



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Área de Medicina Dentária

Avaliação do impacto da reabilitação com implantes na qualidade
de vida de doentes desdentados totais e parciais– Estudo piloto

Sónia Patrícia Curado Valente Fernandes Albuquerque

Coimbra 2012

Orientador: Prof. Doutor Fernando Guerra

Co-orientador: Mestre João Paulo Tondela

Avaliação do impacto da reabilitação com implantes na qualidade de vida de doentes desdentados totais e parciais – Estudo piloto

Sónia Albuquerque^{*}, Prof. Doutor Fernando Guerra^{**}, Mestre João Tondela^{***}

^{*} Aluna do 5º ano do MIMD da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

^{**} Professor auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina, área de Medicina Dentária

^{***} Assistente convidado da Faculdade de Medicina, área de Medicina Dentária

Resumo

Introdução: Qualidade de vida é um termo subjectivo que está intimamente relacionado com as experiências vividas por cada indivíduo. Assim, a avaliação da qualidade de vida é notoriamente difícil uma vez que se tenta obter perspetivas objetivas de conceitos individuais. Por outro lado, é difícil para o indivíduo fazer a mensuração do seu bem estar e de outros sentimentos subjetivos. Até um passado bem recente, a definição de sucesso dos tratamentos médico-dentários cirúrgicos era estabelecida pelo profissional com pouca participação do paciente, o principal interessado no resultado final do tratamento. Com o desenvolvimento da Medicina Dentária Baseada na Evidência (MDBE) aumentou a preocupação com o que o paciente percebe em relação aos procedimentos clínicos a que é sujeito e ao seu resultado e satisfação a longo prazo. Tal como em outras áreas, a opinião dos pacientes em relação aos níveis de conforto e satisfação de diferentes reabilitações protéticas implanto-suportadas tem sido avaliada por meio de questionários, como o OHIP-49 e OHIP-EDENT entre outros. Contudo, a avaliação do desconforto associado à fase da instalação cirúrgica dos implantes tem sido desconsiderado pela falta de questionários corretamente adaptados.

Objetivo: Construir um questionário para avaliação da qualidade de vida dos pacientes após a instalação cirúrgica de implantes dentários, com particular atenção aos parâmetros associados ao desconforto e à dor. Fazer a apreciação e validação do questionário através da sua aplicação a pacientes submetidos a cirurgias de colocação de implantes e fazer a avaliação da sua percepção de dor e desconforto em 3 momentos: após a cirurgia, no dia seguinte à cirurgia e uma semana após a cirurgia.

Material e Métodos: A construção do questionário foi feita tendo por base as avaliações de dor pós-operatória referidas na literatura para diversas especialidades médicas, considerando as especificidades da cavidade oral.

Os questionários foram entregues, conjuntamente com as instruções de preenchimento, a 10 pacientes. Dados foram recolhidos e tratados estatisticamente como medidas repetidas.

Resultados: Apenas 8 questionários foram considerados válidos para avaliação e tratados estatisticamente. Foram encontradas diferenças significativas para o estado de espírito antes e imediatamente após a cirurgia ($p=0,012$) e antes da cirurgia e uma semana após ($p=0,012$). As expectativas estéticas baixam de 76,6 ($\pm 29,2$) desde o momento que precede a cirurgia e a semana após para 60,6 ($\pm 38,6$), sem diferença estatística ($p=0,08$). As expectativas funcionais seguem rumo oposto, subindo de 82,7 ($\pm 14,0$) para 90,6 ($\pm 4,3$), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$).

Os scores de dor são inferiores a 50 para todos os pacientes e são independentes do tipo de cirurgia associada ($p>0,05$ para todas as associações testadas).

Conclusão: A amostra de pacientes não foi significativa, como esperado, para a obtenção de resultados estatisticamente fiáveis. Ainda assim, o estudo piloto revelou a necessidade de se efetuarem alterações nos questionários, nomeadamente na reformulação, redução do número e ordenação das perguntas. As hipóteses de resposta deverão ser modificadas para a introdução da *Likert scale*.

Palavras-chave: Qualidade de vida, OHIP, Saúde Oral, Questionários de saúde oral, ansiedade, dor,

Introdução

O conceito de qualidade de vida está normalmente relacionado com as experiências vividas por cada indivíduo e foi definido na década de 70, do século XX.(1) O primeiro autor a estabelecer um conceito para o termo qualidade de vida foi Aristóteles que afirma que esta deveria ser vista como uma atividade e não como uma condição, ou seja, que diferentes indivíduos têm diferentes modos para alcançar uma boa qualidade de vida. Refere ainda que a definição de qualidade de vida é difícil uma vez que envolve quer perspetivas objetivas, tal como a avaliação do bem estar, quer perspetivas subjetivas como as experiências de vida de cada indivíduo.(1)

Na década de 1990, a avaliação da qualidade de vida foi reformulada com a introdução do termo felicidade que, no âmbito do conhecimento científico, tem sido traduzido por bem-estar subjetivo. O estudo deste último parâmetro tem como objetivo compreender a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, podendo ter outras denominações tais como, felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerado por alguns autores como avaliação subjetiva da qualidade de vida. Nota-se uma tendência atual e crescente para relacionar o bem-estar subjetivo com a promoção da saúde. (2)

Com o desenvolvimento da MBE tem vindo a aumentar a preocupação com o que o paciente pensa em relação aos procedimentos clínicos a que foi sujeito pois é a ele que se devem dedicar todos os esforços para alcançar uma melhor qualidade de vida. Até um passado bem recente esta preocupação e definição de sucesso era

estabelecida pelo profissional e não pelo paciente, o principal interessado no resultado final do tratamento.

Tal como em outra áreas, surgiu a necessidade de avaliar a opinião dos pacientes em relação à qualidade induzida por tratamentos reabilitadores através de questionários.

Desta forma, temos alguns instrumentos disponíveis para fazer uma avaliação deste tema, tais como, a Visual Analog Scale (VAS)(3) que foi criada para quantificar questões subjetivas que são difíceis de ser padronizados entre os pacientes. Existem na literatura vários estudos que utilizaram a VAS em pacientes reabilitados com implantes demonstrando uma elevada satisfação dos mesmos quanto à estética, fonética, função e bem estar social alcançados.(4) Encontramos, ainda, o Oral Health Impact Profile (OHIP), desenvolvido e testado por Slade e Spencer em 1994, que tem sido amplamente utilizado e já foi objeto de inúmeras traduções transculturais para vários idiomas.(4-6) Vários estudos mostram que é capaz de detetar uma associação entre a incapacidade social e a necessidade percebida do tratamento.(1)

O OHIP consiste num questionário dividido em 7 temas (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, inaptidão física, inaptidão psicológica, inaptidão social e incapacitação).(5, 6) (7) A primeira versão do OHIP apresenta 49 questões sendo um questionário muito longo, pelo que Allen e Locker propuseram uma alternativa com 14 questões.(7)

Numa publicação seguinte, estes mesmos autores(7) desenvolveram outro questionário OHIP com 19 questões, mas específico para a população desdentada, o OHIP- EDENT.

Porém, questionar-se apenas a satisfação em relação aos tratamentos protéticos não é suficiente para se analisar o impacto que o tratamento oral causa na vida dos pacientes(1). De fato, o VAS e o OHIP, englobados dentro dos Oral Health Related

Quality of Life (OHRQL), são instrumentos que podem ser úteis na monitorização da condição dos pacientes na prática clínica mas exigem tempo ao clínico e ao paciente para os executar e acarretam dificuldades de interpretação inerentes a questionários muito longos. Assim, tem sido referido (7) que a utilização de questionários mais curtos e sintéticos sobre os aspectos mais importantes da mudança na saúde oral dos pacientes são mais eficientes.

A generalidade dos instrumentos disponíveis para avaliação da qualidade de vida na área da Medicina Dentária não fazem a avaliação completa de todo o procedimento reabilitador uma vez que não abordam a parte cirúrgica do tratamento, não existindo quaisquer referências relativamente à avaliação de procedimentos cirúrgicos. Neste trabalho considerámos importante fazer a sua avaliação uma vez que é um factor determinante da *compliance* dos doentes, quer numa reabilitação futura idêntica do próprio, quer no tipo de experiência que vai transmitir às pessoas próximas, o que pode ser um fator limitador das opções de reabilitação protética.

Até ao momento não existe nenhuma publicação de estudos que avalie a qualidade de vida dos pacientes a nível cirúrgico de reabilitação oral com implantes.

Este trabalho tem como objetivo a aplicação do questionário OHIP-49 e do OHIP-EDENT modificados e adaptados bem como a elaboração de um outro direccionado para as fases pré e pós cirúrgica da colocação de implantes na cavidade oral, ambos complementados com uma escala VAS, em cada pergunta.

Materiais e métodos

1. Elaboração dos questionários

Com base em questionários validados de avaliação da qualidade de vida e de avaliação da dor pós-operatória encontrados na literatura quer para a área médico

dentária, quer para outras especialidades médicas, foi construído o questionário dirigido aos pacientes. O objetivo era o registo da percepção destes em relação à fase cirúrgica de uma reabilitação implanto-suportada, que não deve ser negligenciada.

Este questionário está dividido em 4 temas.

A- História Clínica (8-10)

B,C e D- Avaliação da capacidade mastigatória com as próteses atuais(8, 9) elaborados tendo por base os questionário OHIP-EDENT (11) e o OHIP-14(6). As alterações têm por objetivo consolidar a informação sobre o bem estar e a adaptação às próteses iniciais, caso os pacientes sejam portadores das mesmas e tornar o questionário mais reduzido para assegurar uma boa adesão ao preenchimento, O questionário B é direcionado para a determinação da limitação funcional, o questionário C atenta à mensuração da dor física e por fim o questionário D dirige-se à quantificação do desconforto psicológico/social induzidos pela saúde oral do paciente antes do tratamento reabilitador.

E, F, G e H- Avaliação da dor, desconforto e incapacidade funcional após a instalação cirúrgica dos implantes. Trata-se da maior inovação deste questionário, uma vez que não foram encontradas na literatura referências a questionários incidentes sobre o grau de morbilidade a alteração de padrões emocionais provocados pela realização de uma cirurgia de colocação de implantes. Assim, o questionário faz a avaliação: E - Imediatamente antes da cirurgia; F- Após a cirurgia, no dia; G- No dia seguinte à cirurgia; H- 1º controlo, uma semana após a cirurgia)

As opções de resposta dicotómica (“sim” ou “não”) foram complementadas com uma escala VAS linear(12) com o propósito de fornecer uma mensuração (numa escala de 0 a 100) às respostas dadas pelo paciente.

Foi também elaborada uma folha de registo técnico para ser preenchida pelo médico e que dá a orientação não só sobre o tipo de cirurgia realizada e do número de implantes colocados, mas também sobre o tipo de reabilitação realizada ou a realizar.



Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Inquérito sobre a melhoria da qualidade de vida em pacientes reabilitados com implantes dentários

A preencher pelo Médico Dentista

Universidade / Clínica Dentária: _____

Nome do paciente: _____

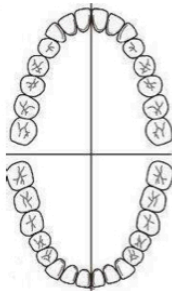
Paciente já usava prótese? _____ Se sim, de que tipo? _____

Esta é a 1ª cirurgia de colocação de implantes deste paciente? _____

Qual a técnica cirúrgica utilizada? Flap flapless

Quantos implantes vão serem colocados? _____

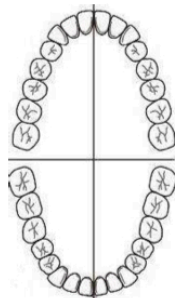
(assinale os implantes que vão ser colocados)



Qual é o tipo de reabilitação que vai ser efectuada? _____

Qual é o tipo da arcada oposta? Dentada Desdentada

(assinale as desdentações)





Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Inquérito sobre a melhoria da qualidade de vida em pacientes reabilitados com implantes dentários

A)

FICHA CLÍNICA

A1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ Data __/__/__

SEXO: M () F () DATA NASC.: __/__/__ IDADE: _____

RAÇA:

EST. CIVIL: Solteiro(a) () Casado(a) / União de facto () Divorciado (a) () Viúvo (a) ()

PROFISSÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

ESCOLARIDADE / HABILITAÇÕES:

0 – 4 ANOS ESCOLARIDADE ()

5 – 6 ANOS ESCOLARIDADE ()

7 – 9 ANOS ESCOLARIDADE ()

10 – 12 ANOS ESCOLARIDADE ()

ENSINO SUPERIOR ()

ENSINO PROFISSIONAL ()

RENDIMENTO MENSAL:

Até ½ Salário mínimo (SM) ()

Até 1 SM ()

De 1 a 2 SM ()

De 2 a 5 SM ()

De 5 a 10 SM ()

Mais de 10 SM ()

HABITAÇÃO: Familiares ()

Alugada ()

Própria ()

TEM ALGUM VÍCIO ? Tabágicos () Alcool () Outros ()

A2. COMO CONSIDERA A SUA SAÚDE ORAL ?

Excelente Muito boa Boa Fraca Muito fraca

A3. TEM DENTES NATURAIS? SIM NÃO

APROXIMADAMENTE, QUANTOS DENTES TEM EM FALTA?

0-4 5-10 11-19 20-27 28-31 32

A4. USA PRÓTESE DENTÁRIA? SIM NÃO

Se sim, continue . se não passe à questão nº 5

Avaliação da Capacidade Mastigatória com a prótese atual

Análise da qualidade de vida relacionada à saúde oral – adaptado do questionário – OHIPedent (Souza et al., 2007).

B) Limitação funcional

B1. Consegue alimentar-se bem com a sua prótese? Sim Não

Muito mal _____ Muito bem

B2. Tem alterado a sua alimentação por causa de prótese? Sim Não

Nunca _____ Sempre

B3. Sentiu que as suas próteses não estavam corretamente adaptadas?

Sim Não

Nunca _____ Sempre

B4. Apercebeu-se de que os seus dentes ou próteses retinham alimentos? Sim Não

Nunca _____ Sempre

B5. Consegue mastigar tudo o que gosta de comer? Sim Não

Nada _____ Tudo

B6. Consegue comer cenoura crua, amendoim ou carne? Sim Não

Nunca _____ Sempre

B7. Tem uma dieta só mole ? Sim Não

Nunca _____ Sempre

C) Dor física

C1. Tem alguma dor ou desconforto na sua boca? Às vezes Sempre Nunca

Nunca _____ Sempre

C2. Sentiu desconforto ao comer devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses ? Às vezes Sempre Nunca

Nunca _____ Sempre

C3. Tem pontos doloridos na boca? Às vezes Sempre Nunca

Nunca _____ Sempre

D) Desconforto psicológico / Social

D1. Consegue manter-se sorridente perto de outras pessoas? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D2. Está satisfeito com a sua estética? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D3. Consegue dar gargalhadas com outras pessoas? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D4. Conversa com tranquilidade com outras pessoas? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D5. Come perto de outras pessoas? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D6. Alguma vez se sentiu preocupado(a) devido a problemas dentários? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D7. Alguma vez foi menos tolerante com seu cônjuge ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses ? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D8. Alguma vez foi incapaz de aproveitar totalmente a companhia de outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses ? Sim Não

Nunca _____ Sempre

D9. Sente que a vida em geral é menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou próteses ? Sim Não

Nunca _____ Sempre



Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Inquérito sobre a melhoria da qualidade de vida em pacientes reabilitados com implantes dentários

Nome: _____ Data: ___/___/___

E) Antes da Cirurgia, no dia

E1. Como se sente?

Ansioso(a) Descontraído(a) Normal

Ansioso(a) _____ Normal

E2. Tomou antibiótico para a cirurgia? Sim Não

E3. Tomou algum analgésico / anti-inflamatório para a cirurgia? Sim Não

E4. Tomou algum ansiolítico para a cirurgia? Sim Não

E5. Tem receio de não se adaptar aos implantes? Sim Não

Nenhum _____ Muito

E6. Quais são as suas expectativas em relação ao tratamento?

a. Estéticas

Baixas _____ Elevadas

b. Funcionais

Baixas _____ Elevadas

F)

Após a cirurgia, no dia

F1. Acha que a cirurgia correu bem? Sim Não

Mal _____ Bem

F2. Como se sente?

Ansioso(a) Descontraído(a) Normal

Ansioso(a) _____ Normal

F3. Durante a cirurgia, sentiu-se nervoso (a) / ansioso (a) ? Sim Não

Nervoso(a) / Ansioso(a) _____ Normal

F4. Colocou gelo na face após a cirurgia? Sim Não

Quantifique:

1 a 2 Horas

2 a 3 Horas

3 a 4 horas

4 a 5 horas

+ de 5 horas

F5. Fumou? Sim Quantos cigarros? _____ Não

F6. Bebeu bebidas quentes? Sim Não

Frias _____ Quentes

F7. Que tipo de alimentação fez? Líquida Mole Normal Dura

Líquida _____ Dura

F8. Teve dores? Sim Não

Nenhumas _____ Muitas

F9. Teve algum tipo de desconforto? Sim Não

Nenhum _____ Muito

F10. Sentiu-se impedido (a) de efectuar alguma tarefa? Sim Não

Nunca _____ Sempre

F11. Teve necessidade de tomar algum analgésico para as dores? Sim Não

Nenhum _____ Muitos

Nome: _____ Data: ___/___/___

G) No dia seguinte à cirurgia

G1. Teve dores durante a noite? Sim Não

Nenhumas _____ Muitas

G2. Acordou durante a noite devido a dores ou desconforto? Sim Não

Nenhuma _____ Muitas

G3. Teve necessidade de tomar analgésicos durante a noite? Sim Não

G4. Como passou o dia?

Mal _____ Bem

G5. Sentiu dificuldades em efectuar alguma tarefa? Sim Não

Nenhuma _____ Todas

G6. Teve dificuldades em alimentar-se? Sim Não

Nenhuma _____ Muita

G7. Teve dificuldades em efectuar a higiene oral? Sim Não

Nenhuma _____ Muita

G8. Fumou? Sim Quantos cigarros? _____ Não



Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Inquérito sobre a melhoria da qualidade de vida em pacientes reabilitados com implantes dentários

Nome: _____ Data: ___/___/___

H) 1º controlo após a cirurgia

H1. Como se sente?

Ansioso(a) Descontraído(a) Normal

Ansioso(a) _____ Normal

H2. Após o 1º dia da cirurgia até hoje teve necessidade de tomar analgésicos devido à cirurgia? Sim não

Nenhum _____ Muitos

H3. Teve algum tipo de dor / desconforto? Sim Não

Nenhuma _____ Muita

H4. Quais são neste momento as suas expectativas em relação ao tratamento?

a. Estéticas

Baixas _____ Elevada

b. Funcionais

Baixas _____ Elevada

H5. Fumou? Sim Quantos cigarros? ___ Não

H6. Sentiu-se impedido de efectuar alguma tarefa devido à cirurgia ao longo desta semana? Sim Não

Nenhuma _____ Todas

H7. Teve alguma dificuldade em efectuar a sua higiene oral diária? Sim Não

Nenhuma _____ Muita

H8. Durante a cirurgia, sentiu-se nervoso(a) / ansioso(a) ? Sim Não

Nervoso(a) / Ansioso(a) _____ Normal

H9. Durante a cirurgia, teve receio de que alguma coisa não corresse bem?

Sim Não

Nenhum _____ Muito

H10. Teve dores? Sim Não

Nenhumas _____ Muitas

H11. Teve necessidade de tomar algum analgésico para as dores? Sim Não

Nenhum _____ Muitos

2. Selecção dos pacientes e aplicação dos questionários

Para este estudo piloto foram seleccionados 10 pacientes submetidos a cirurgia de colocação de implantes durante o mês de Março de 2012 quer na clínica de medicina dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, quer na clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa que em clínicas privadas da área de Coimbra. Os questionários foram entregues ao paciente por 3 vezes, sendo a primeira entrega acompanhada de uma carta explicativa dos objectivos do trabalho, de um protocolo de consentimento informado(C) e de instruções de preenchimento.

Antes da cirurgia, no consultório, os pacientes formalizavam o consentimento informado e preenchiam as secções (A, B, C e D). Os questionários E e F foram entregues aos pacientes para que fizessem o seu preenchimento em casa, sendo devolvidos na consulta do primeiro controlo após a cirurgia. O último questionário, H, foi entregue e preenchido na própria consulta. Ao médico dentista foi entregue a respectiva folha de registo técnico do tratamento.

3. Tratamento estatístico dos dados

Os inquéritos foram recolhidos e a medição das escalas VAS de cada resposta feita por um observador independente. Os dados foram então recolhidos e introduzidos em software adequado ao tratamento estatístico (PASW Statistics 18.0 – IBM). Foi feita a análise descritiva das variáveis em estudo Foi aplicado o *General Linear Model* para determinação de diferenças significativas entre medidas repetidas de variáveis escalares e o teste exacto de Fisher para estabelecer a associação entre variáveis nominais, para um nível de significância de $\alpha=0,05$.

Resultados

Dos 10 questionários entregues, apenas 8 foram considerados válidos para análise estatística. Dos dois questionários considerados inválidos, um estava incorretamente preenchido por não assinalar qualquer valor das escalas VAS e o outro estava incompleto, faltando o preenchimento das partes G e H. A medição dos valores registados nas escalas VAS foi feita em milímetros através de um processo manual, por um observador independente.

Caracterização demográfica da amostra:

Responderam ao inquérito 8 pacientes. Dois pacientes do sexo masculino com média de idades de 73,5 ($\pm 3,53$) anos e 6 pacientes do sexo feminino com 43,8 ($\pm 11,71$) anos. Apenas 1 referiu hábitos tabágicos.

Dos 8 pacientes, 87,5% (7) referiu ter escolaridade de nível superior. 50% dos inquiridos referiu ter um rendimento mensal entre 5 e 10 salários mínimos, 37,5% entre 2 e 5 salários mínimos e apenas 12,5% referiu receber mensalmente 1 a 2 salários mínimos.

85,7% dos pacientes referiu ter habitação própria permanente. Apenas 14,3% habita em casa de familiares. Nenhum dos inquiridos referiu habitação arrendada.

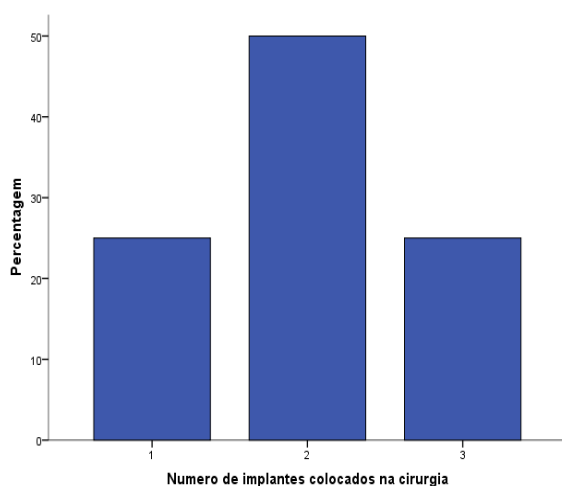
Dos 8 pacientes, metade já usava algum tipo de prótese e todos apresentam dentes oponentes ao local da cirurgia. A auto avaliação da saúde oral não é muito positiva. 37,5% dos pacientes considera a sua condição oral fraca e 50% classifica-a de satisfatória. Os resultados estão sumariados na tabela I.

Em média, foram colocados 2 ($\pm 0,75$) implantes por paciente, sendo que 60% foram instalados com descolamento de retalho e 40% através de técnica “flapless”.

Tabela I - Auto-avaliação da saúde oral

	Frequencia	%
Fraca	3	37,5
Satisfatória	4	50,0
Boa	1	12,5
Total	8	100,0

Tabela II – Número de implantes colocados



Na escala utilizada para avaliação dos níveis de ansiedade apresentados pelos pacientes ao longo das diferentes etapas cirúrgicas e pós-cirúrgicas, valores mais baixos indicam um maior estado de ansiedade e valores mais elevados apontam para um estado normal/descontraído. À entrada para a cirurgia (E1), o nível médio de ansiedade dos pacientes era de 59,2 ($\pm 29,6$), um valor que reflete um certo grau de nervosismo inicial. Após a cirurgia (F2) este valor subiu para os 89,4 ($\pm 7,2$), pelo que diminuiu o estado de ansiedade referido pelos pacientes. Uma semana após (H1) atingiu-se o máximo de descontração com os valores rondando 94,5 ($\pm 8,0$).

Quando questionados *à posteriori* sobre o estado de espírito durante a cirurgia nas questões F3 e H8, os valores referidos foram semelhantes, sendo 64,5 ($\pm 35,5$) e 67,1 ($\pm 40,0$), respectivamente. Estatisticamente, foram encontradas diferenças significativas para o estado de espírito antes e imediatamente após a cirurgia (E1 e F2, $p=0,012$) e antes da cirurgia e uma semana após (E1 e H1, $p=0,012$). Também foram encontradas diferenças para os valores de ansiedade durante e imediatamente após a cirurgia (F2 e F3, $p=0,028$). Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação aos níveis de ansiedade referidos para o período cirúrgico quando relatados imediatamente após e uma semana após a cirurgia (F3 e H8, $p=0,207$).

A análise descritiva dos valores das respostas às questões relativas às expectativas estéticas e funcionais do tratamento está sumariada nos gráficos Ia e Ib. Antes da cirurgia, em média, as expectativas estéticas têm o valor de 76,1 ($\pm 29,2$). As expectativas funcionais são superiores, com o valor de 82,7 ($\pm 14,0$). Após a cirurgia, as expectativas estéticas decrescem para os 60,6 ($\pm 38,6$), mas as funcionais sobem para 90,6 ($\pm 4,3$)

Gráfico I - distribuição dos valores da escala VAS indicados pelos pacientes

GráficoI-a - Expectativas funcionais e estéticas relativamente ao tratamento antes da cirurgia

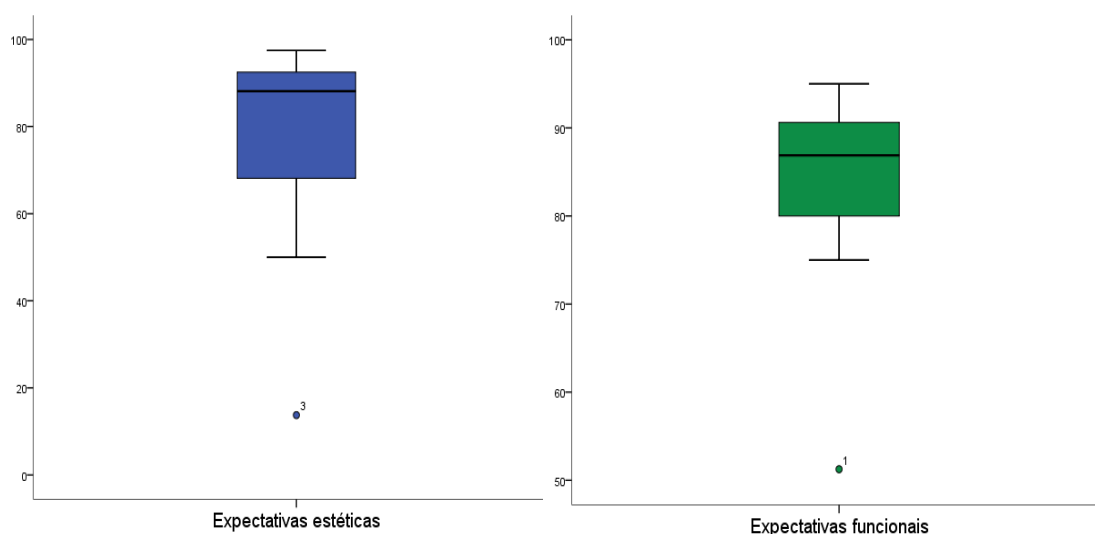
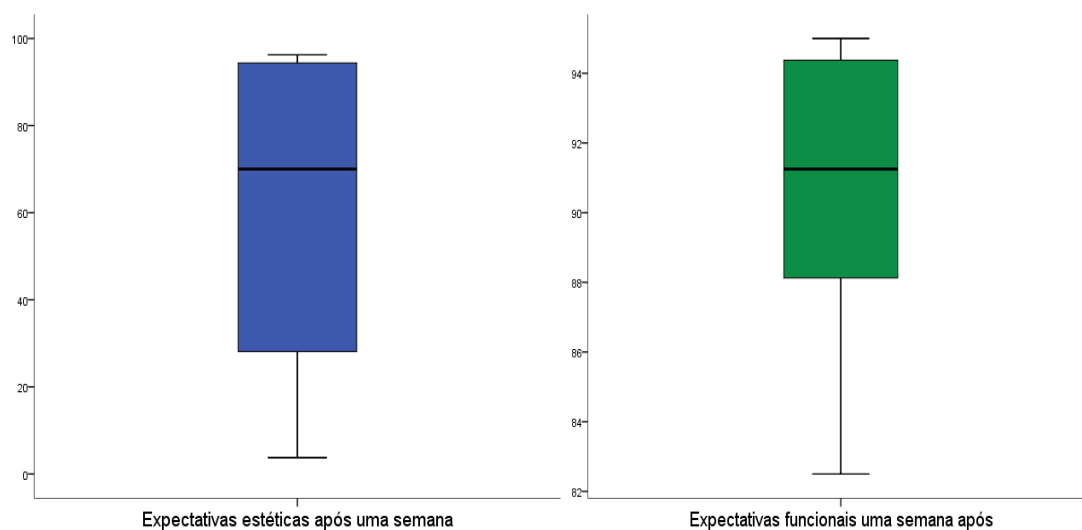


Gráfico I -b- Expectativas funcionais e estéticas relativamente ao tratamento depois da cirurgia

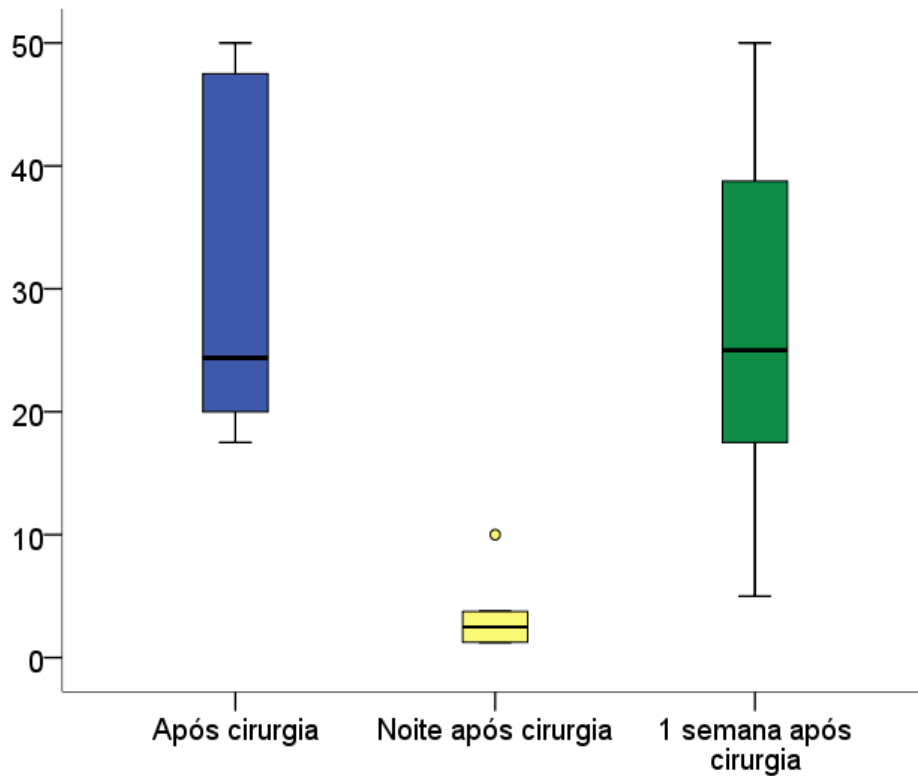


Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a discrepância das expectativas estéticas (E6a e H4a, $p=0,08$). As expectativas em relação ao ganho de função com a reabilitação implanto-suportada antes da cirurgia e uma semana após a cirurgia são estatisticamente diferentes (E6b e H4b, $p=0,018$). Verificou-se uma associação muito forte ($R=0,755$, $p=0,031$) entre o resultado das expectativas estéticas e funcionais para o primeiro momento (questões E6a e E6b). Uma semana após a intervenção cirúrgica já não se encontra correlação entre os valores associados às respostas H4a e H4b ($p=0,432$). Igualmente, não se estabeleceu qualquer correlação entre as expectativas, quer estéticas, quer funcionais, e o estado emocional dos pacientes, avaliado nas questões E1, F2 e H1.

Relativamente aos scores de dor, após a cirurgia (questão F8) tinham um valor médio de 30,6 ($\pm 5,9$) e na noite subsequente à cirurgia (questão G2) baixaram para 3,5 ($\pm 1,3$). Nenhum paciente referiu ter o sono interrompido por dores ou desconforto decorrentes da intervenção cirúrgica. A avaliação do período decorrente entre a cirurgia e a consulta de controlo uma semana após (questão H3) revelou um valor

médio de dor de 26,9 ($\pm 6,6$). A dispersão de scores relatados para os três momentos do tempo encontra-se resumida no gráfico II.

Gráfico II – Scores para os três momentos do tempo



A análise revelou que os scores de dor na noite após a cirurgia apenas são estatisticamente diferentes dos scores obtidos após a cirurgia (F8 e G1, $p=0,02$).

Todos os restantes scores não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Para estabelecer associações entre os scores de dor e a toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e o tipo de cirurgia, fez-se uma recodificação das variáveis contínuas F8, G1 e H3 para variáveis ordinais contemplando 4 intervalos: [0-25], [26-50], [51-75] e [76-100]. Nenhum paciente referiu dor acima do score 50 pelo que os intervalos [51-75] e [76-100] foram omitidos.

A tabela de contingência III representa a distribuição do número de pacientes que tomou AINEs pelos intervalos de scores de dor referentes ao período pós-operatório

(questão F11). Não foi estabelecida qualquer associação entre a toma de AINEs e o score de dor ($p=0,464$)

A mesma tabela foi elaborada para a avaliação da relação entre a toma de AINEs

Tabela III – Distribuição do número de pacientes que tomou

AINEs F8		Toma de AINES (questão F11)		Total
		Sim	Nao	
0-25	N	3	2	5
	% dentro do intervalo	60.0%	40.0%	100.0%
	% Total	37.5%	25.0%	62.5%
26-50	N	3	0	3
	% dentro do intervalo	100.0%	.0%	100.0%
	% Total	37.5%	.0%	37.5%
Total	N	6	2	8
	% Total	75.0%	25.0%	100.0%

(F11) e os scores de dor noturna (G1). Não foi possível estabelecer uma associação entre os scores de dor e a toma de AINEs pois todos os valores estavam contidos no intervalo [0-25]. 75% dos pacientes teve necessidade de tomar algum medicamento para as dores e / ou desconforto.

Tabela V – Distribuições obtidas para avaliação da dor durante a semana subsequente à cirurgia

G1		Toma de AINES (questão F11)		Total
		Sim	Nao	
0-25	N	6	2	8
	% dentro do intervalo	75.0%	25.0%	100.0%
	% Total	75.0%	25.0%	100.0%

De forma semelhante, a tabela VI representa as distribuições obtidas para a avaliação da dor durante a semana subsequente à cirurgia (questão H3) e a toma de AINES durante essa mesma semana (questão H2).

Tabela VI – Avaliação da dor durante a semana subsequente à cirurgia

H3		Toma de AINES (questão H2)		Total
		Sim	Nao	
0-25	N	2	1	3
	% toma de AINEs	40.0%	100.0%	50.0%
	% Total	33.3%	16.7%	50.0%
26-50	N	3	0	3
	% toma de AINEs após	60.0%	.0%	50.0%

	cirurgia			%
	% Total	50.0%	.0%	50.0%
Total	N	5	1	6
	% Total	83.3%	16.7%	100.0%

Dois pacientes não responderam à questão H3 (missings) e como tal foram excluídos da análise. Verificou-se a independência das variáveis ($p=1$).

Da mesma forma, analisou-se a potencial associação entre o tipo de técnica cirúrgica a que o paciente foi submetido e os scores de dor daí decorrentes. A tabela VII, representa a tabela de contingência para a técnica cirúrgica e o score de dor após a cirurgia, na noite subsequente à cirurgia e uma semana após a cirurgia, respectivamente.

Tabela VII – Scores de dor após a cirurgia, na noite após a cirurgia e na semana seguinte à cirurgia

F8		Técnica Cirúrgica		Total
		Flap	Flapless	
0-25	Número de casos	4	1	5
	% da técnica cirúrgica	80,0%	33,3%	62,5%
	% do Total	50,0%	12,5%	62,5%
26-50	Número de casos	1	2	3
	% da técnica cirúrgica	20,0%	66,7%	37,5%
	% do Total	12,5%	25,0%	37,5%
Total	Número de casos	5	3	8
	% da técnica cirúrgica	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	62,5%	37,5%	100,0%

G1		Técnica Cirúrgica		Total
		Flap	Flapless	
0-25	Número de casos	5	3	8
	% da técnica cirúrgica	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	62,5%	37,5%	100,0%
Total	Número de casos	5	3	8
	% da técnica cirúrgica	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	62,5%	37,5%	100,0%
H3		Técnica cirúrgica		Total
		Flap	Flapless	
0-25	Número de casos	2	1	3
	% da técnica cirúrgica	50,0%	50,0%	50,0%
	% do Total	33,3%	16,7%	50,0%
26-50	Número de casos	2	1	3
	% da técnica cirúrgica	50,0%	50,0%	50,0%
	% do Total	33,3%	16,7%	50,0%
Total	Número de casos	4	2	6
	% da técnica cirúrgica	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	66,7%	33,3%	100,0%

Não foi possível estabelecer associações para os resultados correspondentes à noite após a cirurgia porque todos os valores estavam contidos apenas no intervalo [0-25]. Não se verificaram quaisquer associações entre o tipo de técnica cirúrgica e os índices reportados de dor no pós operatório imediato e a médio-prazo. (F8, $p=0.464$), (H3, $p=1$)

Discussão

Com o aumento da preocupação com o bem estar do paciente torna-se necessário reavaliar o conceito de ganho de qualidade de vida induzido por tratamentos invasivos. Em primeiro lugar, importa considerar o pensamento de Ekman que afirmou que há

seis emoções universais, citando: felicidade, tristeza, raiva, desgosto, medo e surpresa, que traduzem uma resposta neural presente nos animais, de difícil transposição e avaliação através de inquéritos que se pretendem o mais objetivos possível. (13)

Em segundo lugar, deve referir-se que a avaliação deve ser feita especificamente para cada área e deve ser interpretada como uma medida da qualidade de vida apenas para a área em questão e deve contemplar não só perspectivas biológicas mas também emocionais e bioéticas uma vez que analisam a dor e/ou sofrimento dos pacientes. Os estudos específicos acerca do bem-estar subjetivo ainda não se destacam de modo expressivo.(2)

O conceito de qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definido por Auquier *et al.* (1997) como o valor atribuído à vida ponderado pelas deteriorações funcionais. (13) (14) A versão inglesa do conceito de health-related quality of life (HRQL) é similar, e traduz-se no valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas e funções sociais.(13, 14) Porém, sobre a interpretação multiprofissional, Lebrun et Saily (1996) (14) destacam contradições uma vez que os problemas suscitados para os economistas na definição e medida de qualidade de vida são diferentes dos que têm médicos e psicometristas.

Quando entramos na área da medicina dentária, encontramos estudos que denotam associação entre a elevada ansiedade dos pacientes em relação a tratamentos dentários e uma significativa deterioração da saúde oral, com consequentes impactos na qualidade de vida. Uma saúde oral deficiente leva a sentimentos de culpa, vergonha e complexos de inferioridade, contribuindo para uma espiral de aumento da ansiedade nos tratamentos. (15) Locker (15) suporta a ideia da relação negativa entre a ansiedade dentária e a autoestima, uma vez que esta tem consequências que incluem reações psicológicas, comportamentos sociais e confiança. Assim, problemas psico-sociais causados pela deterioração da dentição afetam o bem-estar geral e a qualidade de vida das pessoas.

Assim, a melhoria da qualidade de vida de pacientes submetidos a tratamentos protéticos tem sido bastante abordada. Estão disponíveis questionários validados para diversas populações mas que esquecem fases cirúrgicas de tratamentos implanto suportados. O sofrimento e desconforto induzidos por uma intervenção invasiva podem influenciar o ganho total de qualidade de vida associado a uma reabilitação dentária. Os questionários, como já foi referido, são a abordagem mais utilizada para a avaliação de sentimentos e atitudes e foram a escolha corroborada pela literatura para este trabalho. A elaboração dos questionários seguiu as normas da DGS para a elaboração das escalas de resposta (VAS), porém consideramos que deveria ter mais em atenção o formato e alternativas de resposta. Segundo Kieffer (24), estas influenciam as respostas dadas. Após a análise dos resultados deste trabalho que visa ser piloto na área, pensa-se que a utilização de escalas de resposta tipo escala de Likert poderia ter facilitado o preenchimento aos pacientes. De referir também que a ordem das perguntas influencia as respostas. O mesmo autor avaliou o efeito da alteração da ordem dos itens do questionário OHIP e recomenda a sua utilização na ordem original.

Por outro lado, um estudo (13) refere que quando as pessoas são sujeitas a uma questão têm de definir um termo de comparação para poderem responder à mesma. Esta comparação pode ser dada por informação da memória mas também por um estímulo dado numa questão anterior. A ideia de comparação tipifica a importância de haver uma relação entre a sequência de perguntas de um questionário. A estrutura do OHIP apresenta relação entre as questões pois inclui itens com diferentes níveis de especificidade.(13)

Os nossos questionários referentes à intervenção cirúrgica foram construídos tendo como referência questionários de satisfação cirúrgica de outras especialidades médicas (16, 17) publicações de reabilitações com implantes(18-20), cirurgia ortognática (21, 22), o antes e o depois da extração do 3º molar(23), e também as indicações que fazem parte do protocolo cirúrgico específico. Estes têm por objectivo

avaliar parâmetros como a ansiedade, expectativas em relação ao tratamento, desconforto e dor, entre outros. Com estes pretende-se avaliar o que o paciente sente nesta fase da reabilitação bem como se seguiu as recomendações do Médico Dentista. Para a sua validação e avaliação do nível de adesão, o questionário foi entregue a 10 pacientes. Infelizmente, verificámos perda de adesão devido à extensão do questionário e incorreções no preenchimento que nos levam a ponderar não só o número e sequência das perguntas, mas também o formato das respostas. Para o inquérito final resultante deste trabalho piloto, é de considerar a aplicação da escala de Likert, mais amplamente utilizada na área da psicologia. Assim, devido aos “drop outs” a amostra revelou-se não significativa em relação aos aspectos demográficos. O rácio entre homens e mulheres, o nível médio de escolaridade e de rendimento mensal e o número de fumadores também não são representativos da população que se submete a reabilitações protéticas, o que implica cuidado na interpretação dos resultados.

Não obstante, a nossa amostra revelou alguma coerência e fidelidade nas respostas por não se verificarem diferenças nas respostas de duas questões relativas ao mesmo evento, colocadas em momentos diferentes, o que aconteceu, por exemplo, nas respostas referentes ao nível de ansiedade no momento da cirurgia, no dia e uma semana após (questões F3 e H8). Por outro lado, a diferença estatística dos níveis de ansiedade que se verificam no pós-operatório (F2 e F3, $p=0,028$), podem indicar que o paciente relaxa, diminuindo os seus níveis de ansiedade. Mais, a comparação das questões E1 e H1 ($p=0,012$), permite inferir que o facto de o paciente saber que vai realizar uma cirurgia torna-o mais ansioso (momento em que dá resposta à questão E1), uma vez que quando volta para a consulta de controlo (H1) tem valores muito superiores dos que tinha antes do ato cirúrgico (de lembrar que os valores mais baixos da escala estavam associados a estados de maior ansiedade). Assim, não será a consulta que induz stress mas sim o facto de saber que vai fazer uma cirurgia.

Para a nossa amostra, podemos também afirmar os valores de expectativas estéticas e funcionais antes da cirurgia traduzem um nível de exigência elevado ($76,1\pm 29,2$ e

82,7±14,0 respectivamente). Curiosamente, a cirurgia traz um decréscimo, ainda que não significativo, das expectativas estéticas (60±38,6) e um aumento das expectativas funcionais para 90,6(±4,3) que é estatisticamente significativo (p=0,018). À entrada para a cirurgia verifica-se uma forte correlação entre as exigências estéticas e funcionais (R=0,755, p=0,031), ou seja se o paciente é exigente esteticamente também o é em relação à função. Depois da cirurgia esta correlação perde-se (p=0,432), passando as preocupações dos pacientes a ser mais dirigidas para a função da reabilitação final. A cirurgia poderá, assim, ter influência nas expectativas do paciente.

Tendo em conta os resultados que apontam para um score máximo de 50 no que diz respeito ao desconforto pós-operatório, verifica-se a diminuída ocorrência deste parâmetro.

Tomando em atenção a literatura, tentou estabelecer-se uma associação entre o tipo de cirurgia (com retalho de espessura total ou sem retalho), a toma de AINEs e os scores de dor pós-cirúrgica.

Como esperado, 71,4% pacientes que tomou AINEs (87% da sua totalidade) apresentou um score de dor inferior a 25 após a cirurgia. Os AINEs revelam-se eficazes no alívio da dor pós operatória, também para o período da noite.

O nosso trabalho também não estabeleceu qualquer associação entre o tipo de cirurgia e os scores de dor. Porém, este trabalho abre portas para uma abordagem mais complexa, que deverá ter em conta não só o tipo de cirurgia, mas também procedimentos adicionais à instalação dos implantes, a toma de AINEs e as suas quantidades, para poder tecer conclusões e chegar a resultados categóricos.

Conclusões

Este estudo constitui um ponto de partida para a construção e validação de um questionário que vise avaliar o impacto da reabilitação com implantes na qualidade de vida de doentes desdentados totais e parciais, sendo, conseqüentemente, denominado de “estudo piloto”.

Assim, para cumprir o pressuposto do trabalho piloto, verificou-se a necessidade de recorrer a diversas alterações de estrutura, forma e conteúdo do questionário para que este possa estar adequado à sua função.

Neste estudo foi empregue uma escala VAS linear. Esta incide sobre a variabilidade entre o sujeito e correlaciona os valores referidos com escalas numéricas, sendo utilizada por várias especialidades médicas que lidam com a dor e analgesia. Contudo, uma vez que a VAS linear não se mostrou compatível em mensurar emoções e estados, tendo os pacientes referido dificuldades no seu preenchimento, conclui-se que num inquérito futuro deverá ser utilizada uma *Likert scale*, *dado que esta incide de forma clara e mais precisa sobre os parâmetros referidos*

Conclui-se também que uma das limitações do questionário utilizado foi a miríade de etapas de entrega, o que implica um aumento do tempo e cadeira. Todavia, consideramos que este factor não deve ser alterado porque consiste simultaneamente numa das vantagens de um estudo desta natureza, ou seja, permite uma avaliação continuada do paciente.

Após análise dos resultados estatísticos e comparação com a literatura disponível em outras áreas, concluiu-se que as perguntas deverão ser apresentadas com a mesma sequência nas diferentes etapas do questionário, devendo ainda ser tido em atenção que a formulação destas deve reger-se por critérios rigorosos e constantes sobre a forma e conotação da sua construção.

É ainda interessante referir como nota adicional que, apesar das limitações da amostra inerentes a um estudo piloto, os resultados mostraram que a instalação cirúrgica de

implantes é uma intervenção cujo pós operatório não se revela muito desconfortável uma vez que o score máximo de dor referido foi de 50.

Em suma, este trabalho pioneiro na área visou a obtenção bem sucedida de um manancial de informações que permitirão a construção de um questionário sólido e fidedigno, fundamental à obtenção de informação essencial à melhoria da qualidade de vida dos pacientes desdentados totais e parciais reabilitados com implantes.

Bibliografia

1. Luis Rogério Duarte VdAR, Marcelo Bonecker. Avaliação da qualidade de vida em pacientes edêntulos totais reabilitados com implantes zigomáticos. Revista Implantnews. 2010;7 183-90.
2. Fabio Scorsolini-Comin MAdS. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura Rev Latino-Am Enfermagem 2010;18:188-95.
3. Rashidi AAA, A. H. Marra, C. A. Do visual analogue scale (VAS) derived standard gamble (SG) utilities agree with Health Utilities Index utilities? A comparison of patient and community preferences for health status in rheumatoid arthritis patients. Health and quality of life outcomes. 2006;4:25. Epub 2006/04/22.
4. Larissa Marques de Souza Castro SW, Robson Mendonça, André Freitas, Luis Rogério Duarte. Avaliação da qualidade de vida de pacientes reabilitados com implantes osseointegrados submetidos à carga imediata - estudo longitudinal. Rev Dental Press Periodontia Implantol 2010;abr-jun:4(2)::74-82.
5. GD S. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Comm Dent Oral Epidemiol. 1997;25:284-90.
6. A. SGS. Development and evaluation on the oral health impact profile. Community Dent Health. 1994;11:3-11.

7. Awad M, Al-Shamrany, M., Locker, D., Allen, F., Feine, J. Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008;36(1):12-20. Epub 2008/01/22.
8. Torres BLM. Associação entre traços de personalidade e impactos na qualidade de vida em usuários de prótese total mandibular convencional e implanto-suportada Dissertação de Mestrado2008.
9. Bedin E. Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos e idosos. Projeto de Pesquisa apresentado na iniciação científica da Faculdade de Odontologia de Santos - UNISANTA2010.
10. Pinto PAC. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: Um Estudo Exploratório. Dissertação de Mestrado2009.
11. Sabrina R. Zani EGR, Luis C. F. Frasca, Luis F. Caye. Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. *Journal of Oral Science*. 2009;51:535-43.
12. Saúde D-Gd. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa2003.
13. Zeina N. Chemali LMC, Georges Naassan. On Happiness: A Minimalist Perspective on a Complex Neural Circuitry and its Psychosocial Constructs. *J Happiness Stud*. 2008:1-13.
14. Maria Cecília de Souza Minayo ZMdAH, Paulo Marchiori Buss. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5:7-18.
15. J. H. Vermaire AdJ, Irene H. A. Aartman. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008;36:409–16.
16. Tavano FSVLDA. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Ciênc Saúde* 2005;12:133-7.
17. Helen Mary Myatt a RAM. The development of a paediatric quality of life questionnaire to measure post-operative pain following tonsillectomy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 1998;44:115-23.

18. Jerome A. Lindeboom AJvW. A comparison of two implant techniques on patient-based outcome measures: a report of flapless vs. conventional flapped implant placement. *Clin Oral Impl Res* 2010;21:366-70.
19. Emami E, Heydecke G, Rompre PH, de Grandmont P, Feine JS. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Clinical oral implants research*. 2009;20(6):533-44. Epub 2009/06/12.
20. Straussburger C HG, Kerschbaum T. . Influence of Prosthetic and Implant Therapy on Satisfaction and Quality of Life: A Systematic Literature Review. Part 1-Characteristics of the Studies. *The International Journey of Prosthodontics*. 2004;17:83-93.
21. Denise Nicodemo MDP, Lydia Masako Ferreira. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial Maringá*. 2007;12:46-54.
22. C. Murphy GK, D. Sleeman, M. Cronin, P. F. Allen. The clinical relevance of orthognathic surgery on quality of life. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40:926-30.
23. Daniel A. Shugars MAG, Nazir Ahmad, Mary F. Stavropoulos, Gary D. Slade, Ceib Phillips, Shawn M. Conrad, Phillip T. Fleuchaus. Assessment of Oral Health–Related Quality of Life Before and After Third Molar Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1721-30.
24. Kieffer JM HJ. Item-order effects in the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Eur J Oral Sci*. 2008;116:245–9.