciente (RICH & GOLDSTEIN, 2002; LELES & FREIRE, 2004), além da prioridade por condutas baseadas em evidências científicas que suportem tratamentos eficazes e seguros e com relação custo-benefício adequada (CARR & MCGIVNEY, 2000; FUCHS, 2000; BURNS, 2003).

No que diz respeito à percepção da própria saúde bucal, as noções de saúde e doenças são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério (UNFER & SALIBA, 2000). Este fato é fundamental quando se deseja perceber o processo de saúde e doença a partir de novos prismas, assim, podemos entender que não é só a presença de sintomas ou limitação na função que afetam a qualidade de vida ou a saúde bucal, mas a maneira como estes elementos são significantes para o indivíduo (LEÃO & SEIHAM, 1995; LOCKER, 1997).

Quando relacionado à qualidade de vida, o conceito de saúde bucal refere-se a eventos complexos e multidimensionais variando de acordo com os contextos sociais, culturais e políticos no qual são operacionalizados e/ou medidos (LOCKER, 1997). Estes conceitos estão relacionados não apenas à percepção da condição de saúde, mas também a como os indivíduos atribuem conceitos, valores e crenças às práticas de saúde (FLECK *et al.*, 2000), e que determinam em parte o seu comportamento (MINAYO *et al.*, 2000).

Estudos revelam que o tratamento com reabilitação protética deve ser planejado em bases individuais, visando critérios funcionais e relacionados à qualidade de

vida (HAKESTAM *et al.*, 1996; TRULSSON *et al.*, 2002; JONES *et al.*, 2003; NARBY *et al.*, 2005). Considerando que as decisões de tratamento devem ser discutidas e compactuadas entre paciente e profissional (NEWSOME, 2003; SONDELL *et al.*, 2002; SONDELL *et al.*, 2004; NARBY *et al.*, 2005) a forma como o paciente compreende riscos e benefícios de uma potencial intervenção, tem importante papel nas tomadas de decisão e indicam uma forma de tratamento mais adequada (RICH & GOLDSTEIN, 2002).

De maneira geral as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão (REISINE & BAILIT, 1980), porém diferente dos critérios usados pelos profissionais. Sob esse ponto de vista, os pacientes se diferenciam em relação às formas de tratamento indicadas e mesmo a própria necessidade de intervenção (BOWLEY, 2002; GRAHAM, 2006), além disso, é escasso o conhecimento dos valores e crenças individuais que influenciam a definição por parte do paciente na busca ou não por tratamento, principalmente para problemas clínicos com mínima repercussão estética ou funcional e comprometimento estrutural reduzido, como no caso de espaços protéticos curtos na região posterior (WITTER *et al.*, 1999; SARITA *et al.*, 2003 e AKEEL, 2003).

Nessas situações de avaliação subjetiva da necessidade de prótese, são comuns as contradições entre a opinião do paciente e a do profissional e a inconsistência nas tomadas de decisão clínica (REISINE & BAILIT, 1980; MOJON & MacENTEE, 1992; SRISILAPANAM & SHEIHAM, 2001; SRISILAPANAN *et al.*, 2003). Assim, o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar a percepção dos pacientes em relação a vários aspectos do tratamento, pode auxiliar no processo de tomada de decisão, permitindo análises quantitativas e o exame dos componentes das variáveis a ela relacionadas (RONIS *et al.*, 1994).

Resultados do trabalho de HEFT *et al.* (2003) sugerem estudos mais aprofundados relacionados aos fatores que guiam a percepção individual para a necessidade de tratamento. Ainda neste sentido, HAKESTAM *et al.* (1997) e FROMENTIN & BOY-LEFÈVRE (2001) propõem um melhor entendimento das estruturas usadas pelos pacientes na satisfação do tratamento e a aplicação destas estruturas de forma individual. Neste contexto, é importante entender que a prioridade, a percepção, e as expectativas são fatores que podem levar ao sucesso do tratamento (MAIZELS *et al.* 1993; BERKEY *et al.*, 1996).

Medidas subjetivas obtidas a partir da percepção feitas pelo paciente proporcionam então, informações que complementam o exame clínico feito pelo profissional (LOCKER & JOKOVIC, 1996). Assim sendo, a avaliação de aspectos relacionados à percepção dos indivíduos com perdas dentárias e a verificação da associação entre a autopercepção e variáveis clínicas individuais se fazem necessárias até para que o paciente possa ser visto de uma maneira mais completa em que a saúde deixa de ser interpretada como um estado estático, biologicamente definido para ser compreendido como um estado dinâmico e socialmente produzido (BUSS, 2000).

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar os fatores relacionados à percepção de pacientes em relação ao tratamento com prótese dentaria e a relação entre a percepção individual e variáveis clínicas e sócio-demográficas.

2 - REVISAO DE LITERATURA

Reisine e Bailit (1980) analisam a importância relativa da saúde oral definida por profissionais e fatores demográficos na determinação da percepção dos pacientes em relação à saúde oral. Os autores citam que a percepção da saúde depende de indicadores de saúde e de características sócio-demográficas da população. Assim os objetivos foram analisar a percepção entre status clínico e percepção da saúde oral, determinar a importância de fatores sócio-demográficos na percepção da saúde oral e explicar os efeitos dos fatores sociodemográficos na relação dos fatores clínicos/subjetivos. O estado de saúde foi medido através das duas doenças bucais mais prevalentes: a cárie dental e a doença periodontal. Os índices usados foram CPOD; OHI (Oral Hygiene Index), PPM (Periodontal Pocket Measurements), e dados demográficos como idade, sexo e classe social. A amostra constituiu-se de 1350 pacientes que necessitavam de tratamento odontológico. Na avaliação da saúde oral, 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 possuiu uma grande correlação com a auto avaliação e é claramente o fator clínico mais importante na avaliação do status de saúde oral. Os autores concluíram que a influencia dos fatores sociodemograficos analisados não possuem grande influencia quanto se esperava na percepção do status de saúde oral. Os autores citam que aparentemente as mulheres tendem a avaliar sua saúde oral mais negativamente do que os homens e que aceitam a perda dos dentes como sendo um processo natural e inevitável.

Mojon e MacEntee (1992) realizaram um estudo para estimar a necessidade de tratamento protético sob condições teóricas, clínicas e práticas de uma população de idosos institucionalizados residentes em Vancouver e identificar fatores que poderiam influenciar suas queixas, necessidade de tratamento e uso de próteses dentárias. Foram selecionados

aleatoriamente 269 edêntulos com idade acima de 60 anos, para participarem de uma entrevista e serem examinados clinicamente. Perguntas foram feitas para que fossem detectadas queixas relacionadas à saúde bucal e informações sobre o uso de serviços odontológicos. A idade, o gênero, o nível educacional e o tempo de permanência na instituição foram investigados. Os fatores considerados na estimativa foram a qualidade da prótese (necessidade teórica), anatomia do rebordo residual (necessidade clínica) e queixa do paciente (necessidade prática). Cerca de 50% da amostra identificaram problema bucal. O número de queixas foi significativamente maior entre os indivíduos nível de educação maior e aqueles que tinham tido acesso ao dentista mais recentemente. Muitos dos que se queixavam relataram que seu problema persistia há mais de um ano. Não existiu associação significativa entre os relatos e as necessidades teóricas ou clínicas. As queixas mais freqüentes daqueles que não usavam prótese eram o comprometimento da aparência e da fala. A idade, o gênero, o nível educacional e o desajuste das próteses pareceram não ter influência na procura pelo tratamento. Os autores concluíram que somente um terço da população de edêntulos buscaria e se beneficiaria do tratamento protético, o que contrasta com a larga proporção que seria indicada para tratamento, se a avaliação da necessidade fosse baseada somente em observações clínicas, subestimando as queixas dos indivíduos.

Ronis *et al.* (1994) realizaram um estudo para medir a percepção dos pacientes em relação a benefícios, riscos e custos do tratamento com cirurgia ortognática com o objetivo de obter um melhor entendimento desta percepção, quantificá-la e determinar a confiabilidade dos dados obtidos pelo instrumento utilizado no estudo. Os dados foram obtidos em duas fases; na primeira foi utilizado um questionário com perguntas abertas feitas por telefone para 45 pacientes dos quais 34 (76%) responderam às questões para fosse avaliado qualitativamente o que os pacientes sentiam em relação aos riscos e benefícios do tratamento

com cirurgia ortognática, e na segunda fase foi desenvolvido um questionário com questões fechadas a 60 pacientes dos quais 36 (60%) responderam ao questionário completamente para quantificar a percepção dos pacientes e identificar riscos e benefícios do tratamento. A confiabilidade do questionário foi avaliada pela sua consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach, que variou de 0,74 a 0,91 quando o questionário foi utilizado para todos os riscos ou benefícios do tratamento com cirurgia ortognática, indicando aceitável confiabilidade das medidas. Os autores relataram a importância do melhor entendimento das estruturas utilizadas pelos pacientes na aceitação e satisfação do tratamento a ser realizado, melhorando com isto a decisão clínica tomada pelo profissional avaliando-se sistematicamente as alternativas de tratamento e conciliando com o contexto dos valores dos pacientes.

Locker e Miller (1994) realizaram um estudo para avaliar uma série de indicadores subjetivos de saúde bucal desenvolvidos para o uso de estudos epidemiológicos em adultos. O objetivo foi avaliar estes indicadores quanto a sua generalização, fidedignidade e validade quando usados em pessoas com dezoito anos de idade ou mais. Os dados foram coletados através de um questionário auto-aplicável preenchido por 553 pessoas com dezoito anos e mais, moradoras de uma cidade no Canadá. Foram utilizados os seguintes indicadores subjetivos da condição bucal: capacidade para mastigar e falar, presença de sintomas bucais dolorosos, problemas com a alimentação, dificuldades de manter relações sociais e de comunicação com outras pessoas, problemas com atividades da vida diária, e escala de preocupação com a condição bucal. Os resultados sugeriram que os indicadores conseguiram medir com sensibilidade os problemas bucais em todas as faixas etárias pesquisadas. As diferenças entre os grupos de idade não foram consistentes. O que chamou a atenção foi a alta proporção de adultos jovens que declararam estar com bem-estar funcional, social ou psicológico comprometido de alguma maneira por sua condição bucal. Os autores concluíram

que os indicadores subjetivos foram úteis na avaliação da condição bucal e sugeriram sua utilização em estudos descritivos de saúde bucal.

Leão e Sheiham em 1995 realizaram 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 dimensões da saúde bucal como: aparência, dor, conforto, condição bucal e restrição de alimentação. 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. De acordo com o resultado, 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.

Berkey *et al.* (1996) discutiram problemas tipicamente encontrados em pacientes idosos e propôs um modelo para determinar de forma apropriada o estado de saúde bucal desta população. Em relação à população de idosos, os autores comentam que a decisão clínica do profissional deve ser adequada para estimar os benefícios do tratamento com procedimentos que resolvam os problemas causados pela idade na saúde oral de pacientes idosos. Os autores fazem comentários em relação a recursos financeiros dos idosos, que apresentam uma queda considerável de sua situação financeira influenciando na procura por tratamento odontológico, fazem também considerações a respeito do declínio psicológico devido à idade avançada e a presença de doenças crônicas que são fatores a serem considerados no tratamento odontológico, como no caso da doença de Alzheimer em que o

envolvimento do paciente no tratamento é muito limitado. A avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, segundo o texto, deve levar em consideração a percepção de cada paciente e o que é prioridade no seu ponto de vista, estes são fatores que juntamente com a expectativa levam ao sucesso do tratamento. O profissional deve perguntar ao paciente, questões específicas sobre possíveis problemas, sua severidade e o impacto que eles sentem na sua qualidade de vida. Estas questões estão reunidas em quatro dimensões: necessidade funcional, sintomatologia, patologias e estética.

Locker e Jokovic (1996) realizaram um estudo para avaliar uma série de indicadores subjetivos de saúde bucal, com o objetivo de identificar idosos que necessitavam de tratamento odontológico. Os dados foram coletados através de entrevistas, exame clínico e questionário auto-aplicável em 493 pessoas com mais de 50 anos de idade, não desdentadas e funcionalmente independentes, em Ontário, no Canadá. Os indicadores subjetivos utilizaram foram: uma questão sobre auto-avaliação das necessidades de tratamento com resposta sim e não; 15 questões sobre problemas sociais decorrentes da condição bucal e 49 perguntas que compõe o “Oral Health Impact Profile” (OHIP), que mede a frequência na qual as pessoas apresentam problemas no seu dia a dia em função das condições bucais. Também foi realizado exame clínico para que o dentista pudesse avaliar a necessidade de tratamento do paciente. Os resultados mostraram que apesar de existirem entre as medidas clínicas e as subjetivas, alguns valores foram baixos mostrando que as medidas subjetivas servem para identificar subgrupos de indivíduos cujas condições clínicas apresentem problemas significativos no dia a dia e que necessitem de tratamento odontológico. Os autores concluíram que as medidas subjetivas avaliadas neste estudo deveriam ser interpretadas como indicadores de necessidade, que servem para complementar as medidas clínicas convencionais.

Hakestam *et al.* (1996) tiveram o objetivo de investigar os fatores que presumidamente causam algum efeito na expectativa dos pacientes em relação ao tratamento com prótese dentária. Especificamente, analisaram a idade do paciente, gênero, estado civil, educação (primário/mais que o primário) e trabalho (empregado ou desempregado). Estes dados foram analisados antes do tratamento com diversas modalidades de tratamento protético freqüentemente realizado. A amostra foi constituída por 489 pacientes que necessitavam de tratamento extensivo, implicando um considerável efeito em suas vidas. Um questionário foi desenvolvido com 69 questões desenvolvidas em conjunto com especialistas em prótese dentária, professores em educação da Universidade de Lund e professores do Departamento de Prótese de Malmo contendo questões relativas à ocupação do paciente, da família, de observações subjetivas de sintomas orais e faciais, bem como sobre depressão, ansiedade, e de questões relativas ao entendimento do tratamento proposto. A participação na decisão sobre o tratamento, aspectos financeiros e questões psicológicas futuras sobre o tratamento como aparência, melhor envolvimento social entre outros também fez parte desta avaliação. O resultado desta avaliação não indicou a presença de uma grande relação entre as modalidades de tratamento protético e estado civil ou gênero, no entanto, houve uma grande associação em relação ao nível de escolaridade. A função e o sentimento de melhora da saúde, seguidas da aparência e da expectativa de menores necessidades para tratamentos odontológicos futuros foram as principais variáveis observadas em relação à expectativa do tratamento. Os resultados mostraram que as mulheres têm uma expectativa maior de melhora da aparência quando comparado aos homens. A expectativa relacionada à modalidade de tratamento mostrou na análise bivariada que os pacientes indicados para implante possuem uma menor expectativa em relação a estética dos que outros grupos de tratamento. Os autores concluíram que vários aspectos econômicos, sociais e culturais podem ter um grande impacto nas atitudes dos pacientes que realizam tratamento com prótese dentária. Salientaram que é importante os

profissionais elucidarem o tratamento para os pacientes pois para alguns grupos, com tipos especiais de tratamento é muito difícil usar métodos padronizados para avaliar os objetivos do tratamento proposto.

Bennett *et al.* (1997) delineararam e testaram um questionário para descrever em linhas gerais a visão dos pais em relação aos riscos e benefícios, bem como os valores atribuídos aos aspectos positivos e negativos do tratamento ortodôntico. Os autores ressaltam a importância e se entender mais especificamente porque pais estão dispostos custear o tratamento ortodôntico. Este estudo foi conduzido em duas fases. A primeira consistia da avaliação qualitativa dos parentes (n=15) e ortodontistas (n=15) em relação ao tratamento ortodôntico através de perguntas abertas. O resultado desta avaliação gerou itens com afirmativas fechadas segundo o método utilizado por Ronis *et al.* e estruturadas em uma escala tipo Likert de seis pontos. A segunda fase do estudo envolveu a distribuição de um questionário resultante da primeira fase a uma amostra de parentes após o tratamento (n=220) e para ortodontistas (n=373). Foram coletados dados demográficos dos parentes e ortodontistas e interpretados junto com os dados do questionário. O resultado mostrou que houve uma redução de 84 para 52 itens, e oito escalas foram examinadas: expectativa de benefícios do tratamento, expectativa de riscos a curto e longo prazo, inconvenientes, valores atribuídos a benefícios, a riscos e inconvenientes. Para os parentes a confiabilidade foi aceitável em todas as escalas, já para os ortodontistas apenas a escala riscos em curto prazo não obteve uma confiabilidade aceitável. Preliminarmente a validade foi avaliada examinando relação entre variáveis demográficas e os escores das sub-escalas. Nesta avaliação para os ortodontistas, a idade, sexo e volume de pacientes estiveram associados aos valores do tratamento e para os parentes, o nível econômico, nível educacional e sexo se mostraram relacionadas à expectativa e valores do tratamento. Os autores concluíram que o questionário

desenvolvido mostrou ser prático e confiável e pode ser usado para explorar fatores que afetam a demanda do tratamento.

Hakestam *et al.* (1997) avaliaram um grupo de pacientes na Suécia, que aguardavam reabilitação protética extensa, utilizando perguntas que poderiam identificar aspectos de relevância clínica associados à personalidade. Investigaram relações entre personalidade e atributos socioeconômicos, atitudes dos pacientes com os dentes e cuidados odontológicos, percepção de problemas dentários, experiências e expectativas relacionadas aos cuidados e auto-relato de sintomas. Questionários foram enviados a 489 pacientes, selecionados consecutivamente, sendo que 84,2% responderam. Os participantes foram enquadrados de acordo com suas respostas em diferentes traços da personalidade: 1) *fearful-depressed*: ansioso, depressivo, desanimado, mal humorado; 2) *open-minded*: otimista, confiante, com grandes expectativas e poucos sintomas; 3) *control-minded*: autônomo, que não revela expectativas e preocupações. Os resultados mostraram que as mulheres, sendo também as mais jovens, tiveram maior representatividade na personalidade *fearful-depressed*, por consumirem mais tranquilizantes, serem mais pessimistas com relação ao tratamento e relatarem com maior frequência a presença de sintomas. A personalidade frágil e apreensiva revelou a necessidade de uma relação positiva e segura entre paciente-dentista. O perfil *open-minded* demonstrou facilidade de relacionamento, de expressar sentimentos, valorizava mais seus dentes e sua aparência que os demais. Todos os traços de personalidade apresentaram sentimentos negativos a respeito dos cuidados odontológicos. Concluíram que os fatores de personalidade estão relacionados a fatores de relevância clínica. A personalidade afeta a autopercepção do paciente quanto à saliência do dente e à presença de sintomas, aos padrões de atendimento odontológico e as suas expectativas quanto aos resultados do tratamento.

Locker (1997) realizou um estudo para verificar como a autopercepção da condição bucal muda com os anos. Para isso foram usados os dados de um estudo longitudinal realizado em 1990 e em 1993, em Ontário 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. As mudanças 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 23,0% das pessoas que avaliam sua condição bucal pioraram neste período, 66,5% acharam que não houve alteração e 10,5% que houve melhora. As mudança de escores dos 4 indicadores mostraram um padrão similar e foram associadas com o julgamento feito pela pessoa. No período estudado, as pessoas tiveram um ou mais dentes perdidos. Porém o único indicador clínico associado com as mudanças na percepção foi a perda de um ou mais dentes, e o que chamou a atenção foi 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 o autor, este fato sugere que o impacto da perda dos dentes na saúde bucal pode ser positivo ou negativo, dependendo da condição que se encontrava este dente quando da sua extração.

O objetivo do estudo de Arrighi (1998) foi avaliar a atitude dos pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia da Venezuela 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. Entrevistas foram feitas com 60 pacientes, sendo 48 mulheres e 12 homens, com idade entre 18 e 70 anos de idade. Os dados foram obtidos em duas etapas, na consulta inicial e logo após a instalação das próteses removíveis. Durante a consulta inicial, foram registrados dados sócio-econômicos do paciente, motivo da consulta, experiência de tratamento protético anterior e motivação para a

colocação de próteses. Os resultados mostraram que o grupo etário de 31 a 50 anos foi o mais interessado em realizar 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. As causas pelas quais alguns pacientes não manifestaram o desejo de colocação de prótese foram a ansiedade, medo do tratamento, falta de informação, relato inadequado de outras pessoas. Foi verificado que a maior satisfação do paciente com o tratamento é obtida na medida em que suas expectativas iniciais são atendidas.

Elias e Sheiham (1998) realizaram revisão de literatura com o objetivo de estabelecer relação entre o número, a localização e o estado da dentição com a satisfação do indivíduo com sua cavidade bucal. Concluíram que as perdas dentárias podem afetar a mastigação, a fala e a aparência, tendo como possível consequência também o comprometimento das atividades sociais. Segundo esses autores, o número e a localização das ausências dentárias são fatores que podem afetar a autopercepção quanto à necessidade de tratamento protético.

Elias e Sheiham (1999) realizaram um estudo longitudinal e transversal em Brasília (Brasil) com o objetivo de determinar a relação entre condição dentária (número e posição dos dentes) e percepção subjetiva de satisfação com a boca e dentes e, investigar as mudanças relacionadas à satisfação e condição dentária ocorrida ao longo do estudo longitudinal. O estudo longitudinal teve início em 1990. Participaram desse estudo 227 indivíduos dentados, trabalhadores de fábricas selecionados ao acaso, com idade entre 45-54 anos, de duas classes sociais. No estudo transversal foi utilizada amostra do tipo de conveniência, sendo constituída por 657 homens dentados com idade entre 35 a 54 anos, que trabalhavam no setor de transporte, os quais foram examinados e entrevistados. A localização

dos dentes remanescentes foi um importante preditor da satisfação com a boca. A posição da falha teve implicações importantes na procura pelo tratamento protético. Os dentes anteriores têm um importante papel nas relações sociais. O número de dentes anteriores foi a variável clínica que mais influenciou a satisfação. Foi encontrado que a comunicação e a função têm grande influência na satisfação com a saúde bucal. A estética foi o fator mais importante quando associada com a comunicação. O mesmo nível de satisfação foi observado entre as pessoas com dentição completa e aquelas com 3 ou 4 pares de pré-molares ocluindo sem reposição. Apenas 50% das pessoas com nenhum pré-molar ou molar eram satisfeitas com sua boca. A tendência foi o maior número de dentes posteriores resultar em maior nível de satisfação. A reposição de falhas dentárias somente aumentou a satisfação em pessoas que não tinham dentes anteriores ou pré-molares. No estudo transversal não foram encontradas diferenças na capacidade mastigatória entre pessoas com falhas posteriores e aquelas que usavam prótese. Foi encontrado 75% de satisfação com a capacidade mastigatória no estudo transversal e 64% no longitudinal. O grande número de dentes cariados reduziu muito a probabilidade de satisfação nos dois estudos. A idade e a classe social provavelmente afetaram a satisfação.

Witter *et al.* (1999) realizaram revisão da literatura para discutir o arco dentário encurtado (ADE) como opção de tratamento. O ADE é um tipo específico de dentição que compreende a região anterior intacta e uma variação no comprimento do arco dentário, determinada pelo número de pares oclusais posteriores (entre 3 e 5 pares), conhecida como “dentição de pré-molar” com algumas variações. Os autores aludiram que a abordagem fisiológica e funcional dos conceitos atuais de oclusão dentária assume tipos variados de dentição, compatíveis com oclusão saudável e função oral satisfatória, considerando redução no número de dentes remanescentes. Na saúde pública, os autores mencionaram que a restauração completa dos arcos dentários é impraticável, pois requer custos elevados.

Concluíram que os arcos dentários encurtados podem atender às demandas funcionais, estéticas, de capacidade mastigatória, de estabilidade oclusal e mandibular em longo período de tempo. O conceito indica que em casos de ADEs, os dentes posteriores ausentes não devem ser substituídos. Deve ser enfatizada a preservação de partes funcionais da dentição, evitando o sobretratamento, os custos elevados e os benefícios questionáveis.

Buss (2000) descreveu aspectos ligados a promoção de saúde e qualidade de vida. O autor faz uma revisão dos conceitos de saúde, discutindo a contribuição da promoção de saúde, como campo de conhecimento e prática para a qualidade de vida. Apresenta conceitos e estratégias capazes de operacionalizar esta interação. O enfoque da promoção de saúde segundo o texto é centrado no indivíduo, para que estes possam conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Há no texto um histórico das diversas conferências para debater a saúde e qualidade de vida que ocorreram nas últimas décadas como a III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde e a Declaração de Bogotá, que estabelecem princípios e premissas ligados ao tema da saúde. É citado no artigo que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios que ampliem a qualidade de vida, ou seja, a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos.

O objetivo do trabalho de Unfer & Saliba em 2000 foi de avaliar o conhecimento popular e as práticas cotidianas em saúde bucal de usuários de serviços públicos de saúde. A metodologia utilizada constou de uma amostra estratificada de usuários das unidades sanitárias da zona urbana de Santa Maria, RS. 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 desta pesquisa observaram que predominou usuários entre 21 a 40 anos de idade, do sexo feminino e com padrão sócio-

econômico baixo. Neste trabalho, no que diz respeito a percepção da própria saúde bucal, 45,7% da amostra estudada, consideraram sua saúde regular, enquanto 30% a consideraram boa, isto poderia ser devido ao fato das noções de saúde bucal serem concebidas de acordo com o critério adotado por cada paciente. Os autores acreditam 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, assim os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e as práticas em saúde bucal, para viabilizar o processo de capacitação da população da saúde em todos os níveis da sociedade.

FLECK *et al.* (2000) tiveram como objetivo deste estudo avaliar o WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Group) no Brasil. Este teste foi aplicado a 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, RS. Segundo os autores a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento e com suas propriedades psicométricas satisfatórias fez com que o grupo de qualidade de vida da OMS (Organização Mundial de Saúde) desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Este instrumento constou de 26 questões sendo duas relacionadas à qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original que preservou a abrangência do construto “qualidade de vida”, incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relacionados ao tratamento, ao meio ambiente e relações sociais. O WHOQOL-bref é um instrumento baseado no pressuposto de que a qualidade de vida é a construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensionais e compostos por elementos positivos e negativos. As propriedades psicométricas da avaliação do WHOQOL-bref. se mostram semelhantes ao do original podendo ser aplicadas e analisadas transculturalmente.

Minayo *et al.* (2000) realizaram um trabalho de revisão relacionado a aspectos de qualidade de vida e saúde para debater as relações existentes entre estes conceitos. Os autores fizeram uma discussão sobre a representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, realização pessoal) e também parâmetros objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas, e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. Há uma reflexão neste estudo representações e ações voltadas para a qualidade de vida, como as noções de modo e estilos de vida. A qualidade de vida é tida como um termo que abrange muitos significados que refletem no conhecimento, experiências e valores do indivíduo. No que concerne a saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetro para si.

McGrath, Bedi e Gilthorpe (2000) realizaram um estudo qualitativo cuja população alvo era o público, com o objetivo de determinar a percepção da saúde bucal afetando a qualidade de vida, e a influência de fatores sócio-demográficos nessa percepção. Foram selecionados ao acaso 2668 endereços do Arquivo de Endereços Postais da Inglaterra. Entrevistas estruturadas foram realizadas com um adulto de cada residência, a partir de 16 anos. Participaram do estudo 1778 indivíduos, sendo que 75% deles perceberam que a saúde bucal afeta a qualidade de vida de forma positiva e/ou negativa. Sintomas como dor/desconforto, problemas funcionais e psicológicos foram relacionados com a percepção de piora na qualidade de vida. A melhora na aparência, na mastigação e no bem-estar geral foram considerados sinais e sintomas de melhora na qualidade de vida. Indivíduos de nível sócio-econômico mais alto eram mais prováveis de perceberem a influência positiva da saúde bucal na qualidade de vida que aqueles de classe social baixa. As mulheres e o grupo mais jovem (na faixa etária entre 16 e 64 anos) perceberam impacto mais forte da saúde bucal na qualidade de vida que os homens e idosos (a partir de 65 anos). O grupo mais jovem era mais

o provável de acreditar na melhora da vida, apesar de relatar com mais frequência piora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em um ou outro aspecto.

Fuchs (2000) em seu artigo de revisão sobre terapia baseada em evidência científica descreve como as decisões na prática clínica eram realizadas tradicionalmente, ou seja, através de princípios fisiopatológicos e de raciocínio lógico chamado de experiência do clínico. O autor relata que este tipo de avaliação é totalmente imprevisível, pois se desconhece os fatores que levam ao sucesso ou falhas terapêuticas. Já um novo paradigma surgiu na presente década objetivando um atendimento mais correto, ético e cientificamente embasado, tornando as decisões mais científicas e eficazes, baseadas em um método de avaliação mais vigoroso e visando otimizar benefícios e minimizar os riscos e custos. As observações geradas através das condutas baseadas em evidência científica têm levado ao consenso que a atenção à saúde deva embasar-se em pesquisas mais sólidas e ser julgada por desfechos alcançados. O autor concluiu que as evidências científicas tem diferentes graus de certeza, condicionados por fontes de onde provêm, delineamentos dos estudos que lhes dão origem, intensidade dos efeitos observados e alertou para a possibilidades de ocorrência de erros aleatórios.

Fromentin e Boy-Lefèvre (2001) tiveram como objetivo de comparar o nível de expectativa e atitudes dos pacientes antes e após o tratamento com diferentes modalidades de prótese dentária e avaliar correlação entre fatores socio-econômicos e fatores demográficos da população estudada e suas expectativas ou satisfação com a reabilitação de prótese fixa e removível. Durante dois meses consecutivos, um total de 167 pacientes de oito clínicas de prótese dentária foram requeridos para responder a um questionário sobre o tratamento que poderia ser prótese parcial fixa ou removível e prótese total. Neste trabalho a expectativa dos pacientes foi avaliada através de uma escala Likert, graduada em seis pontos que avaliavam critérios como estética, conforto, mastigação e fonação. Após o tratamento finalizado, um

segundo questionário foi remetido via correspondência para que fosse avaliada a satisfação pelo tratamento e 64% (n=96) retornaram a avaliação. Os resultados mostraram um alto nível de satisfação após o tratamento protético, mas uma significativa queda quando comparado a expectativa e atitudes antes do tratamento. Uma variável que demonstrou ter alguma influencia na expectativa do tratamento foi o nível de renda. Um dado interessante é que para todas as modalidades de tratamento estudadas houve, 21% de pacientes insatisfeitos com o tratamento protético. Houve também a comparação entre pré e pós-tratamento que demonstrou diferenças significantes para o item “melhora a eficiência durante a mastigação” com a variável “local de residência”, e o item “melhora a sua aparência e o seu sorriso” com a variável “renda”. Os autores concluíram que nesta população estudada, os dados do pré-tratamento possuem limitado valor preditivo para as diferentes modalidades de tratamento com prótese dentária.

Knezovic e Celebic (2001) conhecendo que a satisfação do tratamento com prótese removível pode ser útil para clínicos e pacientes na decisão sobre o tratamento protético tiveram como objetivo em seu trabalho determinar o grau de satisfação dos pacientes com prótese parcial removível e comparar a avaliação do profissional com a do paciente em relação ao tratamento. A amostra foi constituída de 165 pacientes (59 homens e 105 mulheres) com próteses (113 maxilares e 130 mandibulares) feitas por diferentes clínicos da Universidade de Zagreb. Um questionário foi aplicado para pacientes e dentistas independentemente, e foi composto de duas partes. Na primeira, os pacientes responderam sobre suas PPRs (aspectos gerais e específicos) dependendo do nível de satisfação em uma escala graduada de 1 (insatisfeito) a 5 (excelente). Na segunda parte do estudo o questionário aplicado a um dentista treinado, também usando a mesma escala para as próteses dos pacientes. O resultado mostrou que a grande maioria dos pacientes estava satisfeita com o resultado de seu tratamento. Já a avaliação do profissional foi menor, como na avaliação de

itens como estética higiene e retenção. Apenas 2% dos pacientes se mostraram completamente insatisfeitos com sua prótese mandibular e 1% com a prótese maxilar. Houve, portanto, uma significativa diferença entre a avaliação dos dentistas e dos pacientes em relação a PPR ($p<0.001$).

Srisilapanan e Sheiham (2001) ao realizarem um estudo transversal, elucidaram diferenças na avaliação da necessidade de tratamento protético utilizando dois tipos de abordagem: normativa e sócio-odontológica. A amostra não randomizada foi constituída por 707 indivíduos, sendo 549 dentados e 158 edêntulos, com idade entre 60 e 74 anos, residentes no norte da Tailândia. Foi realizada entrevista com cada participante previamente ao exame clínico. As perguntas incluíram dados demográficos, condição de saúde geral, impactos dentários e bucais relacionados à qualidade de vida, experiências odontológicas passadas, comportamentos de saúde e higiene bucal, necessidade percebida e condição financeira. O peso corporal e a altura de cada participante foram obtidos. Dos 549 indivíduos dentados, 333 deles apresentaram necessidade normativa para o uso de prótese removível, sendo que 44 deles tinham problemas nutricionais (saúde geral relacionada à necessidade de tratamento). Desses 44 indivíduos com problemas nutricionais, apenas 20 eram propensos a comportamentos de saúde, e 2,4% teriam acesso, de fato, ao tratamento. Dos 289 indivíduos com necessidade normativa de prótese e saúde normal, 146 deles relataram impactos relacionados à necessidade de tratamento, dentre os quais 102 demonstraram alta propensão para comportamentos de saúde, sendo que desses apenas 41% poderiam custear o tratamento. Conseqüentemente, a indicação para a colocação de prótese removível seria somente para 14% dos 289 indivíduos, considerando a abordagem sócio-odontológica. Além disso, os resultados também mostraram que o edentulismo esteve significativamente associado com a perda de peso ($p<0,001$). Os autores concluíram que grandes diferenças foram encontradas com relação à necessidade de tratamento quando a abordagem sócio-odontológica foi usada

em detrimento à abordagem normativa. As estimativas de necessidade de tratamento foram 85% menores considerando o estado nutricional e 97% menores considerando indivíduos de baixo peso. A avaliação da necessidade de tratamento protético por meio da abordagem sócio-odontológica pode representar melhor a necessidade dos indivíduos dentados para a colocação de próteses removíveis.

Trovik, Klock e Haugejorden (2002) realizaram um trabalho com o objetivo de estudarem a necessidade percebida de pacientes adultos de reposição dentária no momento da exodontia e os preditores dessa autopercepção para o tratamento. A primeira parte do questionário deveria ser respondida pelo dentista que coletava informações relativas a posição e o número de dentes extraídos por paciente, o número de dentes remanescentes e aspectos sócio-demográficos, enquanto a segunda parte do questionário foi direcionada aos pacientes e investigava preditores da necessidade de reposição protética. A amostra foi constituída de 438 pacientes, na faixa etária de 16-92 anos, que perderam no total de 599 dentes permanentes, atendidos por 248 dentistas. Quase metade dos pacientes (47%) expressou necessidade de tratamento protético, 37% deles acreditaram ser o tratamento desnecessário. O desejo pela reposição protética esteve relacionado significativamente com o aumento da idade, sendo que no grupo de pacientes de 16 a 39 anos, apenas 15% deles expressaram 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, Söderfeldt 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. Realizou-se o

acompanhamento das fases do tratamento protético em três clínicas especializadas em prótese dentária. Participaram do estudo pacientes com 18 anos ou mais que falavam a língua sueca cujo plano de tratamento envolvia prótese fixa ou coroas unitárias ou implantes envolvendo pelo menos um dente anterior. Sessenta e um pares de dentista-paciente foram incluídos na análise dos dados. O grau de ansiedade dos pacientes foi medido através de uma Escala de Ansiedade Odontológica. 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, autopercepção de saúde bucal, bem-estar na vida diária, sua opinião sobre a duração do tratamento, informações a respeito do tratamento inclusive relacionadas ao custo. Foi usada uma medida de comunicação para medir 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 a extensa reabilitação são mais prováveis de expressarem satisfação com o tratamento que aqueles submetidos à reabilitação menos extensa. A idade e o gênero 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, decorridos três meses do tratamento. É importante que os pacientes submetidos à reabilitação protética tenham a oportunidade de discutir sobre sua saúde.

Trulsson *et al.* 2002 tiveram como objetivo no seu trabalho descrever o processo pelo qual os pacientes tiveram o estado de saúde bucal deteriorado antes do tratamento com prótese fixa implanto-suportada, descrever e analisar a qualidade de vida dos pacientes com

prótese fixa e compreender as experiências e necessidades dos pacientes em relação ao estado de seus dentes e o tratamento. Os autores relatam que aos efeitos psicológicos dos pacientes que perderam seus dentes permanentes são relativamente pouco conhecidos. Esta pesquisa qualitativa utilizou um método denominado Grounded Theory descrito por Glaser & Strauss em 1967. A amostra contou com 18 pacientes que foram estrategicamente selecionados com o objetivo de obter um grupo heterogêneo. Foi feita uma entrevista de aproximadamente 1 hora no estilo de conversação abordando itens como atenção e valores que afetam a função e qualidade de vida antes e depois do tratamento com prótese fixa. Durante a entrevista a análise do resultado mostrou uma saturação das respostas com 18 pacientes. Da análise dos resultados obtiveram categorias e sub-categorias que descreviam alterações na própria imagem dos pacientes. As categorias derivadas do estudo foram quatro: 1- alteração da própria imagem, 2- tornar-se um desvio da personalidade, 3- tornado-se uma pessoa incerta, e 4- tornar-se uma pessoa como era antes. Neste estudo pacientes relataram o pouco conhecimento sobre saúde bucal e a importância de manter a higiene oral, principalmente no meio rural. Há relatos de paciente que têm vergonha devido seu estado de saúde bucal ser precário e por ter negligenciado os cuidados necessários. As restrições nas relações sociais também são afetadas devido a visão negativa de sua própria imagem. Outras restrições são feitas em relação ao uso de dentadura, principalmente as do arco inferior, como a mastigação de alimentos mais duros. Alguns informantes também relataram problemas para falar e pronunciar palavras. Um dado se refere ao sentimento de diminuição da atração sentimental devido ao uso dentaduras em que muitos informantes relataram que não se sentem à vontade para dormir ou ficar sem a dentadura perto de seus companheiros ou mesmo para participar de eventos sociais. Pacientes que usam prótese parcial removível reportaram que possuem significantes problemas sociais e emocionais devido se sentirem com uma situação de vida inferior em relação aquelas pessoas que possuem todos os dentes. Outra situação encontrada é que as mulheres sentiram mais a

deterioração dos dentes comparado com os homens. Os autores concluíram que o desejo dos pacientes por tratamento com prótese fixas está relacionado à recuperação da atratividade e à restauração de uma auto-imagem positiva.

Bowley (2002) realizou uma revisão da 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. O autor concluiu que: 1) a determinação da necessidade de tratamento da população é de fundamental importância no planejamento da infra-estrutura dos cuidados de saúde; 2) conhecer as necessidades e as expectativas dos indivíduos e as diferenças entre as populações são de fundamental importância na determinação da necessidade de tratamento; 3) os fatores culturais e a diversidade de raça podem influenciar a necessidade percebida de tratamento; 4) a relação risco/benefício deve ser considerada na tomada de decisão pelo tratamento protético ou não intervenção; 5) é necessário balancear recursos limitados disponíveis com as necessidades fundamentais da população; 6) a necessidade de tratamento da população depende da necessidade percebida e da satisfação com o tratamento realizado; 7) a mínima intervenção protética e o conceito de arco dentário encurtado trazem como riscos a redução da eficiência mastigatória, movimentação dentária, fratura dentária, perda da dimensão vertical de oclusão e sobrecarga no tecido periodontal; 8) conhecer a necessidade do paciente é uma questão social; 9. 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.

Sarita *et al.* (2003) investigaram a capacidade mastigatória de adultos em regiões urbanas e rurais da Tanzânia, que apresentavam arcos dentários encurtados (ADEs). Oito tipos de ADEs foram identificados baseados no tipo e simetria do arco dentário. Foi realizada

com os participantes, entrevista estruturada sobre capacidade mastigatória, dificuldade de mastigar certos tipos de alimentos (moles e duros) e lado preferencial para mastigação. O estudo mostrou que o ADE com todos os pré-molares e ao menos um par de molares ocluindo dos dois lados fornece capacidade mastigatória suficiente, ADE com 3 ou 4 pré-molares e arcos dentários assimétricos (que se estende em um dos lados para a região de molar) prejudicam a mastigação de alimentos duros e arcos dentários extremos (que compreendem até um par de pré-molares ocluindo) resulta em prejuízo severo à capacidade mastigatória. ADE que compreendem até 20 dentes (região anterior intacta e 4 pares de dentes posteriores ocluindo) podem fornecer capacidade mastigatória satisfatória para alimentos moles, mas não para alimentos duros. Indivíduos com dentição completa ou quase completa (ao menos um par de molar dos dois lados) relataram não ter lado preferencial para mastigação, o que não foi observado em indivíduos que apresentavam arcos dentários com pares de pré-molares ou molar ocluindo em apenas um dos lados. Os autores concluíram que a maioria dos indivíduos com até 2 pares de pré-molares (74-86%) relataram mastigar preferencialmente com dentes anteriores. A idade, o gênero ou residência não influenciou estatisticamente os resultados.

Srisilapanan *et al.* (2003) realizaram um estudo transversal no qual compararam a estimativa da necessidade de tratamento de idosos desdentados totais usando conceitos de abordagem normativa e abordagem socio-odontológica. Foi utilizada uma amostra de 158 idosos viviam independentes no norte da Tailândia. Foi realizado um exame clínico e a aplicação de um questionário adaptado do National Diet and Nutritional for People Aged 65 and Older e que incluía também indicadores sócio odontológicos do Oral Impacts on Daily Performances. Utilizando uma abordagem normativa, 79,7% dos pacientes (n=158), apresentaram necessidade para uso de próteses totais e 60,5% destes mesmos pacientes apresentaram impactos relacionados à necessidade de tratamento. Foi avaliado neste estudo

aspecto relacionado á nutrição, prioridade para tratamento e acessibilidade ao serviço de saúde bucal. No entanto os autores encontraram que a estimativa de tratamento caiu para 40% quando foi utilizada uma abordagem sócio-odontológica para se avaliar a necessidade de tratamento. Assim os autores concluíram que há uma grande redução da necessidade estimada de tratamento para prótese total quando se utiliza a abordagem sócio-odontológica em idosos. Os autores citam que o alto nível encontrado na abordagem normativa se deve ao fato desta avaliação não levar em consideração outros fatores que influenciam a necessidade de tratamento pelos pacientes como a percepção do paciente em relação à estética, função e situação financeira (custo do tratamento).

Owen e Locker (2003) relataram que a avaliação dos cuidados de saúde deve considerar fatores clínicos (número e posição dos dentes remanescentes, origem e severidade das doenças) e fatores relacionados ao paciente (efeitos psicossociais da perda dentária, motivação, preferências e condição econômica). Citaram que a abordagem mais comumente utilizada para avaliação da necessidade de tratamento é a normativa, que compara saúde com ausência de doença, com base somente em critérios morfológicos e mecânicos. Entretanto, ressaltaram que a necessidade percebida pelo indivíduo e a sua satisfação com a saúde bucal guardam pequena relação com as necessidades clínicas detectadas. Com relação ao tratamento protético, os autores fizeram referência a uma lacuna existente entre avaliação da necessidade normativa e necessidade percebida. Entretanto, mostraram que novos conceitos de saúde e necessidade de tratamento podem estreitar o distanciamento entre essas abordagens. Segundo os autores, a perda dentária pode levar ao declínio da eficiência, mas não da capacidade mastigatória percebida. A capacidade mastigatória e a escolha dos alimentos são mais influenciadas pela quantidade e a qualidade dos contatos dentários do que apenas pelo número de pares oclusais posteriores. A satisfação do paciente deve ser considerada no planejamento do tratamento protético, pois fatores psicossociais e sócio-demográficos afetam a satisfação

com os resultados do tratamento. O impacto das diferentes próteses deve ser avaliado em relação à ingestão de alimentos, longevidade do uso, função e satisfação do paciente. Os autores referiram-se ao alto custo da tecnologia que tem aumentado as desigualdades de acesso ao tratamento nas populações desdentadas. Sugeriram a criação de medidas simples de qualidade de vida para a incorporação de fatores específicos de necessidade de tratamento. Os autores ressaltaram que a mínima intervenção possível é aceitável em todos os aspectos do tratamento protético, independentemente da técnica e da tecnologia. Os programas educacionais devem incorporar os conceitos contemporâneos de saúde, indicadores e medidas de qualidade de vida associadas aos aspectos clínicos, a conscientização de barreiras sociais e econômicas que dificultam os cuidados de saúde e o uso de materiais e métodos alternativos para que o tratamento protético seja realizado em todos os níveis populacionais.

Heft *et al.* (2003) realizaram um estudo longitudinal coorte prospectivo para relacionar a necessidade percebida do paciente frente a cuidados odontológicos, e a hierarquia de fatores de saúde bucal que contribuem potencialmente na percepção: a presença de sinais e sintomas, impactos funcionais, impactos bucais na qualidade de vida, avaliação própria do nível e satisfação com a saúde bucal, paralelo à contribuição de fatores sócio-demográficos. Os dados foram obtidos por meio de exame clínico e entrevista estruturada realizada com 873 indivíduos adultos e negros residentes na Flórida, com idade média de 61,5 anos. A média de dentes remanescentes foi de 22 elementos, sendo que 10% dos participantes tinham dentes em apenas um dos arcos dentários. Os indivíduos mais prováveis de terem relatado problemas bucais no momento do exame foram os negros com idade entre 45 e 54 anos de idade, que buscavam atendimento direcionado, com baixo nível de escolaridade e inseridos economicamente abaixo do nível de pobreza. Os achados clínicos aparentes como raízes remanescentes, ausências dentárias e dor estão associadas com a necessidade percebida de tratamento. A insatisfação com a capacidade de mastigar e aparência dos dentes ou próteses

foram os preditores mais fortes na percepção da necessidade de tratamento. Os autores sugeriram que o julgamento do paciente pode estar relacionado ao seu comportamento de demanda por cuidados de saúde.

Akeel (2003) realizou um delineamento com o objetivo de documentar a necessidade de tratamento protético percebida por pacientes sauditas do sexo masculino e os fatores que influenciaram a autopercepção e comparar a necessidade percebida pelo paciente com a necessidade clínica avaliada pelo profissional. A amostra foi constituída de 238 pacientes do sexo masculino, com ao menos uma falha dentária (excluindo 3^o molar), divididos em 4 grupos etários: 16-25, 26-35, 36-45, 45-77 anos e categorizados segundo três níveis educacionais. Foi realizado exame clínico e direcionado questionário para averiguar a percepção do paciente sobre a perda dentária e suas conseqüências. A média de dentes perdidos era $4,2 \pm 4,9$. Indivíduos que não expressaram necessidade de tratamento protético apresentavam região de canino-a-canino intacta. Não foram encontradas diferenças significantes quanto à necessidade percebida entre profissional/paciente em relação à necessidade de tratamento estético. Os autores concluíram que a autopercepção da necessidade para tratamento protético foi associada positivamente com o número de falhas dentárias, exceto no grupo mais jovem (16-25 anos), em que a avaliação clínica da necessidade funcional foi significativamente diferente da necessidade funcional percebida pelo paciente.

Newsome (2003) explorou as mudanças que ocorreram nas ultimas três décadas em relação ao serviço de saúde bucal. O autor mostra como os dentistas desempenharam suas atividades e as mudanças nas atitudes da sociedade. A atitude do profissional em saber o que é melhor para o paciente era predominante no Reino Unido. O paciente não tinha muita escolha frente ao tratamento oferecido pelo dentista. Assim, a relação entre dentista e paciente era um

caminho de uma única mão, em que os pacientes tinham pouco a dizer sobre seu tratamento. No entanto, as opiniões sobre o tratamento têm aumentado muito por parte do paciente principalmente no processo de tomada de decisão de tratamentos eletivos como implantes, facetas de porcelana, clareamento dental, entre outros. O autor relata que as pessoas no Reino Unido sentem que a importância da saúde bucal esta ligada à aparência e conforto e que possui um importante papel na relação social e de relacionamento com outras pessoas. Há, no entanto, pacientes que preferem confiar na opção de tratamento que o profissional oferece, são pacientes chamados pelo autor de passivos, que aceitam o fato de saberem pouco sobre os aspectos técnicos do tratamento. Conclui-se que houve uma evolução na participação dos pacientes no seu tratamento. Há muitas informações acessíveis aos pacientes que podem influenciar no tratamento e da sua opinião sobre o que é um “bom dentista”. Assim, o relacionamento entre paciente profissional é muito importante para o desfecho do tratamento, e esta relação deve ser caracterizada em uma atmosfera de mútuo respeito.

Allen e McMillan (2003) neste artigo realizaram uma revisão da literatura sobre o tratamento com prótese total, abordando aspectos da atitude dos pacientes desdentados, da mudança anatômica que ocorre após a perda dos dentes, da habilidade mastigatória, seleção da dieta, e conseqüências psicosociais. Os autores relatam que mesmo que os pacientes possuam uma expectativa maior em sua saúde bucal em relação ao passado, pode acontecer um ajuste desta expectativa de acordo com a função adquirida e limitações do tratamento com prótese total. Estudos indicam que indivíduos que tem grande experiência com o uso de prótese total aceitam melhor as limitações do tratamento por sentirem que a sua situação faz parte do processo de perda dos dentes. Mudanças anatômicas que ocorrem após a extração dos dentes permanentes podem ser divididas em extra e intra-orais e as funções de mastigação, fala e aparências faciais são afetadas. A habilidade mastigatória, segundo os autores, é um indicativo próprio do indivíduo em que a percepção pela sua habilidade de mastigar os

alimentos pode ser mais relevante do que um teste objetivo de performance mastigatória, no entanto pode ser influenciada por preferência de alguns alimentos ou barreiras psicológicas. Em relação as consequências psicossociais nos indivíduos edentulos, os autores citam que para algumas pessoas, a perda de todos os dentes naturais pode levar a debilidade (perda de uma parte anatômica), incapacidade (diminuição de uma parte das atividades diárias como mastigação e fala) e inconveniência (dificuldade social, como diminuição contato com outras pessoas). No que diz respeito ao item inconveniência, concluíram que há poucos estudos na literatura devido a dificuldade para se avaliar esta situação. Na literatura, os autores encontraram classificações para pacientes que não se adaptam ao tratamento com prótese total envolvendo aspectos emocionais, psicológicos, fatores como a influencia de parentes, de fatores simbólicos como perda da virilidade e atratividade e de circunstâncias da vida diária que podem afetar a resposta adaptativa da perda dos dentes. Os autores concluíram que é necessário delineamentos de estudos mais rigoroso para se obter evidencias que promovam um melhor entendimento da perda de todos os dentes e do tratamento com prótese total.

Omar *et al.* (2003) realizou uma pesquisa qualitativa para investigar sentimentos resultantes da perda dentária em um grupo de edêntulos sauditas. A amostra foi constituída por 44 pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia da Arábia Saudita, que receberam próteses totais no período entre 2001 e 2002, sendo 25 mulheres e 19 homens, com idade variando entre 35 e 72 anos e tempo de edentulismo entre 3 meses até 22 anos. Foram arrolados consecutivamente os pacientes que concordaram em participar da pesquisa e, entrevistados oportunamente durante e após o tratamento. As perguntas foram baseadas em aspectos como a percepção das razões para a perda dentária, sentimentos no momento da perda dentária e mudança dos sentimentos com o decorrer do tempo, efeitos do despreparo para esse evento, influência da perda dentária na autoconfiança, aparência, mastigação e comportamento, percepção dos benefícios da prótese antes da perda dentária e satisfação com

a prótese. Quase todos os participantes relataram que o estado de edentulismo deles era a vontade divina a qual não se podia questionar. Os pacientes acreditavam que a perda dentária era inevitável com o aumento da idade e que isso não poderia ser prevenido. Eles atribuíram as mudanças na aparência mais ao aumento da idade do que às perdas dentárias. A ausência de dor e o desconforto foram relatados como benefícios percebidos em relação às perdas dentárias. O impacto mais significativo relatado foram os prejuízos nas atividades diárias, especialmente a mastigação. Em consequência disso, os pacientes expressaram o desejo de que aspectos como mastigação, aparência e convívio social fossem restabelecidos. Suas expectativas em relação ao tratamento protético foram grandes, mas os níveis de satisfação com as próteses foram muito variados. A natureza religiosa dos sauditas sugere que a crença pode ajudar muito no alívio de grandes impactos causados pelos eventos da vida.

Jones *et al.* (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 através de um breve exame clínico e de medidas reportadas pelos pacientes através de um questionário composto de quatro medidas de saúde oral: (OHIP) Oral Health Impact Profile, o (GOHAI) Geriatric Oral Health Assessment Index, o (OHQOL) Oral Health-related Quality of Life e uma forma resumida de um instrumento recentemente desenvolvido chamado 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 resultado demonstrou os pacientes que usam prótese total relatam ter 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, 49% dos pacientes com 0-10 dentes evitam alimentos ocasionalmente comparados com 30% que apresentam 11-24 dentes e 15% dos que

têm mais de 25 dentes. Assim 80% dos homens com mais de 25 dentes relataram que sua saúde oral 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 de 1-24 dentes. Os autores concluíram que um dos fatores que distingue bem os grupos de pacientes é o fato de evitar-se ou não determinados tipos de alimentos e em menor grau, dificuldades com relação a dor e estresse.

Mazurat e Mazurat (2003) discutem a expectativa dos pacientes em relação ao tratamento com prótese parcial removível (PPR). Os autores lembram que as duas maiores razões para pacientes realizarem o tratamento é a estética e a melhora da mastigação, de forma que quando ocorrer o insucesso do tratamento, pode ser que estes objetivos (estética e mastigação) não tenham atingido as expectativas destes pacientes, e não porque houve alguma falha na execução do tratamento. Assim elucidar os pacientes em relação a aspectos favoráveis e desfavoráveis a curto e longo prazo, ter o seu consentimento, bem como saber suas expectativas do tratamento proposto são fatores considerados pilares no plano de tratamento. Neste estudo foi feito inicialmente a identificação de artigos publicados relacionados a prótese parcial removível. O segundo objetivo foi identificar revisões sistemáticas, e outros estudos avançados que avaliassem a estética e a mastigação com PPR. Apenas estudos publicados em Inglês foram incluídos neste estudo. Os autores reforçam a ideia que no tratamento com PPR as queixas dos pacientes devem ser devidamente identificadas e supridas. Com relação a estética, a informação sobre a expectativa dos pacientes em relação a aparência pode ser a diferença entre o consentimento ou não para a realização do tratamento. Já a mastigação pode sofrer influência pelo número de dentes, pelo número de pares oclusais presentes ou pelas superfícies oclusais. No entanto, concluem que o máximo de eficiência mastigatória com PPR é aproximadamente 60% quando comparado a

paciente com todos os dentes. Assim a escolha de alimentos não tem melhora devido o uso de PPRs.

O artigo publicado por Burns em 2003, traz uma breve explanação sobre como os especialistas em prótese dentária podem tomar decisões clínicas baseadas em evidência científica. Comenta que em geral as tomadas de decisão são empíricas, lembrando situações similares e de acordo com a experiência prévia adquirida mentalmente revisada no passado. O autor cita que os benefícios do tratamento devem ser obtidas através de informações adquiridas por guias baseadas em evidência científica para proporcionar efetividade, responsabilidade econômica e melhorar a opinião dos pacientes sobre o tratamento com prótese dentária. Lembra ainda que nem todas as publicações são de qualidade relevante e que é responsabilidade do profissional saber distinguir a validade e a aplicação dos diferentes tipos de estudo e seu uso adequado na clínica.

Sondell *et al.* (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 partem 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. Os pacientes receberam tratamentos em diversos quadrantes e permaneceram 30 horas por semana em média com os pacientes. Sete dimensões de comunicação verbal foram usadas para medir a comunicação com pacientes. Também realizaram duas diferentes avaliações de satisfação com o tratamento provido. 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. Isto aponta para o fato dos dentistas terem uma interação mais passiva com

seus pacientes. Os autores relatam ainda que um quarto da variação da satisfação dos pacientes ocorreu durante o encontro que teve comunicação verbal e que a atividade de conversação depende mais dos pacientes do que dos profissionais. Concluiu-se que há uma avaliação dependendo da comunicação que interage com o dentista, no entanto, esta comunicação não tem impacto na avaliação do paciente sobre tratamento protético durante uma perspectiva de tempo intermediária entre o início e o final o tratamento protético.

Leles *et al.* (2004) avaliaram a percepção de indivíduos parcialmente desdentados relacionada a espaços desdentados não tratados (EDNT) e relacionar 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 resultados mostraram respostas positivas relacionadas à limitação funcional (42 a 87%), desconforto psicológico (68 a 88%) e comprometimento social (28 a 73%), além da percepção relacionada à necessidade de tratamento de 92%. Os autores encontraram associação significativa entre EDNT longos e dificuldades 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.

Leles e Freire (2004) realizaram uma revisão da 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: 1. a abordagem normativa da necessidade de tratamento é normalmente falha na avaliação da necessidade de tratamento protético, pois não considera aspectos individuais; 2. a incorporação da abordagem sócio-odontológica no processo de tomada de decisão é essencial no planejamento adequado do tratamento protético; 3. existe pouca informação sobre a conduta mais apropriada, segura, eficaz e efetiva relacionada ao tratamento protético; 4. a adoção comum de práticas clínicas baseadas em evidências constitui uma necessidade imediata no tratamento reabilitador protético.

Padilha *et al.* (2004), tiveram como objetivo neste trabalho verificar a validade de conteúdo e a confiabilidade do instrumento para mensuração das crenças e atitudes dos pacientes valvopatas sobre sua doença e tratamento através de um instrumento denominado “instrumento CAV” que foi avaliado por três juizes e submetido ao pré teste. A maioria dos itens foi avaliada como pertinente, clara e de significância para a questão analisada. O instrumento após o teste piloto foi reestruturado e aplicado a 46 pacientes para a verificação da consistência interna que foi considerada satisfatória. Os autores comentam que a construção de uma escala para medir um fenômeno qualitativo, possui o objetivo de estudar o problema sob o ponto de vista dos pacientes. A confiabilidade de um instrumento de medida é um dos critérios para se avaliar a qualidade de um estudo e pode ser definida como o grau de coerência com o qual o instrumento mede um atributo. Segundo este estudo valores do coeficiente alfa de Cronbach acima de 0,80 indica alta consistência interna e sugere que o

instrumento pode ser usado em outros estudos e valores acima de 0,60 indicam acurácia intra-individual.

Turato (2005) teve como objetivo aprofundar a temática do método qualitativo no entendimento do processo de saúde e doença, fornecendo subsídios acadêmicos para estudos de investigação qualitativa. No contexto da metodologia qualitativa aplicada a saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar os fenômenos em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Assim o autor relata que o significado tem função estruturante, ou seja, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados de saúde. Cita-se neste texto que o método qualitativo é aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matemáticos trabalhados. O autor ainda faz um comentário interessante sobre conhecer as *significações* dos fenômenos do processo de saúde-doença, que ele coloca como essencial para melhorar a relação paciente-profissional, promover maior adesão a tratamento individuais ou coletivos e entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamento dos pacientes.

Narby *et al.* (2005) realizaram uma análise do conceito de necessidade de tratamento encontrado na literatura focando o processo de demanda e necessidade e entre a demanda e utilização dos serviços de tratamento odontológico. A necessidade nem sempre leva a demanda por tratamento, pois depende de fatores como preferência individual, custo, diferenças culturais, considerações psicossociais, conforto, idade e acessibilidade aos serviços. De modo geral, pouca atenção tem sido dada pelos profissionais na percepção individual e qualidade de vida dos pacientes. Em relação à prótese dentária a necessidade e demanda são difíceis de medir, pois o tratamento é altamente individual e não está

diretamente relacionado a perdas dentárias ou função mastigatória. Os autores comentam que em uma situação de conflito devido a avaliação do profissional ser diferente da avaliação do paciente sobre seu estado de saúde e necessidade de tratamento, geralmente prevalece a opinião do profissional. Os autores concluíram que a estimativa para um tratamento deve ser feita através do diálogo e avaliação do profissional e a demanda de tratamento depende da avaliação das opções de tratamento e dos recursos oferecidos pelo provedor de saúde e pela sociedade. No processo de tomada de decisão o diálogo entre paciente e profissional é da maior importância para se obter um tratamento com um ótimo resultado.

Graham *et al.* (2006) tiveram como objetivo neste estudo qualitativo identificar os fatores que influenciam o fornecimento por parte dos dentistas e o uso dos pacientes por prótese parcial removível (PPR). A PPR é a mais simples e comum alternativa de tratamento para repor dentes ausentes, no entanto, a respeito dos benefícios do tratamento, os autores citam que de 30 a 50% dos usuários de PPR não usam ou usam ocasionalmente sua prótese, isto se deve a atitudes e expectativas do paciente relacionadas a esta modalidade de tratamento. Assim a finalidade deste artigo é identificar fatores que influenciam as decisões dos profissionais por este tratamento e também os fatores que influenciam os pacientes a usarem a PPR, pois o entendimento destes fatores podem tornar este tratamento mais efetivo. 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 experiências 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 a aparência. No trabalho, alguns pacientes entrevistados estavam muito felizes com o tratamento e profissionais relataram ser um tratamento de qualidade. No entanto, há pacientes

que não se adaptam com o tratamento e os profissionais quando perguntados sobre esta discrepância tiveram dificuldades em comentar as possíveis causas destas diferentes avaliações. Para muitos paciente, os benefícios que trazem a PPR não são suficientes para tolerar o tratamento em suas bocas. Assim este estudo demonstra que muitos fatores influenciam a discrepância entre a avaliação do profissional para o uso de PPR e a necessidade expressada pelos pacientes.

3. OBJETIVOS

GERAL

Avaliar a percepção de indivíduos desdentados parciais ou totais sobre desfechos potenciais relacionados à prótese dentária.

ESPECÍFICOS

1. Desenvolver um instrumento de avaliação quantitativa para medida da percepção individual, baseada em escalas e sub-escalas correspondentes aos desfechos potenciais do tratamento protético.
2. Medir a percepção de benefícios e riscos do tratamento protético, bem como as conseqüências do não tratamento.
3. Avaliar a influência de variáveis clínicas sobre as medidas da percepção dos desfechos relacionados à prótese dentária.

4. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada neste trabalho foi desenvolvida para a utilização de um método de coleta, organização e análise de dados designados para a preparação e avaliação de um instrumento de medida da percepção de fatores relacionados ao tratamento com prótese dentária.

Foi delineado um estudo transversal, dividido em duas etapas (MARCONI & LAKATUS, 2005):

1. Observação direta intensiva, através de entrevistas estruturadas utilizando-se de um questionário com questões abertas.
2. Observação direta extensiva, através de um formulário contendo dados clínicos, sócio-demográficos e questões fechadas.

Para a realização das duas etapas os instrumentos utilizados foram aplicados a duas amostras distintas. A primeira etapa consistiu de uma abordagem qualitativa para estimular os entrevistados a pensarem livremente sobre o tratamento com prótese dentária fazendo emergir aspectos subjetivos e atingindo motivações inconscientes, de maneira espontânea. Já a segunda etapa contou com uma abordagem quantitativa, considerada mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados através de um formulário de maneira a permitir sua tabulação e tratamento estatístico.

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 041/03 de 30 de junho de 2003 (ANEXO A).

1ª etapa – Questões abertas (abordagem qualitativa)

Definiu-se como critério de inclusão dos sujeitos na pesquisa, pacientes atendidos nas Disciplinas de Clínica Integrada I e II da Faculdade de Odontologia da UFG, independente de suas necessidades odontológicas, fase de tratamento, idade e sexo.

O número total de indivíduos a serem avaliados foi definido através de uma amostragem consecutiva de indivíduos respondentes, até que se alcançasse a saturação das respostas, ou seja, até que nenhum dado novo fosse adicionado às respostas já obtidas pelos indivíduos anteriormente questionados.

Nesta primeira etapa utilizamos um roteiro de entrevista através de um questionário estruturado com oito questões abertas relacionadas à concepção do tratamento com prótese dentária (APÊNDICE A). O questionário foi aplicado individualmente pelo pesquisador, na forma de entrevista, para se obter as opiniões, idéias e conceitos concernentes à percepção de diversos aspectos relativos ao tratamento, incluindo-se benefícios, riscos, custo e outras opiniões individuais que possibilitassem contribuir na compreensão do assunto sob o ponto de vista dos pacientes.

O recrutamento ocorreu através de uma apresentação pessoal do entrevistador aos possíveis entrevistados. Para aqueles que aceitaram participar da entrevista foi apresentado individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) o qual foi assinado por todos os participantes.

Para a obtenção das respostas à entrevista, foi estabelecida, desde o primeiro momento, uma conversação amistosa, explicando a finalidade da pesquisa, seu objetivo e ressaltando a necessidade da colaboração dos entrevistados, estimulando-os assim a ficarem à vontade e a falar espontânea e naturalmente conservando um clima de cordialidade e respeito mútuos. (MARCONI & LAKATUS, 2005).

Esta abordagem projetista induz os respondentes a revelar alguns processos de pensamento e sentimento próprios relacionados ao assunto em questão (OPPENHEIM, 1996). As perguntas do questionário aberto requeriam respostas de aspecto subjetivo e pessoal dos pacientes a fim de saber as opiniões, considerações e suposições percebidas em relação ao tratamento com prótese dentária com respostas livres e espontâneas contendo suas próprias idéias. As questões eram lidas para os entrevistados, e o entrevistador transcrevia com as próprias palavras dos pacientes respostas às questões. Caso não houvesse compreensão da pergunta, o entrevistador fazia uma breve explanação sobre aquela questão, dando subsídios suficientes para o entendimento da pergunta. Caso o paciente não soubesse ou não tivesse opinião sobre o assunto, a resposta seria transcrita desta mesma maneira à pergunta solicitada.

Durante a primeira etapa foram obtidos dados de pacientes consecutivos e, à medida que os questionários foram respondidos, foi realizada a análise das respostas, agrupando-se respostas idênticas ou semelhantes entre os indivíduos, até o momento em que nenhum novo item era gerado a partir das respostas. A coleta de dados foi interrompida após obtenção das respostas de 39 entrevistados.

Estas questões foram propostas com o objetivo de gerar itens para elaboração de um questionário fechado subsequente. Para isto, as respostas ao questionário aberto foram, num primeiro momento, organizadas de acordo com os conceitos que estavam envolvidos e os dados foram então analisados e interpretados utilizando-se de uma leitura e análise dos conteúdos das respostas agrupando-as de acordo com seu sentido e significado (MARCONI e LAKATUS, 2005). Desta avaliação foram gerados 56 itens (APÊNDICE B). Este procedimento possibilitou que as respostas dos pacientes às questões abertas fossem mais bem listadas e caracterizadas. Os dados foram reavaliados em um grupo de discussão do qual participaram o mestrando responsável pelo projeto, o orientador do projeto e um aluno de graduação em que nesta ocasião, realizou-se a análise temática dos itens obtidos. Esta análise

se refere ao reconhecimento de certos temas centrais, ou idéias contidas no texto e ao enquadre destes temas em determinadas categorias. Os dados foram lidos exhaustivamente, separados por temas e posteriormente levantadas as categorias para análise (TURATO, 2005; FREITAS *et al.*, 2005).

Este procedimento foi utilizado como um caminho para se estruturar as respostas em relação a atitudes e valores dos pacientes frente ao assunto abordado. Esta análise foi concluída, obtendo-se um total de 44 itens que foram transformados em afirmativas e que serviriam para a construção de um questionário com respostas fechadas.

2ª etapa - Questões fechadas (abordagem quantitativa)

Como resultado da primeira fase foram criadas 44 afirmativas de acordo com a categoria relacionada ao tipo de percepção que compuseram as questões fechadas (APÊNDICE C) e que serviram como critério para a medida da percepção individual relacionada ao tratamento protético, esta foi a forma adotada para transformar o significado da análise textual obtida na primeira etapa do estudo, em uma matriz de dados quantitativos, de maneira didática e sistemática.(TURATO, 2005).

O próximo passo foi desenvolver um formulário, que compôs o instrumento de medida para avaliação da percepção dos pacientes que foi construído contendo dados demográficos (gênero, idade e escolaridade), dados clínicos (fase de tratamento, tipo de desdentado, se o paciente já utiliza prótese, qual tipo de prótese e o tempo de uso da mesma), e o questionário propriamente dito estruturado com as afirmativas obtidas da primeira fase. Foram adotados os seguintes critérios para avaliação clínica:

- Tipo de desdentado
 - Unitário: ausência de apenas um dente em qualquer uma das arcadas
 - Total: ausência de todos os dentes em ambas as arcadas
 - Parcial: todos os demais desdentados
- Tipo de prótese
 - Prótese parcial removível: o indivíduo utiliza algum tipo de prótese removível
 - Prótese parcial fixa: o indivíduo usa apenas próteses fixas
 - Prótese total: o indivíduo usa prótese total em uma ou ambas arcadas
 - Prótese sobre implante: o indivíduo usa apenas próteses sobre implante

As respostas às afirmativas foram categorizadas por meio de uma escala do tipo Likert, compondo o questionário fechado. Com a utilização desta escala, cada afirmativa proporcionaria uma resposta por meio de uma escala de cinco pontos, que obedeciam a seguinte ordem: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) neutro, (4) concordo e (5) concordo totalmente. Esta escala é utilizada para a mensuração de variáveis qualitativas, com o uso de uma escala do tipo ordinal. Tal medida reconhece a oposição entre contrários, a direção de crescimento (gradiente), e o conceito de estado intermediário (LUIZ *et al.*, 2005).

Foi realizado um teste piloto com oito pacientes, com a finalidade de avaliar o formato do questionário bem como outros aspectos como a compreensão das perguntas (afirmativas), o tempo de resposta, e outras dificuldades dos respondentes. O questionário foi testado, analisado e reestruturado para atender a finalidade ao qual foi designado, bem como torná-lo mais compreensível e sensível às alterações do atributo que ele se propõe a medir (percepção em relação ao tratamento com prótese dentária). Ao final desta fase optou-se por agrupar algumas afirmativas que tinham sentido semelhantes, reduzindo para um total de 41 itens, codificados nas afirmativas 1 a 41 (A1 a A41), (APÊNDICE D).

O formulário final obtido (APÊNDICE E) foi aplicado a um número de indivíduos, diferentes da amostra que constituiu a primeira etapa do estudo, definido a partir de uma amostra de conveniência composta por pacientes consecutivos atendidos em Unidades Clínicas da Faculdade de Odontologia da UFG (Clínica Integrada I, Clínica Integrada II e Clínica de Especialização em Prótese Dentária). Como critério de inclusão, foi considerada a presença de espaços desdentados (ausência de apenas um dente em ambas as arcadas, excluindo-se os quatro terceiros molares, até a ausências de todos os dentes em ambas as arcadas), tratados ou não com prótese dentária. Foram excluídos os indivíduos com dentição completa ou que se recusaram a participar. Não houve restrições para seleção dos indivíduos em relação a outras variáveis clínicas ou sócio-demográficas.

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

Para a obtenção das respostas ao formulário, foi utilizada uma abordagem amistosa, com linguagem de fácil compreensão, evitando ambigüidade e se precavendo para não houvesse condução das respostas por parte do entrevistador (MARCONI e LAKATOS, 2005). Após a obtenção das respostas, os itens foram agrupados em dimensões previamente definidas, envolvendo diferentes domínios a serem estudados pelo instrumento. Para isso foi feita uma análise, considerando os diferentes tópicos envolvidos, que levou a inclusão dos itens nas diferentes categorias. Esta inclusão foi feita de forma intuitiva (OPPNHEIM, 1996; LUIZ *et al.*, 2005) e originou as seguintes escalas e sub-escalas:

1. Todos os itens
2. Todos os benefícios (percepções positivas)
 - a. Benefícios clínicos
 - b. Benefícios gerais
3. Todos os riscos (percepções negativas)
 - a. Riscos clínicos
 - b. Riscos gerais
4. Consequências da não reposição protética

Análise dos dados

Foi realizada estatística descritiva dos dados individuais dos respondentes, através de medidas de frequência para os dados qualitativos e de medidas de posição e de variabilidade para os dados quantitativos.

A análise dos dados relativos às questões fechadas foi feita por meio de análise descritiva e avaliação da confiabilidade (consistência) dos itens que compuseram a escala (instrumento). A confiabilidade do questionário foi determinada a partir do método da consistência interna, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. Esta propriedade diz respeito à existência de correlação entre os diferentes itens que compuseram o instrumento e entre cada item e a pontuação total da escala, ou seja, a homogeneidade do instrumento. A confiabilidade está relacionada à clareza e consistência de uma medida e representam a probabilidade de se obter resultados repetidos quando a medida for novamente aplicada (LUIZ *et al.*, 2005). A análise da consistência interna, realizada mediante avaliação do comportamento de cada item é importante para a definição de quais itens devem ser mantidos ou removidos da escala.

O coeficiente alfa de Cronbach apresenta uma estatística resumida que mede a extensão da concordância entre todos os possíveis subgrupos de itens. Foi também avaliado o comportamento de cada item calculando-se os coeficientes de correlação item-total e para cada afirmativa. Este procedimento consiste na obtenção do coeficiente de correlação do item individual com a pontuação total da escala. Além disso, o coeficiente alfa de Cronbach, foi analisado para todos os itens do questionário caso apenas um item fosse retirado de cada vez, de forma que o alfa retirado é listado em uma tabela, uma para cada item.

Após a definição dos itens que compunham a escala e sub-escalas foi verificada a influência das variáveis: idade, escolaridade, sexo e dados clínicos (fase do tratamento, tipo de desdentado, utilização de prótese e tipo e prótese) sobre a percepção dos indivíduos medidos pelos itens incluídos em cada escala e sub-escala. A análise bivariada foi realizada para a comparação de grupos (análise de variância e teste t para amostras independentes). O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha=0,05$).

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o pacote computacional SPSS (Statistical Program for Social Science) for Windows (versão 11.0.1 - 1999).

5. RESULTADO

Na primeira etapa do estudo, dos 39 entrevistados, 31 eram do sexo feminino (81,6%) e 8 do sexo masculino. A idade variou entre 27 e 74 anos, com média de 48,6 ($\pm 12,0$) anos. Trinta e dois entrevistados (84,2%) estavam com tratamento em andamento, 04 (10,5%) com tratamento concluído e 02 (5,3%) com tratamento indicado.

Após o desenvolvimento do formulário, na segunda etapa da pesquisa, foram entrevistados 126 indivíduos, cujas características encontram-se descritas na Tabela 1. A distribuição dos indivíduos entrevistados segundo a idade pode ser visualizada na Figura 1

Tabela 1- Características dos indivíduos avaliados na segunda etapa (n=126)

		n	%
Sexo	Masculino	33	26,2
	Feminino	93	73,8
Idade em anos (média=51,8; DP=12,3)	25 – 34	11	8,7
	35 – 44	27	21,4
	45 – 54	42	33,3
	55 – 64	26	20,6
	65 – 74	16	12,7
	75 – 85	4	3,2
Escolaridade	Não alfabetizado	6	4,8
	Fundamental incompleto	42	33,3
	Fundamental completo	38	30,2
	Médio completo	28	22,2
	Superior completo	12	9,5
Fase do tratamento	Tratamento indicado	30	23,8
	Em tratamento	86	68,3
	Tratamento concluído	10	7,9
Tipo de desdentado	Unitário	9	7,1
	Parcial	92	73,0
	Total	25	19,8
Utiliza prótese	Sim	99	78,6
	Não	27	21,4
Tipo de prótese que utiliza	Não utiliza	27	21,5
	Prótese parcial removível	60	47,6
	Prótese fixa	18	14,3
	Prótese total	32	25,4
	Prótese sobre implantes	3	2,4
Tempo de uso de prótese em anos (média=14,5; DP=10,8)	Não utiliza	27	21,5
	0 – 5	25	19,8
	6 – 10	21	16,7
	11 – 20	33	26,2
	Acima de 21	20	15,9

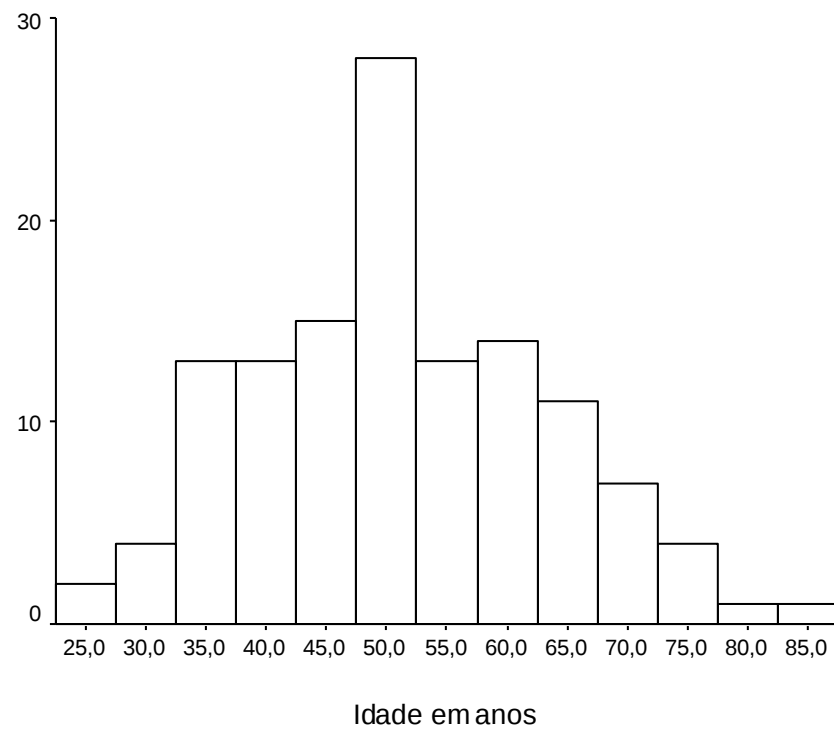


Figura 1. Histograma de frequências da distribuição dos entrevistados na segunda etapa de acordo com a idade (n=126).

A frequência dos escores obtidos para cada item correspondente às respostas dos indivíduos para cada afirmativa, bem como as medidas de resumo dos escores para cada item são descritas na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2- Frequência dos escores obtidos para cada uma das 41 afirmativas (n=126).

	Escore				
	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
A1	4	1	1	25	95
A2	10	10	1	27	78
A3	2	2	0	22	100
A4	3	1	1	19	102
A5	4	3	5	22	92
A6	3	3	7	26	87
A7	5	8	5	15	93
A8	5	5	2	21	93
A9	4	6	5	21	90
A10	8	6	31	26	55
A11	0	2	5	26	93
A12	4	4	6	19	93
A13	12	12	24	24	54
A14	6	10	8	26	76
A15	20	11	17	43	35
A16	25	19	6	42	34
A17	53	18	24	17	14
A18	33	14	20	31	28
A19	30	14	20	15	47
A20	18	6	7	28	67
A21	11	8	9	28	70
A22	24	13	27	31	31
A23	0	2	5	29	90
A24	2	5	3	18	98
A25	7	4	2	19	94
A26	2	3	5	20	96
A27	0	2	2	17	105
A28	23	18	10	41	34
A29	48	23	14	16	25
A30	4	1	2	19	100
A31	1	2	1	24	98
A32	1	7	4	15	99
A33	1	1	1	14	109
A34	4	4	7	24	87
A35	1	1	3	18	103
A36	2	1	5	20	98
A37	5	6	15	20	80
A38	0	3	2	18	103
A39	3	1	3	15	104
A40	3	4	3	19	97
A41	0	0	2	11	113

A soma dos escores dos 41 itens para cada indivíduo variou entre 123 e 198, de um mínimo possível de 41 ($1 \times 41 = 41$) e máximo possível de 205 ($5 \times 41 = 205$). A média da soma dos escores dos 126 indivíduos foi de 173,8 ($DP = 14,8$). A proximidade da soma dos escores dos indivíduos com os valores máximos sinaliza uma tendência dos indivíduos em concordar com as afirmativas que compõem a escala (escores 4 e 5).

A Tabela 3 demonstra os valores descritivos dos escores obtidos para cada item, bem como a correlação corrigida item-total e o valor do coeficiente alfa de Cronbach obtido com a exclusão de cada item da escala. Assim quando a correlação item-total corrigida relativa a um determinado item é inferior a 0,20, o mesmo deve ser reescrito ou retirado do questionário (LUIZ *et al.*, 2005).

Tabela 3 - Média, desvio-padrão (DP), correlação item-total dos escores e valores de alfa obtidos para cada todos os 41 itens (n=126).

Item	Média	DP	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
A1	4,63	0,83	0,2294	0,8066
A2	4,21	1,28	0,4911	0,7970
A3	4,71	0,70	0,5680	0,7995
A4	4,71	0,75	0,6253	0,7977
A5	4,55	0,93	0,4486	0,8004
A6	4,52	0,89	0,4177	0,8015
A7	4,45	1,09	0,5617	0,7957
A8	4,52	1,00	0,4980	0,7985
A9	4,48	1,00	0,5317	0,7974
A10	3,90	1,20	0,4416	0,7992
A11	4,67	0,63	0,3511	0,8045
A12	4,53	0,96	0,4676	0,7997
A13	3,76	1,35	0,0373	0,8149
A14	4,24	1,17	0,1049	0,8111
A15	3,49	1,40	0,2478	0,8068
A16	3,33	1,51	0,3028	0,8048
A17	3,63	1,42	0,2152	0,8083
A18	3,06	1,52	0,1644	0,8111
A19	3,28	1,62	0,1828	0,8109
A20	3,95	1,44	0,2628	0,8063
A21	4,10	1,29	-0,0771	0,8186
A22	3,25	1,43	-0,0082	0,8176
A23	4,64	0,64	0,3204	0,8051
A24	4,63	0,85	0,1686	0,8081
A25	4,50	1,07	0,0416	0,8126
A26	4,63	0,81	0,3668	0,8033
A27	4,79	0,55	0,3694	0,8047
A28	3,36	1,47	0,1323	0,8121
A29	2,58	1,57	0,1625	0,8115
A30	4,67	0,83	0,1728	0,8080
A31	4,71	0,64	0,2849	0,8057
A32	4,62	0,86	0,4482	0,8009
A33	4,82	0,56	0,3908	0,8043
A34	4,48	0,97	0,5639	0,7967
A35	4,75	0,62	0,3656	0,8043
A36	4,67	0,74	0,4068	0,8027
A37	4,30	1,10	0,3028	0,8043
A38	4,75	0,60	0,4563	0,8028
A39	4,71	0,77	0,3055	0,8049
A40	4,61	0,88	0,3549	0,8033
A41	4,88	0,37	0,2912	0,8069

Coeficiente alfa da escala $\alpha=0,8091$

A seguir são demonstrados os valores correspondentes a cada uma das sub-escalas assim definidas: todos os benefícios, todos os riscos e consequências da não reposição protética (Tabelas 4 a 6).

Tabela 4 - Média, desvio-padrão (DP), correlação item-total dos escores e valores de alfa obtidos para a sub-escala “benefícios” (n=126).

Item	Média	DP	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
A1	4,63	0,83	0,3556	0,8739
A2	4,21	1,28	0,5601	0,8669
A3	4,71	0,70	0,7375	0,8622
A4	4,71	0,75	0,7265	0,8618
A5	4,55	0,93	0,7147	0,8600
A6	4,52	0,89	0,6648	0,8623
A7	4,45	1,09	0,7722	0,8559
A8	4,52	1,00	0,6599	0,8618
A9	4,48	1,00	0,7688	0,8569
A10	3,90	1,20	0,4859	0,8703
A11	4,67	0,63	0,5060	0,8697
A12	4,53	0,96	0,5919	0,8649
A13	3,76	1,35	0,1607	0,8893
A23	4,64	0,64	0,3466	0,8739
A25	4,50	1,07	0,1190	0,8856
A26	4,63	0,81	0,4230	0,8715
A27	4,79	0,55	0,4312	0,8721

Coeficiente alfa da sub-escala $\alpha=0,8753$

Tabela 5 - Média, desvio-padrão (DP), correlação item-total dos escores e valores de alfa obtidos para a sub-escala “riscos” (n=126).

Item	Média	DP	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
A14	4,24	1,17	0,2346	0,6770
A15	3,49	1,40	0,4023	0,6543
A16	3,33	1,51	0,4494	0,6459
A17	3,63	1,42	0,3458	0,6624
A18	3,06	1,52	0,4055	0,6529
A19	3,28	1,62	0,4544	0,6439
A20	3,95	1,44	0,4434	0,6476
A21	4,10	1,29	0,0475	0,7009
A22	3,25	1,43	0,2350	0,6785
A24	4,63	0,85	0,2528	0,6759
A28	3,36	1,47	0,2278	0,6800
A-29	2,58	1,57	0,2441	0,6787
A30	4,67	0,83	0,2140	0,6792
A31	4,71	0,64	0,2694	0,6767

Coeficiente alfa da escala $\alpha=0,6852$

Tabela 6 - Média, desvio-padrão (DP), correlação item-total dos escores e valores de alfa obtidos para a sub-escala “consequências da não reposição” (n=126).

Item	Média	DP	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
A32	4,62	0,86	0,6074	0,8860
A33	4,82	0,56	0,6942	0,8827
A34	4,48	0,97	0,7622	0,8744
A35	4,75	0,62	0,7152	0,8803
A36	4,67	0,74	0,7745	0,8745
A37	4,30	1,10	0,5439	0,8976
A38	4,75	0,60	0,6656	0,8832
A39	4,71	0,77	0,6497	0,8826
A40	4,61	0,88	0,7110	0,8782
A41	4,88	0,37	0,5001	0,8942
Coeficiente alfa da escala $\alpha=0,8940$				

Considerando as escala e sub-escalas com todos os itens e com os itens excluídos, obteve-se os coeficientes alfa descritos na tabela 7.

Tabela 7 - Coeficientes alfa das escalas e sub-escalas.

Escala	Itens	Número de itens	Coeficiente Alfa
Todos os itens	A1 até A41	41	0,8091*
Todos os itens (A13, A14, A18, A19, A21, A22, A25, A28, A29 excluídos)	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A15, A16, A17, A20, A23, A24, A26, A27, A30, A31, A32, A33, A34, A35, A36, A37, A38, A39, A40, A41	32	0,8637*
Todos os benefícios	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A23, A25, A26, A27	17	0,8753*
Todos os benefícios (A13, A25 excluídos)	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A23, A26, A27	15	0,9022*
Benefícios clínicos (A13 excluído)	A1, A2, A3, A7, A9, A10, A11	7	0,8147*
Benefícios gerais (A25 excluído)	A4, A5, A6, A8, A12, A23, A25, A26, A27	8	0,8361*
Todos os riscos	A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A24, A28, A29, A30, A31	14	0,6852**
Todos os riscos (A21 excluído)	A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A22, A24, A28, A29, A30, A31	13	0,7009**
Riscos clínicos	A15, A16, A17, A18, A22	5	0,6210**
Riscos clínicos (A22 excluído)	A15, A16, A17, A18	4	0,6301**
Riscos gerais	A14, A19, A20, A21, A24, A28, A29, A30, A31	9	0,5408
Riscos gerais (A21, A28 excluídos)	A14, A19, A20, A24, A29, A30, A31	7	0,6115**
Consequências da não reposição	A32, A33, A34, A35, A36, A37, A38, A39, A40, A41.	10	0,8940*
Consequências da não reposição (A37, A41 excluídos).	A32, A33, A34, A35, A36, A38, A39, A40.	8	0,8983*

*Coeficientes Alfa acima de 0,80 indicam alta consistência interna, sugerindo que o instrumento pode ser aplicado a outras pesquisas.

**Coeficientes Alfa acima de 0,60 indicam acurácia intra-individual, sugerindo que o instrumento pode ser para a pesquisa em questão.

- As escalas e sub-escalas em negrito foram consideradas para comparações entre grupos.

As tabelas 8 a 10 mostram os valores médios dos escores totais dos indivíduos para cada variável avaliada, bem como o resultado da comparação entre os diferentes grupos. Nestas tabelas utilizamos o seguinte critério para o nível de escolaridade: nível I para pacientes não alfabetizados, nível II, para aqueles que cursaram o ensino fundamental incompleto ou completo e nível III para indivíduos que completaram o ensino médio completo ou superior completo.

Considerando os escores da escala total e total corrigida (tabela 8.), os menores escores corresponderam aos indivíduos mais jovens, do sexo masculino e com espaços protéticos unitários. Considerando a sub-escala “benefícios” (tabela 9), os menores escores foram encontrados para os desdentados unitários. Nenhuma das variáveis foram significativas para a sub-escala “riscos” (tabela 9).

Em relação à percepção da consequência da não reposição (tabela 10), os menores escores foram para os indivíduos do sexo masculino, os desdentados unitários, e para os indivíduos que não utilizavam prótese.

Tabela 8 - Comparação dos escores para as diferentes categorias de indivíduos nas escalas totais.

Variável	Categorias	Escala total		Escala total corrigida	
		Média (DP)	p	Média (DP)	p
Idade	Até 45 anos	169,5 (18,3)	0,089	137,3 (17,0)	0,033*
	Entre 45 e 55 anos	174,8 (13,9)		142,4 (11,9)	
	Acima de 55 anos	176,6 (11,0)		144,9 (8,9)	
Escolaridade	Nível I	175,5 (12,0)	0,499	143,8 (10,5)	0,270
	Nível II	173,9 (13,1)		141,6 (11,3)	
	Nível III	171,7 (18,8)		139,2 (17,0)	
Sexo	Feminino	175,5 (14,3)	0,026*	143,3 (12,4)	0,019*
	Masculino	168,9 (15,2)		137,0 (14,3)	
Fase do tratamento	Tratamento indicado	170,5 (19,6)	0,252	138,8 (17,6)	0,363
	Em tratamento	175,3 (12,5)		142,8 (10,7)	
	Concluído	171,0 (15,8)		140,8 (16,7)	
Tipo de desdentado	Unitário	161,2 (21,7)	0,029*	128,1 (19,2)	0,004*
	Parcial	174,7 (14,8)		142,2 (13,1)	
	Total	175,0 (8,7)		144,5 (7,2)	
Utiliza prótese	Sim	174,7 (13,8)	0,211	142,8 (12,4)	0,067
	Não	170,6 (17,7)		137,5 (15,3)	
Tipo prótese	Não	170,6 (17,7)	0,453	137,5 (15,3)	0,159
	PPF e PI	174,6 (19,0)		140,8 (18,9)	
	PPR	173,4 (14,8)		141,8 (12,4)	
	PT	176,8 (8,5)		145,3 (7,8)	

*p<0,05

Barras verticais indicam grupos estatisticamente semelhantes

Tabela 9 - Comparação dos escores para as diferentes categorias de indivíduos, nas sub-escalas “benefícios” e “riscos”.

Variável	Categorias	Sub-escala “Benefícios”		Sub-escala “Riscos”	
		Média (DP)	P	Média (DP)	p
Idade	Até 45 anos	65,8 (10,9)	0,112	46,3 (8,8)	0,822
	Entre 45 e 55 anos	67,9 (8,7)		46,9 (7,8)	
	Acima de 55 anos	69,9 (5,9)		47,4 (7,8)	
Escolaridade	Nível I	68,5 (6,9)	0,353	47,1 (8,2)	0,949
	Nível II	68,9 (8,6)		46,5 (7,6)	
	Nível III	66,3 (10,7)		46,9 (8,4)	
Sexo	Feminino	68,4 (8,5)	0,297	47,6 (8,1)	0,084
	Masculino	66,5 (9,7)		44,8 (7,5)	
Fase do tratamento	Tratamento indicado	66,5 (9,2)	0,591	46,4 (9,6)	0,126
	Em tratamento	68,4 (8,2)		47,6 (7,5)	
	Concluído	67,9 (12,8)		42,2 (6,5)	
Tipo de desdentado	Unitário	60,1 (13,8)	0,021*	46,3 (10,2)	0,976
	Parcial	68,5 (8,5)		46,9 (8,1)	
	Total	68,6 (6,5)		46,9 (7,3)	
Utiliza prótese	Sim	68,2 (9,0)	0,450	46,6 (7,9)	0,551
	Não	66,8 (8,0)		47,7 (8,6)	
Tipo prótese	Não	66,8 (8,0)	0,690	47,7 (8,6)	0,422
	PPF e PI	66,2 (14,6)		48,7 (4,7)	
	PPR	68,6 (7,7)		45,5 (8,9)	
	PT	68,5 (7,7)		47,6 (7,2)	

*p<0,05

Barras verticais indicam grupos estatisticamente semelhantes

Tabela 10 - Comparação dos escores para as diferentes categorias de indivíduos, na sub-escala “consequências”.

Variável	Categorias	Sub-escala “Consequências”		Sub-escala “Consequências” modificada	
		Média (DP)	p	Média (DP)	P
Idade	Até 45 anos	44,8 (6,3)	0,073	36,0 (5,4)	0,079
	Entre 45 e 55 anos	47,4 (4,4)		38,2 (3,5)	
	Acima de 55 anos	47,2 (5,5)		37,8 (4,7)	
Escolaridade	Nível I	47,4 (3,7)	0,375	38,0 (3,1)	0,457
	Nível II	45,9 (6,1)		36,9 (5,1)	
	Nível III	46,1 (6,5)		37,0 (5,6)	
Sexo	Feminino	47,2 (5,0)	0,033*	38,0 (4,1)	0,018*
	Masculino	44,8 (6,4)		35,7 (5,5)	
Fase do tratamento	Tratamento indicado	45,2 (7,5)	0,277	36,1 (6,4)	0,196
	Em tratamento	46,9 (4,8)		37,7 (4,0)	
	Concluído	47,9 (3,4)		38,7 (2,6)	
Tipo de desdentado	Unitário	42,3 (4,3)	0,018*	34,4 (3,8)	0,041*
	Parcial	46,5 (6,0)		37,3 (5,1)	
	Total	48,3 (2,5)		38,9 (1,7)	
Utiliza prótese	Sim	47,6 (3,9)	0,000*	38,2 (3,2)	0,000*
	Não	42,9 (8,3)		34,4 (7,1)	
Tipo prótese	Não	42,9 (8,3)	0,000*	34,4 (7,1)	0,000*
	PPF e PI	46,7 (4,3)		37,4 (3,6)	
	PPR	46,9 (4,7)		37,7 (3,9)	
	PT	49,0 (1,3)		39,4 (0,9)	

*p<0,05

Barras verticais indicam grupos estatisticamente semelhantes

6. DISCUSSÃO

A condição de saúde bucal tem sido tradicionalmente mensurada por indicadores clínicos, que embora importantes sob o aspecto epidemiológico, não dizem nada a respeito dos aspectos subjetivos envolvidos no processo de saúde/doença, necessitando serem suplementadas por indicadores que se referem às experiências individuais e às percepções subjetivas que deixaram de ser interpretadas apenas como indicadores de necessidade e serviram também para complementar as medidas clínicas convencionais. (LOCKER & JOKOVIC, 1996).

O que se entende por saúde e qualidade de vida pode variar de acordo com os contextos social, cultural, político e prático nos quais os conceitos estão sendo operacionalizados e medidos. Isto é, definições de saúde e qualidade de vida necessariamente envolvem julgamentos pessoais e sociais sobre o que é normal ou o que é válido e estão altamente imbuídos de valores (LOCKER, 1997).

Assim, podemos entender que as atitudes e sentimentos dos pacientes desdentados são influenciados por fatores como a adaptação às limitações, expectativas pessoais de saúde e aos componentes culturais e sociais no qual os indivíduos estão inseridos (AKEEL, 2003; OMAR *et al.*, 2003). Como relatou MINAYO *et al.* (2000), é necessário considerar os estilos de vida e as formas de viver da população e a quem são dirigidas as ações de saúde, pois o conhecimento, os valores e as crenças e as práticas se vinculam com fatores biológicos, econômicos e sociais. Medir a percepção em relação aos riscos e benefícios do tratamento com prótese dentária pode melhorar a avaliação das alternativas de tratamento e a informação ao paciente para que ele possa de forma mais esclarecida optar e opinar sobre o tratamento.

Neste contexto e considerando que a saúde bucal esta deixando de ser medida apenas pela presença ou ausência de doenças ou pela utilização de instrumentos quantitativos

para incorporar o ponto de vista do paciente através de instrumentos qualitativos (LOCKER & MILLER, 1994; RONIS *et al* 1994; LOCKER, 1997; PADILHA *et al* 2004; TURATO, 2005), observamos que pouco se sabe sobre a opinião dos pacientes desdentados em relação à prótese dentária, no que diz respeito a riscos e benefícios deste tratamento. Assim, delineamos um estudo transversal (realizado com uma única observação a uma população e momento do tempo determinados), com o objetivo de analisar a percepção dos pacientes em relação ao tratamento com prótese dentária. A metodologia e desenvolvimento deste estudo tiveram referência em outros trabalhos como o de PADILHA *et al.* (2004), na área de enfermagem e o de BENNET *et al* (1997) e RONIS *et al* (1994), na área odontológica em ortodontia. Estes estudos procuraram desenvolver um melhor entendimento da percepção de pacientes que necessitavam tratamentos específicos em relação a riscos, custos e benefícios de um tratamento específico.

Os dados coletados neste estudo são do tipo primário (MARCONI & LAKATUS, 2005; LUIZ *et al* 2005), ou seja, coletados para atender aos objetivos do estudo de acordo com um protocolo previamente definido, obtido através de entrevista e formulário. Segundo LUIZ *et al* (2005), os dados primários estão menos sujeitos a vieses de informação. A utilização de entrevistas abertas (1ª etapa), com roteiros pré-estabelecidos, permitiu que fossem exploradas, ao máximo, a visão dos entrevistados sobre a organização e sua realidade em relação ao tratamento com prótese dentária. Como apoio às informações qualitativas, houve o levantamento de dados quantitativos, através de um formulário (2ª etapa) constituído por dados sócio-demográficos e dados clínicos além de questões fechadas, de maneira a permitir sua tabulação e tratamento estatístico (TURATO, 2005; MARCONI & LAKATUS, 2005).

Na primeira etapa do estudo, o critério de inclusão estabelecido para a participação na pesquisa, ocorreu independente das necessidades odontológicas, fase de tratamento, idade e sexo dos sujeitos da pesquisa, pois nesta fase a entrevista realizada teve interesse na busca do

significado compartilhado culturalmente, para assim organizar e entender mais profundamente as idéias e o comportamento da população frente ao que estava sendo avaliado (TURATO, 2005).

O questionário fechado, que fez parte do formulário na segunda etapa da pesquisa, foi o instrumento utilizado para avaliar quantitativamente a percepção dos pacientes em relação a riscos e benefícios do tratamento com prótese dentária em indivíduos desdentados, e por ser um instrumento de mensuração, trabalhamos para que possuísse algumas características fundamentais como ser compreensível e sensível às alterações do atributo a que ele se propõe medir (OPPENHEIN, 1997), bem como seguir algumas etapas para o desenvolvimento de um questionário fechado, como o proposto por LUIZ *et al.* (2005):

- Definição do propósito do questionário
- Base conceitual
- Geração de itens
- Seleção de itens
- Definição de dimensões
- Definição da escala a ser utilizada
- Confiabilidade
- Método de aplicação do instrumento

As respostas aos itens do questionário fechado (2ª etapa), foram apresentadas sob a forma de uma escala ordinal, escala tipo Likert, utilizada para avaliar as diferenças de medidas de atitude. Segundo OPPENHEIM (1997), esta escala permite este tipo de avaliação, ordenando as idéias dos indivíduos de acordo com a sua atitude, além de possuir a vantagem de ser de fácil construção e ser mais precisa sobre a informação dos respondentes em relação ao grau de concordância ou não do atributo que está sendo avaliado.

Ainda em relação ao questionário fechado, realizamos a análise da confiabilidade deste instrumento. Uma medida é considerada confiável quando produz, consistentemente, resultados semelhantes e pode ser determinada a partir de sua consistência interna (OPENHEIM, 1997). A consistência interna diz respeito à homogeneidade do instrumento, ou seja, à correlação entre os diferentes itens que compõem o instrumento e entre cada item e a pontuação total da escala (LUIZ *et al.*, 2005). O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach é um dos procedimentos mais utilizados na avaliação da consistência interna (LUIZ *et al.*, 2005); é denominado de coeficiente de fidedignidade para uma média ou total de itens avaliados em uma amostra. O valor do coeficiente alfa de Cronbach pode variar (0 a 1), um baixo coeficiente (menor que 0,5) indica que o item não faz parte do domínio conceitual (BOWLING, 1997), ou seja, não está medindo aquilo que se propõe a medir. Um fator que se deve levar em consideração é que este método de avaliação da confiabilidade não leva em consideração as variações que ocorrem no dia a dia (LUIZ *et al.*, 2005).

Na segunda etapa da pesquisa, observou-se que as maiorias dos entrevistados estavam em tratamento no momento da coleta de dados (68,3 %) e apenas 7,9 % tinham completado o tratamento. Este fato poderia ser considerado um viés de seleção, no entanto, não ocorreu esta interferência, pois a obtenção de dados foi feita para se avaliar aspectos subjetivos do tratamento protético. Segundo MAIZELS *et al.* (1993), as expectativas e desejos dos pacientes são fortemente influenciados pelos seus conceitos e atitudes pré-concebidas, suas experiências próprias ou opiniões formadas a partir de conhecimentos adquiridos ao longo da vida, ou seja, independem se estão tratados ou não.

As avaliações dos 41 itens que compuseram o questionário fechado (2ª etapa) demonstraram ter um coeficiente alfa de Cronbach alto (0,8091), no entanto, este coeficiente avaliado para todos os itens, mostra a avaliação de forma geral do instrumento, não sendo capaz de estabelecer uma dimensão específica de avaliação da percepção (riscos e benefícios

do tratamento protético). O melhor entendimento destas dimensões da percepção ocorre quando os itens obtidos através da escala geral são agrupados em dimensões definidas, envolvendo o domínio a ser estudado pelo instrumento (MARCONI & LAKATUS, 2005; LUIZ *et al.*, 2005). Por este motivo, realizou-se a divisão da escala total em escalas e sub-escalas e levou-se em consideração para esta divisão que cada item avaliasse um aspecto diferente de um mesmo domínio, ou seja, os itens que fizeram parte de cada escala e sub-escalas deveriam estar correlacionados entre si, mas não serem redundantes. (LUIZ *et al.*, 2005).

Assim, a análise das escalas determinadas para este estudo (“benefícios”, “riscos”, e “consequências da não reposição protética”) mostrou diferentes coeficientes alfa de Cronbach. Nesta primeira abordagem obtivemos um alfa considerado alto tanto para a escala “benefícios” (0,8753) quanto para a escala “consequências da não reposição protética” (0,8940), que indicam que os itens selecionados para comporem estas escalas estão adequados para medirem estes atributos. Já os itens selecionados para comporem a escala “riscos” teve um coeficiente alfa de 0,6852, ou seja, os itens desta escala medem com menor consistência aspectos negativos relativos ao tratamento com prótese dentária. Isto pode estar relacionado ao fato do número de itens desta escala ser menor que as outras, no entanto, indicam que os indivíduos desta amostra tiveram uma tendência em concordarem mais com os itens relacionados aos aspectos positivos do tratamento.

Um método utilizado para analisar o comportamento dos coeficientes calculados para cada escala mediante a exclusão de cada item também foi realizada, determinando-se o coeficiente alfa Cronbach quando cada item fosse excluído. Segundo LUIZ *et al.* (2005), os itens da escala devem contemplar diferentes aspectos de um mesmo domínio e, por este motivo, devem estar fortemente correlacionados com a pontuação total da escala, mas apenas moderadamente correlacionados entre si.

Seguindo esta linha de raciocínio, realizou-se a análise destes dados e foi considerada a exclusão de itens que, ao serem removidos, contribuíam para um aumento significativo do coeficiente alfa tanto da escala geral (41 itens), como das escalas: “benefícios” (clínicos e gerais), “riscos” (clínicos e gerais) e “consequências da não reposição protética”. Foi observado que aumentos significativos ocorreram quando excluímos afirmativas das escalas “todos os itens”, “benefícios” e “consequências da não reposição protética”, no entanto, a escala “risco” e as sub-escalas “riscos clínicos” e “riscos gerais” tiveram um aumento não considerável de seus coeficientes alfa.

A autopercepção está relacionada a fatores clínicos como número de dentes cariados, perdidos e restaurados associado a fatores subjetivos como capacidade do indivíduo de sorrir, falar, mastigar, além de ser influenciada também por fatores de classe social, idade, sexo, escolaridade; TROVIK *et al.*, (2002). Assim pode ser que os pacientes tenham a tendência de avaliarem o tratamento protético seguindo estas necessidades subjetivas. Devido este fato, foi feito uma análise dos dados para avaliar a correlação entre variáveis clínicas e sócio-demográficas com escores de diferentes categorias de indivíduos em algumas escalas e sub-escalas.

A comparação da soma dos escores da escala total corrigida com as variáveis clínicas e sócio-demográficas, mostrou que houve diferenças estatisticamente significantes para as variáveis “idades”, “escolaridade” e “tipo de desdentado”. Desta análise, observamos que pacientes com idade acima de 55 anos responderam com escores mais altos do que os outros grupos de idade ($p < 0,033$), indicando que esta faixa etária teve uma maior tendência em perceber todos os atributos relacionados aos itens da escala total corrigida. Isto pode ser explicado pelo fato de que com o passar dos anos, os indivíduos tendem a ter maiores ausências dentárias e com isto perceberem com mais consistência aspectos positivos, negativos e mesmo as consequências da não reposição. Além disso, segundo Trovik *et al.*

(2002) o desejo pela reposição protética está associado significativamente com o aumento da idade, fato que pode aumentar esta percepção.

Na variável “sexo” os escores mais altos das mulheres quando comparados aos homens ($p < 0,019$) indicam uma maior percepção feminina aos atributos da escala total corrigida. Esta diferença encontrada deve estar relacionada a um fator já descrito por REISINE & BAILITI (1980), em que as mulheres apresentam uma maior preocupação por atendimento médico, bem como maior frequência nos serviços de saúde, ou que as mulheres percebem maiores impactos da saúde bucal na qualidade de vida que os homens (BENNETT *et al.* 1997 e Mc GRATH *et al.*, 2000). Também no estudo de TRULLSSON *et al.* (2002) as mulheres tiveram maior impacto relacionado a atratividade e os homens tiveram impactos relacionados mais a aspectos funcionais como a capacidade mastigatória.

Na avaliação da escala total corrigida observamos que a variável “tipo de desdentado” apresentou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,004$) entre as categorias de desdentados unitário, parcial e total. O mesmo fato pode ser observado para a sub-escala “benefícios”, com uma diferença estatisticamente significativa desta mesma variável ($p < 0,021$). Esta análise indica que os menores escores detectados em pacientes desdentados unitários demonstra que eles tendem a perceber com menor intensidade os benefícios do tratamento protético. Uma explicação para este fato é que, o número de dentes entre outros fatores como, posição, a natureza e severidade das perdas dentárias influenciam a percepção da saúde bucal dos indivíduos e, portanto o seu comportamento e sua visão do tratamento (OWEN & LOCKER, 2003; ELIAS & SHEIHAM, 1998). Pode ainda estar relacionado a comprometimento estético pequeno em que o indivíduo pode não considerar a reposição do dente ausente (ELIAS & SHEIHAM, 1999), e por isso não perceber os aspectos positivos do tratamento. Por outro lado, estudos (AKEEL, 2003; LELES *et al.*, 2004) mostram que o maior número de perdas dentárias intensifica o desejo de reposição protética, ou seja,

pacientes desdentados parciais e totais avaliam o tratamento protético considerando os aspectos positivos com maior consistência.

No que se refere a análise da sub-escala “consequências da não reposição protética modificada”, a variável “sexo” mostrou resultados semelhantes aos observados na escala total corrigida, ou seja, pacientes do sexo feminino possuem a tendência de perceber mais a necessidade de reposição com prótese dentária para pacientes desdentados. A variável “tipo de desdentado” mais uma vez foi a que apresentou o menor escore para desdentados unitários e com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,041$) em relação a desdentados parciais e totais, ou seja, desdentados unitários possuem uma menor percepção da necessidade de reposição protética para pacientes desdentados. Isto parece ser coerente, pois desdentados unitários agem diferentemente dos pacientes desdentados parciais e totais que possuem grande expectativa de recuperação da saúde bucal, eliminação de desconforto, melhora de problemas mastigatórios, digestivos e estéticos (ARRIGHI, 1998). Desdentados unitários podem ter pouca repercussão na estética e função dependendo da posição e localização do dente ausente. Já pacientes que usam prótese parcial removível, por exemplo, podem ter uma visão negativa do tratamento, segundo MAZURAT & MAZURAT, (2003), muitos pacientes rejeitam ou são incapazes de usar este tipo de prótese.

Ainda analisando a sub-escala “consequências da não reposição protética”, os menores escores foram obtidos para pacientes que não utilizam prótese. Provavelmente estes pacientes, devido sua percepção, não acham importante a reposição protética para pacientes desdentados. Esta percepção pode estar associada a questões próprias dos pacientes que não sentem a necessidade de prótese devido a fatores como medo, ansiedade, falta de informação e relato de outras pessoas (ARRIGHI, 1998), ou podem observar em si, evidências de problemas relacionados à sua saúde bucal, mas podem não associá-los a fatores de risco,

causando uma menor consciência dos sintomas ou impactos funcionais e psicossociais (REISINE & BAILITI, 1980).

7. CONCLUSÕES

- O instrumento elaborado para avaliar quantitativamente se mostrou adequado para medir a percepção dos indivíduos sobre os desfechos potenciais relacionados à prótese dentária.
- A percepção de riscos, benefícios e consequências do não tratamento foi alta nos indivíduos avaliados, sendo que os indivíduos tenderam a concordar com as afirmativas que compunham a escala e sub-escalas.
- A percepção de individual do tratamento protético é influenciada por características clínicas, sendo mais alta em indivíduos com maior idade, mulheres, com maior número de dentes perdidos e usuários de prótese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akeel R. Attitudes of Saudi male patients toward the replacement of teeth. *J Prosthet Dent* 2003; 90(6):571-577.
- Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(10):662.
- Arrigui AP. Actitud del paciente frente al tratamiento protesico que acude a la Facultad de Odontologia de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontol Venez* 1998; 36: 62-9.
- Bennett ME, Michaels C, O'Brien K, Weyant R, Phillips C, Dryland K. Measuring beliefs about orthodontic treatment: a questionnaire approach. *J Public Health Dent* 1997; 57(4):215-23.
- Berkey DB, Berg RG, Ettinger RL, Mersel A, Mann J. The old-old dental patient: the challenge of clinical decision-making. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(3):321-32.
- Bowley J. Minimal intervention prosthodontics: current knowledge and societal implications. *Med Princ Pract* 2002; 11(Suppl 1):22-31.
- Bowling A. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. 2nd ed. Buckingham, Open University Press, 1997.
- Burns DR. Good prosthodontic clinical decisions require good evidence. *J Prosthodontics* 2003; 12(1):1.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
- Carr A, McGivney G. Users' guides to the dental literature: how to get started. *J Prosthet Dent* 2000; 83:13-20.

- Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil* 1998; 25: 649-61.
- Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position and condition of teeth: studies in Brazilian adults. *J Oral Rehabil* 1999; 26: 53-71.
- Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Avaliação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Publ* 2000; 34(2): 178-183.
- Fromentin O, Boy-Lèfevre ML. Quality of prosthetic care: patients' level of expectation, attitude and satisfaction. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2001; 9(3): 123-129.
- Fuchs WFD. Conduta terapêutica baseada em evidências. *Rev Ass Méd Brasil* 2000; 46(3): 237-41.
- Graham R, Mihaylov S, Jepson N, Allen PF, Bond S. Determining "need" for a Removable Partial Denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use. *Br Dent J*. 2006; 200(3): 155-8.
- Hakestam U, Glantz E, Soderfeldt B, Glantz PO. What do patients expect from extensive restorative dental treatment? *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 1996; 4(2): 53-7.
- Hakestam U, Soderfeldt B, Ryden O, Glantz PO. Personality factors versus expectations and self-reported symptoms among patients awaiting advanced prosthodontic treatment. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 1997; 5(3): 105-110.
- Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5): 351-360.
- Jones JA, Orner MB, Spiro A 3rd, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Int Dent J*. 2003; 53(5 Suppl):327-34.

- Locker D. Concepts of oral health disease and the quality of life. IN: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina. Dental Ecology, 1997.
- Zlaticar DK, Celebic A. Treatment outcomes with removable partial dentures: a comparison between patient and prosthodontist assessments. *Int J Prosthodont* 2001; 14(5): 423-426.
- Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995; 74(7): 1408-13.
- Leles CR, Ramos WC, Oliveira LB, Compagnoni MA. Auto-percepção da necessidade de tratamento de indivíduos com espaços desdentados não tratados. *Braz Oral Res* 2004; 18:143.
- Leles CR, Freire MCM. A sociodental approach in prosthodontic treatment decision making. *J Appl Oral Sci* 2004; 12(2): 127-132.
- Locker D, Jokovic A. Using subjectivem oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 398-402.
- Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54(3): 167-76.
- Locker D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 199-203
- Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- Maizels J, Maizels A, Sheiham A. Sociodental approach to the identification of dental treatment-need groups. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 340-346.
- Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2005.
- Mazurat NM, Mazurat RD. Discuss before fabricating: communicating the realities of partial denture therapy. Part I: patient expectations. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(2): 90-4.

- McGrath C, Bedi R, Gilthorpe M. Oral health related quality of life-views of the public in the United Kingdom. *Community Dent Health* 2000; 17: 3-7.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 7-18.
- Mojon P, MacEntee MI. Discrepancy between need for prosthodontic treatment and complaints in an elderly population. *Spec Care Dentist* 1992; 20: 48-52.
- Narby B, Kronstrom M, Soderfeldt B, Palmqvist S. Prosthodontics and the patient: what is oral rehabilitation need? Conceptual analysis of need and demand for prosthodontic treatment. Part 1: a conceptual analysis. *Int J Prosthodont* 2005; 18(1): 75-9.
- Newsome P. From I don't care to customer care. An evolution in patient expectation. *Dent Update* 2003; 30(9): 488-90.
- Omar R, Tashkandi E, Abduljabbar T, Abdullah MA, Akeel RF. Evaluation of subjective oral health status indicators. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 515-20.
- Oppenheim AN. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. 2nd ed. Londres: Pinter Publishers, 1996.
- Owen CP, Locker D. Demographic, psychological, sociological, and economic variables and other factors that justify the need for prosthodontic services, and that help to assess the outcome of care. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 24-26.
- Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 1980; 14A(6): 597-605.
- Rich G, Goldstein B. New paradigms in prosthodontic treatment planning. A literature review. *J Prosthet Dent* 2002; 88: 208-214.
- Ronis DL, Callan MA, Vig KW, Vig PS, McNamara JA Jr. Developing measures of patients' perceptions of orthognatic surgery. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1994; 9(2): 87-94.

- Sarita PTN, Witter DJ, Kreulen CM, Van't Hof MA, Creugers NHJ. Chewing ability of subjects with shortened dental arches. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 328-34.
- Sheiham A. Strategies for promotion oral health care. *Braz J Publ Health Dent* 2001; 2: 7-24.
- Sondell K, Palmqvist S, Soderfeldt B. The dentist's communicative role in prosthodontic treatment. *Int J Prosthodont* 2004; 17:666-71.
- Sondell K, Söderfeldt B, Palmqvist S. Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *Int J Prosthodont* 2002; 15: 28-37.
- Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthodontic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. *Spec Care Dentist*. 2003; 23(4): 131-4.
- Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. *Gerodontology* 2001; 18(1): 25-34.
- Trovik TA, Klock KS, Haugejorden O. Level and predictors of agreement between patients and their dentists concerning need for replacement of teeth at the time of extraction. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 186-192.
- Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nannmark U, Branemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci* 2002; 110(6): 417-424.
- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3): 507-514.
- Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2): 190-5.

Witter DJ, Helderma W, Creugers N, Käyser A. The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 249-58.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista contendo as oito perguntas (1ª fase da pesquisa)

1. *Na sua opinião, quais são as possíveis vantagens ou benefícios que pode ter uma pessoa que recebe um tratamento com prótese dentária?*
2. *Na sua opinião, que outros efeitos positivos pode ter uma pessoa que recebe um tratamento com prótese dentária?*
3. *Na sua opinião, quais são as coisas que podem dar errado durante um tratamento com prótese dentária?*
4. *Mesmo que o tratamento seja bem sucedido e sem nenhum problema significativo, pode apresentar algumas conseqüências negativas no futuro. Na sua opinião, quais problemas você imagina que podem ocorrer?*
5. *Como você considera o custo do tratamento protético?*
6. *Você imagina outros inconvenientes relacionados ao tratamento protético?*
7. *Na sua opinião, quais seriam as conseqüências por um paciente com ausência de dentes, se não fosse realizado o tratamento protético?*
8. *Há alguma outra opinião que você tem a respeito do tratamento protético?*

APÊNDICE B - Itens gerados na primeira fase (56 itens)*Vantagens ou benefícios do tratamento com prótese dentária*

- 1.** *Melhorar a capacidade de mastigar os alimentos*
- 2.** *Melhora os hábitos alimentares (passa a se alimentar melhor)*
- 3.** *Influenciar o sorriso (passa a sorrir mais)*
- 4.** *Melhora a estética (aparência da face e dos dentes)*
- 5.** *Melhora a auto-estima e confiança em si mesmo*
- 6.** *Melhora a qualidade de vida (vive melhor)*
- 7.** *Melhora a saúde geral*
- 8.** *Melhora a digestão*
- 9.** *Melhora a conversação (melhora a voz e a dicção)*
- 10.** *Melhora a saúde da boca*
- 11.** *Facilita a higiene bucal*
- 12.** *Diminui dores de cabeça, dores faciais e dentárias.*
- 13.** *Melhora a mordida*
- 14.** *Aumenta as oportunidades profissionais*
- 15.** *Melhora a comunicação pessoal*
- 16.** *Preserva os dentes restantes*
- 17.** *Promove um rejuvenescimento*

Riscos do tratamento com prótese dentária (curto e longo prazo)

- 18.** *Prejudicar os dentes restantes*
 - *Comprometer a saúde dos dentes remanescentes (PPR – PPF)*
- 19.** *A estética ficar insatisfatória*
 - *Os grampos ficarem aparentes (PPR)*
 - *Aparência insatisfatória da gengiva (PT)*
 - *A disposição dos dentes não agradar o paciente (PT)*
- 20.** *A prótese ficar machucando (PT – PPR)*
- 21.** *Ocorrer algum tipo de rejeição (implante)*
- 22.** *A prótese ficar mal adaptada*
- 23.** *Fratura da prótese*
- 24.** *A mordida ficar incorreta*
- 25.** *Dificuldade de mastigação após a instalação*
- 26.** *Falta de retenção da prótese (PT – PPR)*

- 27.** Desconforto coma prótese
- 28.** Aumentar o risco de câncer de boca
- 29.** Cárie nos dentes de suporte da prótese (PPR – PPF)
- 30.** Reabsorção do osso de suporte (PT)
- 31.** Necessidade de manutenção periódica
- 32.** Alto custo
- 33.** Inacessível para pessoas de baixa renda
- 34.** Custo compatível com os benefícios da prótese
- 35.** O custo depende do prestador do serviço
- 36.** O custo depende do tipo de prótese

Inconvenientes do tratamento protético

- 37.** Desconforto e estresse relacionado ao tratamento
- 38.** Desconforto em utilizar uma prótese removível
- 39.** Ansiedade e expectativas em relação à finalização do tratamento
- 40.** Tempo longo para conclusão do tratamento
- 41.** Insatisfação com o fato de não ter os dentes naturais
- 42.** Dúvidas em relação à qualidade do serviço prestado
- 43.** Necessidade de substituição futura da prótese

Conseqüências da ausência de dentes sem tratamento protético

- 44.** Pode desenvolver deformidades faciais
- 45.** Pode ter problemas digestivos
- 46.** Pode ter uma aparência ruim
- 47.** Pode ter dores de cabeça e dores faciais
- 48.** Pode ter baixa estima e causar inibição
- 49.** Pode ter dificuldades de relacionamento com outras pessoas
- 50.** Pode ter alterações ósseas (reabsorção)
- 51.** Pode aumentar os riscos à saúde geral
- 52.** Pode ter dificuldades para mastigar
- 53.** Pode ter aparência mais envelhecida
- 54.** Pode causar mudanças na posição dos dentes restantes

Outras opiniões a respeito do tratamento protético

- 55.** O tratamento protético é essencial para o indivíduo desdentado
- 56.** A dentição artificial requer mais cuidados que a dentição natural

APÊNDICE C - Itens gerados na primeira fase após avaliação do grupo de estudo (análise temática), utilizado no teste piloto (44 itens).

Benefícios

Se eu realizar o tratamento com prótese dentária:

1. vou ser capaz de mastigar melhor os alimentos.
2. vou ser capaz de comer alimentos que não comia antes.
3. não vou ter vergonha de sorrir .
4. minha aparência vai melhorar.
5. minha qualidade de vida vai melhorar em vários aspectos.
6. minha saúde geral vai melhorar (bem estar geral).
7. vai melhorar minha voz e a forma de comunicação com as pessoas.
8. vai melhorar a digestão dos alimentos.
9. vou ter dores de cabeça (ou na face) com menor frequência.
10. minha mordida vai melhorar.
11. vou ter maiores oportunidades profissionais.
12. vou ter menos riscos de perder outros dentes.
13. vou me sentir mais jovem.
14. vou me sentir mais feliz e confiante.

Riscos

A prótese dentária:

15. pode prejudicar os dentes restantes.
16. pode não ficar tão boa quanto eu esperava (grampos aparentes, gengiva com aparência insatisfatória, dentes mal posicionados, desconforto, dor, aparência artificial, prótese frouxa, etc.).
17. pode causar algum tipo de rejeição.
18. pode causar dificuldades para mastigar.
19. pode levar a algum risco de câncer.
20. pode prejudicar o osso ou a gengiva que suporta a prótese.
21. caso seja bem realizada não há riscos com que se preocupar.

Inconvenientes

22. O tratamento é estressante.
23. O tempo de tratamento é muito longo.
24. A demora do tratamento causa ansiedade.

- 25. O tratamento necessita de revisões periódicas.
- 26. O custo é muito alto.
- 27. O tratamento é inacessível para muitas pessoas.

Outras opiniões

- 28. Os benefícios da prótese compensam os custos.
- 29. Todo indivíduo desdentado precisa de prótese.
- 30. A dentição artificial exige mais cuidados que a dentição natural.
- 31. Uma prótese nunca será como os dentes naturais.
- 32. O fato de ter os dentes ausentes gera sentimentos negativos.
- 33. Há diferentes tipos de tratamento que são possíveis para mesma pessoa.
- 34. Há grande variação de custo entre diferentes tipos de tratamento.
- 35. A qualidade do serviço depende do profissional que faz o tratamento.

Consequências de não utilizar prótese tendo dentes ausentes

- 36. Posso desenvolver algum tipo de deformidade facial.
- 37. Posso ter problemas digestivos.
- 38. Posso ficar feio.
- 39. Posso ter dores de cabeça ou na face.
- 40. Posso ficar inibido ou com baixa auto-estima.
- 41. Posso ter dificuldade no relacionamento com outras pessoas.
- 42. Posso ter mais problemas de saúde.
- 43. Não vou comer determinados alimentos.
- 44. Vou me sentir mais velho.

APÊNDICE D – 41 afirmativas obtidas após teste piloto e que foram utilizadas para compor o questionário fechado que compôs o formulário na segunda etapa da pesquisa.

- A1- O tratamento com prótese melhora mastigação dos alimentos.*
- A2- O tratamento com prótese permite comer alimentos que não comia antes.*
- A3- O tratamento com prótese melhora o sorriso.*
- A4- O tratamento com prótese melhora a aparência.*
- A5- O tratamento com prótese melhora a qualidade de vida em vários aspectos.*
- A6- O tratamento com prótese melhora a saúde de forma geral.*
- A7- O tratamento com prótese melhora a voz (pronúncia das palavras).*
- A8- O tratamento com prótese melhora a forma de comunicação com as pessoas.*
- A9- O tratamento com prótese melhora a digestão dos alimentos.*
- A10- O tratamento com prótese melhora as dores cabeça (ou na face).*
- A11- O tratamento com prótese melhora a mordida.*
- A12- O tratamento com prótese proporciona maiores oportunidades profissionais.*
- A13- O tratamento com prótese protege os dentes que permaneceram na boca.*
- A14- O tratamento com prótese tem um custo muito alto.*
- A15- O tratamento com prótese pode causar algum tipo de rejeição.*
- A16- O tratamento com prótese pode causar dificuldade para mastigar.*
- A17- O tratamento com prótese pode causar algum tipo doença como câncer.*
- A18- O tratamento com prótese pode prejudicar o osso ou a gengiva.*
- A19- O tratamento com prótese é estressante.*
- A20- O tratamento com prótese pode causar ansiedade devido a demora do tratamento.*
- A21- O tratamento com prótese necessita de revisões periódicas.*
- A22- O tratamento com prótese pode de alguma forma prejudicar os dentes remanescentes.*
- A23- O tratamento com prótese proporciona benefícios que compensam o custo.*
- A24- O tratamento com prótese é inacessível para muitas pessoas com poucos recursos financeiros.*

- A25- O tratamento quando bem realizado não tem com que se preocupar.
- A26- Quem faz o tratamento com prótese se sente mais jovem.
- A27- Quem faz o tratamento com prótese se sente mais feliz e confiante.
- A28- Quem faz o tratamento com prótese pode ficar desapontado com o tratamento, ou seja, não ficar tão bom quanto esperava.
- A29- Quem faz o tratamento com prótese deve ter mais cuidado com os dentes artificiais do que com os naturais.
- A30- Quem faz o tratamento com prótese acha que a prótese nunca vai ser como os dentes naturais.
- A31- Quem faz o tratamento com prótese acha que a qualidade do tratamento depende do profissional.
- A32- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem levar a problemas digestivos.
- A33- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem deixar uma pessoa feia.
- A34- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem causar dor de cabeça ou na face.
- A35- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem causar inibição ou baixa estima.
- A36- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem causar dificuldade de relacionamento com outras pessoas.
- A37- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem causar problemas de saúde geral.
- A38- A ausência de dentes e a falta de uma prótese fazem com que a pessoas não coma determinados alimentos.
- A39- A ausência de dentes e a falta de uma prótese fazem a pessoa se sentir mais velha.
- A40- A ausência de dentes e a falta de uma prótese podem causar sentimentos negativos.
- A41- A ausência de dentes e a falta de uma prótese fazem com que seja necessário o uso de uma prótese dentária.

APÊNDICE E – Formulário final utilizado na segunda etapa da pesquisa

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PACIENTES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO COM PRÓTESE DENTÁRIA

Parte I- Identificação

Nome: _____ Sexo: ☐ fem ☐ masc

Idade: _____

Escolaridade:

☐ não alfabetizado ☐ ens. fund. Incompleto ☐ ens. fund. Completo ☐ ens. médio completo ☐ ens. superior completo

Parte II- Dados clínicos

1- Fase de tratamento: ☐ tratamento indicado ☐ em tratamento ☐ tratamento concluído

2- Desdentado tipo: ☐ unitário ☐ parcial ☐ total

3- Já utiliza prótese: ☐ sim ☐ não

4- Tipo de prótese: ☐ PPR ☐ PPF ☐ PT ☐ Implante

5- Tempo de uso da prótese: _____ anos.

Parte III- Questionário

Nos itens a seguir você deve marcar o quanto você concorda ou discorda com as afirmativas descritas.

I. O tratamento com prótese dentária ...	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
... melhora a mastigação dos alimentos	1	2	3	4	5
... permite comer alimentos que não comia antes.	1	2	3	4	5
... melhora o sorriso.	1	2	3	4	5
... melhora a aparência	1	2	3	4	5
... melhora a qualidade de vida em vários aspectos	1	2	3	4	5
... melhora a saúde de forma geral	1	2	3	4	5
... melhora a voz.(pronúncia das palavras).	1	2	3	4	5
... melhora a forma de comunicação com as pessoas	1	2	3	4	5
... melhora a digestão dos alimentos.	1	2	3	4	5
... melhora as dores de cabeça (ou na face).	1	2	3	4	5
... melhora a mordida	1	2	3	4	5
... proporciona maiores oportunidades profissionais	1	2	3	4	5
... protege os dentes que permaneceram na boca.	1	2	3	4	5
... têm um custo muito alto	1	2	3	4	5
... pode causar algum tipo de rejeição	1	2	3	4	5
... pode causar dificuldade para mastigar	1	2	3	4	5
... pode causar algum tipo de doença como o câncer	1	2	3	4	5
... pode prejudicar o osso ou a gengiva.	1	2	3	4	5
... é estressante	1	2	3	4	5
... pode causar ansiedade devido a demora do tratamento	1	2	3	4	5
... necessita de revisões periódicas	1	2	3	4	5
... pode de alguma forma prejudicar os dentes remanescentes.	1	2	3	4	5
... proporciona benefícios que compensam o custo	1	2	3	4	5

... é inacessível para muitas pessoas com poucos recursos financeiros	1	2	3	4	5
... quando bem realizado não há com o que se preocupar	1	2	3	4	5
II. Quem faz o tratamento com prótese dentária...	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
... se sente mais jovem	1	2	3	4	5
...se sente mais feliz e mais confiante	1	2	3	4	5
... pode ficar desapontado com o tratamento, ou seja, não ficar tão bom quanto esperava.	1	2	3	4	5
... deve ter mais cuidado com os dentes artificiais do que com os naturais	1	2	3	4	5
... acha que a prótese nunca vai ser como os dentes naturais	1	2	3	4	5
... acha que a qualidade do serviço depende do profissional que faz o tratamento	1	2	3	4	5
III.A ausência de dentes e a falta de uma prótese dentária...	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
... pode levar a problemas digestivos	1	2	3	4	5
...pode deixar uma pessoa feia	1	2	3	4	5
... pode causar dor de cabeça ou na face	1	2	3	4	5
...pode causar inibição ou baixa estima	1	2	3	4	5
...pode causar dificuldade de relacionamento com outras pessoas	1	2	3	4	5
...pode causar problemas de saúde geral	1	2	3	4	5
... faz com que a pessoa não coma determinados alimentos	1	2	3	4	5
... faz a pessoa se sentir mais velha	1	2	3	4	5
... pode causar (gerar) sentimentos negativos	1	2	3	4	5
... faz com que seja necessário o uso de uma prótese dentária	1	2	3	4	5

ANEXO A - Parecer do Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás



Universidade Federal de Goiás
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós -Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

I – Identificação: 041/03

- Título do Projeto: Avaliação da percepção de pacientes em relação ao tratamento com prótese dentária
- Pesquisador responsável: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles
- Instituição onde será realizada a coleta de dados: Faculdade de Odontologia da UFG.
- Instituição a qual o pesquisador está vinculado: Faculdade de Odontologia da UFG
- Data de apresentação ao COEP: 14/05/2003

II – Objetivos:

Pretende avaliar fatores relacionados à percepção de pacientes em relação ao tratamento com prótese dentária. Como objetivos específicos, visa (1) desenvolver medidas de percepção individual relacionadas ao tratamento protético, (2) avaliar a autopercepção de riscos e benefícios das intervenções protéticas e de espaços não tratados; e (3), verificar a relação entre expectativas, valores e conceitos individuais dos pacientes com variáveis sócio-demográficas.

III – Sumário do projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em duas etapas. Na primeira, pretende-se aplicar um questionário (Ronis et al., 1994) a pacientes submetidos a tratamento protético ou candidatos a tratamento selecionados nos serviços de tratamento clínico da Faculdade de Odontologia da UFG. A princípio trata-se de uma pesquisa que implica riscos mínimos para os sujeitos envolvidos, mas a ausência de informações sobre número de sujeitos, sobre critérios de seleção dos mesmos dentre os demais pacientes, sobre como os sujeitos selecionados serão abordados e ainda, sobre quem fará a coleta de dados prejudica a avaliação do projeto.

Na segunda etapa, após a avaliação dos dados do questionário anterior, será elaborado um outro questionário (talvez um nome mais adequado fosse escala), constituído de questões fechadas com respostas agrupadas em seis pontos (escala Likert), resumindo a percepção do paciente. Esse novo questionário será aplicado a um novo grupo de pacientes. \mais uma vez não informa-se o número de sujeitos, critérios de seleção etc.

Adequação da metodologia: para correta apreciação faltam as informações sobre os sujeitos já descritas.

IV – Comentários do relator frente à resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

- Estrutura do protocolo: formalmente constam os documento requeridos, mas cabe observar que:
- Folho de rosto: não há indicação do número de sujeitos
- Cronograma: adequado
- Orçamento: declara que o projeto, de custo muito baixo, será financiado pelo responsável, sendo que nenhum participante será remunerado
- Análise de riscos e benefícios: declara que os procedimentos não implicam riscos para os sujeitos, e garante sigilo dos dados, que serão arquivados na Faculdade de Odontologia por cinco anos.
- Estrutura do termo de consentimento Livre e Esclarecido: adequado, faltando apenas detalhar o contato telefônico com o Comitê de Pesquisa da UFG
- Forma de obtenção do Termo de Consentimento: não especifica
- Privacidade e confidencialidade: uma declaração do pesquisador esclarece que serão mantidos o sigilo e a confidencialidade dos sujeitos.

V – Parecer do COEP:

Aprovado, com as recomendações de que sejam fornecidas as informações relativas aos sujeitos acima explicitadas.

VI – Data da reunião:

30 de junho de 2003

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa que irá avaliar aspectos de necessidade de tratamento em prótese dentária, a partir de um questionário com algumas perguntas a respeito de você e de sua saúde bucal.

Esses dados serão coletados de vários pacientes entre junho de 2004 a outubro de 2005 e para tanto precisamos de sua autorização para participar da pesquisa.

Caso você concorde ou não em participar da pesquisa, isso não resultará em nenhum prejuízo ou risco a você. Também será garantido o sigilo das informações obtidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Percepção de riscos e benefícios relacionados à prótese dentária em indivíduos desdentados.**

Pesquisador Responsável: William José Morandini

Telefone para contato : 3241-1175

Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Percepção de riscos e benefícios relacionados à prótese dentária em indivíduos desdentados” como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador William José Morandini 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 de tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do paciente em participar - **Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):**

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____